

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**PROPUESTA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO PARA REDUCIR LA EMOCIÓN
EXPRESADA ALTA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Presentan:

Ramírez Nava Adriana y Ramírez Vázquez Reyna.

Director: Mtra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte.

Junio 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“In huellī tlacatl acmomonequí quínequí in yehuatl.”

“El mayor enemigo del hombre es la importancia personal.”
Proverbio Nahuatl.

A mi familia por ser un pilar fundamental en mi vida

A mis amigos y amigas que estuvieron conmigo cuando los necesite y cuando no... también

A la Maestra Blanca Barcelata por su apoyo, tenacidad, paciencia y entusiasmo

A Jennifer, Rosa y María por enseñarme que todo es posible

Al equipo de Tae Kwon Do por enseñarme que los límites te los pones tú mismo

A mis profesores que me enseñaron más que sólo una materia...

GRACIAS

Lic. Reyna Ramírez Vázquez.

Agradezco infinitamente...

A Dios por dejarme llegar a esta etapa de mi vida

A esas dos personas que me han dado todo en la vida y me han proporcionado las herramientas necesarias para luchar y llegar hasta este momento; Lulú y Gelito, sin su ayuda no estaría en donde ahora me encuentro.

A mis hermanos que me han dado un poco de cada uno para formar lo que ahora soy Carmen, Federico y Arely.

A mis maestros que más que una enseñanza en la carrera me han enseñado cosas de esta vida que me sirven para seguir adelante.

A la maestra Blanca Barcelata por llevarnos de la mano a cumplir este sueño, por su paciencia, dedicación y entrega.

A mis amigos que han estado siempre conmigo, Reyna, Cristina, Ofelia, Rocío, Isis, Bere, Mimis, Ale, Angie, en fin... si alguien se me olvidó, gracias por estar conmigo

A la selección de básquetbol que fueron la mitad de mi vida durante la carrera, a mi entrenador el caballo, a lalo a el Doc. Revueltas

A ti amor por ayudarme a cumplir un sueño que empecé antes de conocerte pero que sin tu apoyo no hubiera terminado, gracias Andrés, en fin...

A todas y cada una de las personas que han pasado por mi vida que me han ayudado dándome consejos o regaños, que me han apoyado en las buenas y las malas y hasta en las peores...

MIL GRACIAS

Lic. Adriana Ramírez Nava

ÍNDICE	Páginas
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN2
CAPÍTULO I CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	6
1.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL CIE 10. ESQUIZOFRENIA F. 20	11
1.2 SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS.	13
CAPÍTULO II TEORÍAS DE LA ESQUIZOFRENIA	24
2.1 TEORÍA DE LA “MADRE ESQUIZOFRENÓGENA” DE REICHMANN.	24
2.2 TEORÍA DEL “CISMA MARITAL” DE LIDZ.	26
2.3 TEORÍA DE “LA COMUNICACIÓN” (DOBLE VÍNCULO) DE BATESON.	27
2.4 TEORÍA DEL “CHIVO EXPIATORIO” DE LAING	30
CAPÍTULO III FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA	34
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE UN ESQUIFRÉNICO. . .36	36
3.2 ACTITUD DE LA FAMILIA DE UN ESQUIZOFRENÍCO.	38
3.3 FAMILIA Y EMOCIÓN EXPRESADA.	41
3.4 INVESTIGACIONES CON FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.	44
CAPITULO IV PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS.	49
CAPITULO V MÉTODO	56
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	56
OBJETIVO GENERAL.	57
OBJETIVOS PARTICULARES.	57
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.58
TIPO DE INVESTIGACIÓN.	59
POBLACIÓN Y MUESTRA.	60
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.60
PROCEDIMIENTO.	61

CAPITULO VI RESULTADOS DE LA ENCUESTA	63
CUADRO 1. ENCUESTA GENERAL TIPO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	63
CUADRO 2. TIPO DE AYUDA.	65
CUADRO 3. DURACIÓN DE LA TERAPIA.	68
CUADRO 4. RELACIÓN FAMILIA ESQUIZOFRENIA.	70
CUADRO 5. PREPARACIÓN ANTE UNA RECAÍDA.	73
CAPITULO VII	
PROPUESTA DEL TALLER PSICOEDUCATIVO PARA REDUCIR LA EMOCIÓN EXPRESADA ALTA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	75
1.1 INTRODUCCIÓN.	75
1.2 OBJETIVO GENERAL.	77
1.3 OBJETIVOS PARTICULARES	77
1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	78
1.5 DURACIÓN	78
1.6 SEDE.	78
2. TEMÁTICA.	79
3. PROCEDIMIENTO.	79
4. PLANEACIÓN ESPECÍFICA	80
CAPITULO VIII ANÁLISIS DE RESULTADOS	83
CAPITULO IX DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	88
ANEXOS.	92

RESUMEN

Dentro de los trastornos mentales, se ha encontrado que la esquizofrenia es uno de los diagnósticos más frecuentes en los hospitales psiquiátricos; de igual forma, en los últimos diez años se le ha dado una mayor importancia al papel de los familiares, en la recuperación del paciente; se ha encontrado que éstos presentan ciertas actitudes particulares que son nocivas para su rehabilitación, a lo que los expertos llaman “Emoción Expresada Alta” (EEA). Por ello, se realizó una investigación exploratoria de campo a través de algunos hospitales psiquiátricos del D.F. la cual finalizó con una propuesta para abordar la esquizofrenia a través de sus familias (específicamente al cuidador del paciente); con el propósito de disminuir la (EEA), con lo cual se pretende ayudar al paciente a reducir la posibilidad de una recaída al ser dado de alta en el hospital.

INTRODUCCIÓN

El término esquizofrenia se deriva de las palabras griegas schizen (división) y phrem (mente) que literalmente significarían mente dividida o dislocada, lo que finalmente se traduce en una desarmonía de la personalidad.

Esta enfermedad aparece en todas las culturas universales; se observa en 3 de cada 100 personas. Frecuentemente se presenta en la adolescencia y en adultos jóvenes. En Estados Unidos hay aproximadamente 2.5 millones de personas que sufren esquizofrenia causando mas hospitalizaciones que cualquier otra enfermedad.

La esquizofrenia es una enfermedad de gran complejidad, aún los expertos no están seguros de la causa pero algunos han postulado que el cerebro no puede procesar información de una manera correcta.

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales, características del pensamiento y de la percepción, además de los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos (Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10), 2000).

Algunos pacientes esquizofrénicos también manifiestan afectividad inadecuada., esto significa que las respuestas emocionales de estos enfermos no corresponden a la situación. Estos esquizofrénicos suelen pasar rápidamente de uno a otro estado emocional sin razón aparente. Aún cuando es muy raro este síntoma, posee gran importancia en cuanto a diagnóstico (Davison, 2000).

Muchos investigadores creen que la esquizofrenia está causada por una compleja combinación de factores genéticos y del medio ambiente. Así, la esquizofrenia se manifiesta en personas que nacen predispuestos a ésta enfermedad cuando se exponen a infecciones, traumas o estrés excepcionales, de tal forma que una persona sin familiares esquizofrénicos tiene una probabilidad del 0.8% de presentar la enfermedad, pero los hermanos de un esquizofrénico incrementan el riesgo 10 veces (8%) y los hijos un 12%. No se sabe actualmente que es lo que se hereda en la esquizofrenia, aunque evidentemente es un trastorno en el proceso bioquímico de la transmisión de impulsos nerviosos en el cerebro; algunos expertos han postulado que el cerebro no puede procesar información de una manera correcta (Bracha, 2000).

De acuerdo con De la Fuente, Medina Mora y Caraveo (citados en Benassini, 2001) para hacer una estimación de los trastornos mentales que afectan a la población se dispone de tres fuentes de información: las instituciones de atención especializada, como los hospitales psiquiátricos, los asilos, otros servicios asistenciales públicos y privados; los servicios de consulta externa de los hospitales generales y de las unidades de salud de primer nivel de atención; y la comunidad

La prevalencia de esta enfermedad en el ámbito mundial es de aproximadamente 1%, sin encontrar diferencias de razas, ambiente cultural ni clase social. Se estima que cerca de 45 millones de personas en el mundo están afectadas por la esquizofrenia y 50% de quienes la sufren, no reciben tratamiento adecuado; los costos económicos, personales y sociales de la enfermedad mental son extraordinariamente altos. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ocupan aproximadamente el 25% de las camas hospitalarias y alrededor del 45% de los pacientes requieren cuidado estrecho a largo plazo.

En datos recientes obtenidos a través de la Secretaría de Salud en el 2002 se encontró que hay 101,156 casos dentro de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central, en cuanto a la esquizofrenia se refiere hubo un total de 9904 pacientes de los cuales 6872 ingresan de población abierta por medio de la SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y oportunidades del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), de la población derechohabiente ingresan 3004 por medio de IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado), SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) y SECMAR (Secretaría del Mar), es decir representa el 9.79% de población atendida por trastornos mentales. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI, 2000).

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en México, a través de encuesta de hogares a personas adultas con edades entre 18 y 65 años, muestra una prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de 0.09% para el femenino respecto a la esquizofrenia (Medina-Mora, 1985).

Durante 1992 se realizó una encuesta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en las unidades de la Secretaría de Salud en la República Mexicana en el que se encontró que entre los diagnósticos más frecuentes destacaron los trastornos esquizofrénicos y el retraso mental, representando cada uno el 32% del total de diagnósticos; las psicosis orgánicas crónicas con un 28%; la epilepsia con 12%; la dependencia de drogas con 7%; la dependencia al alcohol con 6% y las demencias seniles y preseniles con un 4% (Caraveo, 1996).

La esquizofrenia puede ser una enfermedad devastadora, no sólo para el que la sufre sino también para su familia. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en su funcionamiento social, no pueden trabajar o estudiar; además de que las familias tienen que proveer apoyo financiero y emocional paralelo a cerciorarse de que el enfermo tome sus medicamentos. Con mucha frecuencia, los

pacientes con esquizofrenia reciben el alta en los hospitales y se les pone bajo el cuidado de sus familias, es por ello que esta investigación va dirigida a los familiares de los esquizofrénicos ya que es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan sobre la esquizofrenia y comprendan las dificultades y problemas asociados con la enfermedad. También es útil para los familiares aprender las formas de minimizar las posibilidades de que el paciente sufra recaídas. La “psicoeducación” familiar, que incluye la enseñanza de diversas estrategias para hacer frente y resolver problemas, puede ayudar a las familias a tratar mas eficazmente con el familiar enfermo y puede contribuir a una mejoría del paciente.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que no solamente se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, sino también porque ocasiona incapacidades severas. De todas las enfermedades que aquejan a la humanidad, la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar en cuanto a que incapacita a las personas que la padecen (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003).

Los familiares de los esquizofrénicos sorprenden con frecuencia por sus actitudes y reacciones frente al enfermo y al médico, fiel copia de una psicopatología rica en matices esquizofrenoides. Al constituirse en grupo de terapia, por conocerse mutuamente, expresan sus afectos sin desplazamientos; para el terapeuta, el grupo ofrece un excelente observatorio donde las actitudes de cada miembro se revelan pronta y nítidamente (Colodrón, 1990).

En este trabajo el primer capítulo se abordara que es y como se puede detectar la esquizofrenia; en el segundo los diferentes enfoques que hay acerca del origen del trastorno; en el tercer capítulo se da un panorama general de la relación que hay entre familia y esquizofrenia; en el cuarto se habla de los diversos programas que se han aplicado en el trabajo con familias que presentan en alguno de sus miembros el trastorno; en el quinto se presenta la metodología del trabajo; en el

sexto capítulo los resultados obtenidos por medio de los diversos hospitales psiquiátricos; el séptimo presenta la propuesta de un taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia; en el octavo se presenta el análisis de resultados y finalmente en el noveno discusión y conclusiones.

CAPITULO I

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Dentro de los cuadros psiquiátricos, quizás la esquizofrenia sea el que más atención ha tenido durante los últimos 100 años desde diferentes aproximaciones psiquiátricas (mecanicistas, psicologistas, sociologistas, antipsiquiatría), además de las ingerencias de la literatura y el arte.

Sin embargo, hoy sigue resistiendo todo tipo de ataques. Antiguamente se la considero inflingida por los dioses como castigo, posteriormente fue atribuida a la posesión por espíritus demoníacos. Los exorcismos, los encantamientos, las sangrías, los ejercicios físicos, los vomitivos y los purgantes, quedaban lejanos.

Hipócrates, al describir las enfermedades mentales frecuentes, luchó contra estas prácticas médico-religiosas. Nuevas épocas trajeron distintas visiones sobre el tema de la locura, con los demonios, las supersticiones, la brujería, la licantropía, entre otros., como sucedió en la edad media. En el renacimiento se huye de los prejuicios precedentes y se observa más a los enfermos. Quizás fue Willis el primer gran psiquiatra descriptivo; recibió diferentes aproximaciones desde terrenos filosóficos, psicológicos, metafísicos, literarios y psiquiátricos. Es así como en 1667 se refirió a la estupidez adquirida en jóvenes antes sanos mentalmente, que en la adolescencia acaban en la torpeza mental, en un final demencial.

Morel, en 1859, en sus estudios clínicos, definió también el cuadro de inicio hasta la fase final del deterioro, lo llamo demencia precoz en su "Tratado de las enfermedades mentales". Como un cuadro que aparecía en edades precoces, a veces agudo, de rápida evolución progresiva y profunda demencia final, con

amplísima descripción de síntomas, así crea el término demencia precoz para sustituir al de estupidez adquirida (Chinchilla, 1996).

En 1868, Kahlbaum acuña el término parafrenia. En 1871, Hecker, discípulo de Kahlbaum, acuña el título hebefrenia al debilitamiento intelectual pospuberal, que acababa en demencia. En 1874, Kahlbaum describe la catatonía, cuadro con síntomas psíquicos y motores (catalepsia, flexibilidad cética, o conservación pasiva de las actitudes, estereotipias motoras o de otra naturaleza, sugestionabilidad, oposicionismo,). En 1884, Kahlbaum describió la heboidiocia o hebiodofrenia, con perturbación de la afectividad y de las relaciones sociales.

En 1902, Seriuix describe la forma simple de la demencia precoz, se traduce en un debilitamiento intelectual progresivo e irreversible, sin delirio. Email Kraepelin, entre 1886 y 1899, en la sexta edición de su “Tratado de Psiquiatría”, agrupa en el término demencia precoz, la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide. Para él, al principio, todos los pacientes que presentaban estas alteraciones acababan en demencia, lo que sostuvo con menos énfasis posteriormente. Lo traducía como un debilitamiento progresivo, total e irreversible los síntomas tendrían un carácter intercambiable, y cierto carácter hereditario. Durante varias décadas, Kraepelin se dedicó a la descripción de los síntomas y destacó como síntomas clásicos la debilidad del juicio, la merma en la movilidad mental y en la funcionalidad, el empobrecimiento afectivo, la pérdida de energía (síntomas que más tarde Manfred Bleuler llamaría primarios).

Posteriormente agregó un cuarto subtipo, la esquizofrenia simple, que ha sido originalmente descrita por Diem en 1903, por alguna enfermedad metabólica, todavía no especificada de las primeras épocas de la adolescencia, que conducía a un deterioro mental progresivo (citados en Page, 1982).

Regis (citado en Patiño, 1990) criticó a Kraepelin al decir que también se podía dar en otras edades, además de que sus síntomas no eran propios ni exclusivos, dado

que podían aparecer en otros cuadros (la catatonía podía aparecer entre diversas etiologías), que no era una demencia auténtica, pues algunos pacientes se lograban curar, lo cual realmente también aceptó más tarde el propio Kraepelin. Tomar en cuenta la edad tiene su interés, ya que son rarísimas las apariciones después de los 30 años. Desde su descripción, no han cambiado sus síntomas y evolución; sin embargo, los tratamientos sí han sufrido innumerables cambios desde farmacológicos, hasta psicológicos.

Binet y Simon en 1910 se refieren también a un descenso global de las funciones mentales y a una clara demencia evolutiva. Chaslin en 1912 sostiene que no se trataría de un debilitamiento global, sino que la inteligencia se hallaría adormecida, que es algo más aparente que un real déficit intelectual, consecuencia de un fracaso afectivo, además de que acepta la posibilidad de reversibilidad, al menos parcial, y emplea también el término síndrome.

En 1911 Eugen Bleuler sugirió que el término demencia precoz fuese sustituido por el de esquizofrenia, desde entonces permanece hasta la actualidad. Advirtió la gran variabilidad y poliformismo asintomático de los enfermos llamados esquizofrénicos y previó el peligro del uso excesivo e indebido del término; en su libro "Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias", aúna dos corrientes, la clínica de Chaslin y la psicoanalítica de Freud.

Sustituyó el término por el de esquizofrenia y analiza en él la disociación en todos los planos: afectivo, intelectual y motor. Centró sus aportaciones básicamente en tres vertientes:

1. Incapacidad del pensamiento para orientarse hacia un objeto preciso; no hay un objetivo, el pensamiento está como si flotara, se escapa de la realidad y por eso no se adapta al medio, lo que es un efecto y no una

causa; dificultad, deficiencia e incapacidad de coordinar: inadaptación de las circunstancias;

2. Trastornos de la afectividad: indiferencia, inadecuación, a veces más aparente que real, incapacidad de adaptarse a las exigencias del medio, desviación, rigidez y regresión afectivas. Estaría más disociada que destruida. La disociación intelectual y afectiva es la base de la inadaptación, de la inercia, de la indiferencia pragmática;
3. Ambivalencia positiva y negativa de los diversos actos psicológicos, afirmando y negando hacia una misma cosa; reaccionaran ante la disociación de su personalidad mediante las barreras, el autismo, el negativismo, siendo su esfuerzo por integrarse a la realidad de una tonalidad de comportamiento cuando menos extravagante, raro, excéntrico o inadecuado.

Sin embargo concedió todo el merito descriptivo a Kraepelin, del que por otra parte discrepaba en algunas de sus aportaciones, como la irreversibilidad, si bien pensaba que quizás nunca remitían totalmente los cuadros aunque hubiese mejorías notables (Patiño, 1990).

A Kurt Schneider, desde un punto de vista pragmático y transversal no etiológico, le interesaba concretar lo que se podía traducir por esquizofrenia, desde los síntomas más o menos específicos lo que él llamo de primer orden, con uno de ellos bastaría para hacer su diagnóstico, y de segundo orden, que serian suficientes en ausencia de lesión orgánica conocida. Su finalidad era sobre todo de tipo práctica, siguen hoy vigentes en las mejores clínicas psiquiátricas del mundo por encima de otros criterios diagnósticos, junto a los criterios de Bleuler (Chinchilla, 1996).

Para Bleuler, la esquizofrenia es una enfermedad que ataca la mente y la personalidad del paciente de un modo tal que rara vez se restablece por completo. Para detectar este padecimiento dio algunas características, una desunión en el funcionamiento de la personalidad: fragmentación de las ideas y las emociones, rápido vuelco y cambio de ideas, bloqueo mental y otros signos de desarmonía intrapsíquica y tendencias contradictorias (Patiño, 1990).

Las esquizofrenias son las verdaderas enfermedades mentales: son las que proveen la principal población de los hospitales psiquiátricos. Prácticamente cada caso que las personas consideran "locura" pertenece a las esquizofrenias. Estas tienen una "psicología", es decir, una causalidad y una finalidad psíquicas; el sujeto normal se ha desdoblado en una pluralidad de sujetos o de complejos autónomos, como denomina la expresión técnica.

El caso más simple de la esquizofrenia, es el desdoblamiento de la personalidad, es la llamada paranoia, la manía de persecución clásica del perseguidor perseguido (Jung, 1990). La misma naturaleza de la enfermedad, que comprende la desintegración de la personalidad, excluye la posibilidad de la influencia psíquica, que es el agente esencial de la terapia.

A pesar de que un complejo emocional puede perturbar o disminuir la atención y la concentración general absorbiendo su energía, nunca desintegra sus propios elementos o contenidos psíquicos de la forma en que lo hace un complejo esquizofrénico (Jung, 1990).

En la actualidad, la esquizofrenia es un grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por perturbaciones marcadas de pensamiento, emoción y conducta, tales como pensamiento desordenado donde no se relacionan con lógica las ideas, capacidad de percepción y atención, perturbaciones extravagantes de la actividad motora, además de afectividad aplanada o inapropiada; lo que ocasiona que el paciente se aleje de la gente y de la realidad, para entrar con frecuencia a

un mundo de fantasías delirantes o alucinantes (Davison, 2000). La esquizofrenia es una perturbación del pensamiento, sensible al ambiente y a menudo, persistente o recurrente, con un sustrato de disfunción cerebral, que ha sido adquirida y/o heredada (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

1.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL CIE 10

ESQUIZOFRENIA. F 20

En las instituciones mexicanas de salud mental la clasificación que se toma en cuenta para el diagnóstico del trastorno de la esquizofrenia es el CIE 10 en el que se describen los criterios que se tienen en la presentación del trastorno:

En esta categoría global incluye los tipos de esquizofrenia mas frecuente, junto con otras variedades menos frecuentes y con los trastornos estrechamente relacionados con ella.

F 20.0 –F20.3

Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo en la mayor parte de los días).

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas o percepciones delirantes.

- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Idea delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2) Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.
- b) neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) conducta catatónica tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea (rigidez muscular), negativismo, mutismo y estupor.
- d) síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica (CIE 10, 2000).

La prevalencia de trastornos psicóticos en México es similar a la del resto del mundo, representando un alto costo social y económico para nuestra comunidad. Sin embargo, aun no se cuenta con estudios sobre el primer episodio psicótico, por lo que desconocemos las características clínicas y el curso temprano de los diferentes diagnósticos. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” incluyó 50 pacientes de uno y otro sexo los cuales habían recibido un diagnóstico de trastorno psicótico; este fue su primer contacto en toda

su vida con un servicio especializado en psiquiatría, debido a su cuadro psicótico actual; se encontró que el diagnóstico con más población fue el de esquizofrenia paranoide con una población de 14 personas representando el 28% de la muestra y la esquizofrenia indiferenciada con cuatro personas representando el 8% (Apiquián, Páez, Loyzaga, Cruz, Gutiérrez, Suárez, 1997).

El estudio muestra que dentro de los Hospitales Psiquiátricos de Sector Salud el tipo de esquizofrenia paranoide es el que prevalece en la población atendida. Para la realización de la presente investigación se tomará en cuenta únicamente los criterios para el diagnóstico del tipo de esquizofrenia paranoide del CIE 10 que se presentan a continuación:

- a) Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (f 20.0 – f 20.3).
- b) Las alucinaciones o ideas delirantes de tipo paranoide deben ser notables (tales como ideas delirantes de persecución, tener una misión especial o de transformación corporal, voces amenazantes o impositivas, alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de tipo de sensaciones corporales).
- c) En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectivos, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aunque pueden hallarse presentes alguno o todos estos fenómenos.

1.2 SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS

Los principales síntomas se han dividido en dos categorías, positivos y negativos. Los síntomas positivos son semejantes a los síntomas de primer rango

de Schneider y los negativos se asimilan a los síntomas primarios o fundamentales de Bleuler.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden organizarse en perturbaciones de varias áreas principales que son el pensamiento, percepción y atención, conducta motora, afectividad o emoción, y funcionamiento general en la vida.

Los síntomas positivos consisten en excesos, tales como alucinaciones, delirios y conducta extravagante (Davison, 2000).

Habla desorganizada

El habla desorganizada, también conocida como trastorno del pensamiento formal, se refiere a problemas en la organización de ideas y el habla, que impiden que la persona que escucha comprenda el mensaje.

Alguna vez se consideró a las perturbaciones del habla como el principal síntoma clínico de la esquizofrenia, y aún sigue siendo uno de los criterios para diagnosticarla. Pero se ha comprobado que el habla de muchos esquizofrénicos no es desorganizada. Además, el habla incoherente no ayuda a distinguir bien entre esquizofrénicos y otros enfermos psicóticos, como son algunos trastornos del estado de ánimo entre ellos, la depresión y el trastorno bipolar.

Ideas delirantes

Las ideas delirantes son equivocadas, aparecen a través de la vía psicopatológica y el explorador no puede sustraer al paciente mediante argumentos lógicos.

Los temas delirantes son variados y reflejan las ideas del paciente, sus creencias y la interpretación de sus sensaciones. Los temas pueden ser persecutorios, de perjuicio, grandiosidad, religiosos o somáticos.

También pueden ser muy extravagantes: “cuando tomo sopa siento como se derrumban los cimientos de la mitad derecha del universo”, “debo convencer a los espíritus subterráneos para que no rapten a las muchachas de la ciudad”. Delirios con temas tan extraños son, por si mismos, criterio diagnostico, sin necesidad de la presencia de otros síntomas característicos. También pueden preocuparse intensamente por temas abstractos, esotéricos, filosóficos o religiosos.

Los delirios llegan al paciente en forma de intuición o revelación. No intenta demostrar la realidad de sus ideas. Si le preguntamos nos responde que él sabe que eso es así porque sí. Estos temas delirantes sin argumento se denominan “insistemizados”. No siempre son tan claros; se demuestran a veces sólo como un fallo en la argumentación y se distinguen en ellos de los delirios sistematizados del trastorno delirante crónico.

Frecuentemente el paciente cree que alguien lo persigue o le amenaza. Esta idea se reafirma en la mente del enfermo cuando se producen los fenómenos de bloqueo del curso del pensamiento y de las alucinaciones auditivas. El paciente debido a la pérdida de conciencia de enfermedad, les da una interpretación fantástica: cree que alguien tiene el poder de robarle, adivinarle e introducirle ideas en su mente, y que puede controlarle a distancia mediante telepatía o acción de ondas electromagnéticas o por fuerzas sobrenaturales de los espíritus. Estos son los llamados fenómenos esquizofrénicos “parásitos” o automatismos mentales de Clerambault”.

Además de alteración en el contenido, también lo hay en el curso del pensamiento, que podemos explorar mediante el lenguaje hablado. Este puede hacerse disgregado, es decir, no une a las fases por nexos. “Buenos días; sí, buenos días. La vida es dulce como la miel ¿también le gusta a usted el azúcar? Fabrica de azúcar. La caña. La caña y la cuerda ¿se quiere usted ahorcar? Usted

es un asesino. Se observa en el discurso que los nexos se aplican mediante similitudes fonéticas, sinónimas o metonimias, no hay ninguna relación argumental.

Los delirios de esquizofrénicos pueden asumir otras formas. Algunas de las más importantes fueron destacadas por el psiquiatra alemán Kurt Schneider en 1959. La siguiente lista de delirios se tomó de Mellor en 1970 (citados en Davison, 2000).

1.- Pasividad somática. El paciente es un receptor pasivo e involuntario de sensaciones corporales, impuestas por un agente externo.

2.- Inserción de ideas. Los pensamientos, que no son propiamente del paciente, han sido colocados en su mente por una fuente externa.

3.- Difusión de pensamientos. Las ideas del paciente son difundidas, para que las conozcan otras personas.

4.- Robo de pensamiento. Las ideas del paciente son “hurtadas” de su mente por una fuerza externa, súbita e inesperadamente.

5.- Sentimientos “artificiales”. Una paciente de 23 años menciona: “Lloro, las lágrimas corren por mis mejillas y me veo infeliz, pero por dentro siento una gran ira porque ellos me usan de este modo, y no soy yo la que está infeliz, sino ellos los que proyectan infelicidad en mi cerebro. Proyectan risas en mí, por ninguna razón, y no se imagina lo terrible que es reír y verse feliz y saber que en realidad no son sentimientos de uno, sino sus emociones”.

6.- Actos volitivos “artificiales”. Una taquígrafa de 29 años describía así sus actos: “Cuando muevo mi mano para alcanzar el peine, son mi mano y mi brazo los que

se mueven, y mis dedos toman el bolígrafo, pero no los controlo. Me siento y los veo moverse, son bastante independientes; lo que hacen nada tiene que ver conmigo. Soy tan sólo un títere manipulado por cuerdas cósmicas. Cuando jalan de las cuerdas, mi cuerpo se mueve sin poderlo evitar.

7.- Impulsos “artificiales”. Un ingeniero de 29 años vaciaba el contenido de un frasco de muestras de orina en el vagón para desayunos (trató de explicar el incidente). “De pronto sentí el impulso de que debía hacerlo. No era mi sentimiento verdadero, vino del departamento de rayos X, fue por eso que ayer se me envió ahí para implantes. Yo no quería hacerlo, sino eran ellos los que lo deseaban. Así que tomé la botella y la vacié.

Los tres delirios anteriores se relacionan con experimentar sentimientos, y realizar acciones e impulsos que algún agente externo ha impuesto en el paciente.

Los pacientes esquizofrénicos a menudo mencionan que el mundo les parece diferente o hasta irreal. Algunos especifican cambios en la manera de sentir su cuerpo. Partes de éste les dan la impresión de ser demasiado grandes o pequeños y los objetos a su alrededor estar muy cerca o lejos. También puede haber entumecimiento u hormigueo, sensaciones de choque eléctrico o de estar quemándose. Los enfermos pueden sentir que hay serpientes dentro de su abdomen. Su cuerpo puede llegar a estar tan despersonalizado, que se siente como si fuese una maquina. Ciertos padecimientos muestran hipersensibilidad a la vista de determinadas cosas, o a sus sonidos y olores. Puede ser todo un tormento que los toquen. Las luces pueden parecerles cegadoras, y los ruidos intolerables.

Otros mencionan que sus alrededores no son como antes, y que todo parece plano y descolorido. Ciertos esquizofrénicos señalan que tienen dificultades para enfocar su atención en lo que ocurre en su alrededor (Davison, 2000).

Alucinaciones

Las distorsiones perceptuales más acentuadas se denominan alucinaciones, que son experiencias sensoriales en ausencia de estimulación alguna proveniente del ambiente. Son más comunes las de índole auditiva, y raras las de tipo visual.

Las alucinaciones de los esquizofrénicos pueden ser auditivas y, de forma más específica, en psicopatología se denominan pseudoalucinaciones, porque el paciente cree oír voces dentro de su cabeza, ya que las alucinaciones propiamente dichas se experimentan fuera del espacio corporal. El paciente cree oír voces o conversaciones que comentan sus acciones, que repiten sus pensamientos o son imperativas o insultantes, ruidos o gritos.

Quien sufre alucinaciones auditivas escuchará voces con la claridad de cualquiera, pero sin que exista realmente un emisor de las palabras. Las escuchará, por tanto cuando está solo, cuando está en silencio, cuando existen escasos estímulos y ruidos del ambiente que lo distraigan.

Existen alucinaciones auditivas especialmente peligrosas denominadas alucinaciones de mando; son peligrosas porque, siendo creídas por el paciente de una manera indudable, pueden significar la indicación de órdenes aberrantes, como matar, matarse, tirarse de una altura, arrojarse al paso del metro, etcétera.

Sin embargo, también son posibles las alucinaciones visuales, olfativas, gustativas, cinestésicas y del esquema corporal, de manera que a veces es muy difícil discernir que son ideas delirantes y que son alucinaciones. Pero las alucinaciones no auditivas, al no ser típicas de la enfermedad, nos deberían hacer sospechar organicidad, un tumor cerebral, por ejemplo. En cualquier caso siempre es necesario descartarla. En la presencia de delirios o alucinaciones también habría que pensar en el consumo de sustancias tóxicas.

Las alucinaciones visuales, se perciben imágenes de objetos o personas que no están presentes, con frecuencia significa una agudización del cuadro clínico y suelen ser terroríficas, mientras que las alucinaciones auditivas pueden permanecer por mucho tiempo (incluso años), el paciente puede vivir en un estado relativamente controlado de su enfermedad, las alucinaciones visuales hablan de una etapa crítica del padecimiento y con seguridad se requerirá de una intervención médica inmediata y efectiva (Garnica, 1998).

Trastorno de la afectividad

Ante la invasión de alucinaciones y delirios, el paciente reacciona aislándose del entorno (autismo). Dice que no puede “confiar en nada ni en nadie” al arraigarse su delirio de persecución. Además, la afectividad se empobrece (aplanamiento afectivo, vacío de afectividad) y sus reacciones emocionales se vuelven absurdas con trastornos en la adecuación (risas inmotivadas, por ejemplo) y manifestaciones afectivas de contenido insípido. La mímica puede ser inadecuada al tema de conversación y puede recibir alegremente la noticia de una tragedia (pararrespuesta afectiva). También es posible el bloqueo afectivo en las situaciones de catatonía: parece existir la ausencia episódica de afectividad cuando lo que realmente padece el enfermo es la imposibilidad de expresión.

Psicomotricidad

La variedad clínica es amplia. Podemos ver lo que se llama conducta desorganizada o absurda, presidida por la desinhibición y la alimentación anómala. Estos pacientes presentan encopresis y enuresis y son capaces de comerse sus heces (coprofagia). Algunos interpretan estos fenómenos como regresiones o etapas infantiles del psiquismo. De cualquier manera, estos cuadros son hoy en día muy difíciles de ver: actualmente los neurolépticos impiden frecuentemente la aparición de cuadros tan llamativos; en consecuencia del

negativismo general, estos pacientes pueden rehusarse a comer debido a sus ideas delirantes; es la llamada anorexia psicógena.

En formas agudas se presenta la agitación y síndrome catatónico; en algunos pacientes no tratados existe la posibilidad real de la comisión de actos violentos. La agitación es una urgencia médica que requiere la administración de antipsicóticos clásicos, contención mecánica y aislamiento.

La tasa de suicidio alcanza en esta enfermedad el 50% en lo que se refiere a tentativas, se produce la muerte en el 10-15% de los pacientes esquizofrénicos por este motivo. Es prudente considerar la posibilidad de que lo que aparentemente es catalogado como aplanamiento afectivo sea realmente una depresión post-reagudización. También los contenidos delirantes o las ordenas alucinatorias pueden impulsar al paciente al suicidio. En cuanto al homicidio, no hay mayor tasa que en la población general.

Aparecen estereotipias (repetición persistente de palabras o gestos) y manierismos, que consisten en movimientos superfluos e inútiles que complican los actos ordinarios: marcha con contorsiones, escritura sobrecargada de curvas ornamentales, expresiones mímicas que no corresponden a un estado afectivo real, etcétera.

Cognición

Orientación: el paciente está orientado, puede darse el fenómeno de la doble orientación y de las respuestas extravagantes, sin que exista una desorientación real. Memoria respetada, pero puede resultar imposible que el paciente preste atención a la prueba de memoria para que esta sea correctamente evaluada.

Juicio: Existe una escasa conciencia de la naturaleza y de la gravedad de la enfermedad.

Es muy amplia la diversidad de problemas de quienes son diagnosticados como esquizofrénicos, pero estos pacientes por lo general muestran sólo algunos de ellos. A diferencia de las diferentes categorías de diagnóstico no hay un síntoma esencial que deba estar presente. Por tanto, los pacientes esquizofrénicos difieren entre sí, en comparación a los enfermos con otros trastornos. La heterogeneidad de la esquizofrenia sugiere que sería adecuado dividir a los esquizofrénicos en tipos que manifiesten determinadas constelaciones de problemas.

Los síntomas negativos consisten en déficits conductuales tales como avolición, alogia, anhedonia, afectividad aplanada e imprudencia sistemática.

Imprudencia sistemática.

Consiste en hablar o ejecutar determinadas acciones en lugares o momentos inapropiados, lo mismo puede hablar de temas que normalmente las personas no sienten o mencionan conscientemente por ejemplo, deseos incestuosos, algunos pensamientos homicidas, o bien, realizar necesidades fisiológicas con poca discreción en lugares o momentos inadecuados, etcétera. A esta característica se le ha llamado “escaso control de impulsos” y es considerada como otra de las expresiones de la pérdida del contacto con la realidad en esta enfermedad (Garnica, 1998).

Avolición.

Por avolición, o apatía se entiende cierta falta de energía y ausencia aparente de interés en las que suelen ser actividades de rutina. Los pacientes revelan una presentación descuidada y desaseada, pues no se peinan tienen uñas sucias, los dientes sin cepillar y la ropa desalineada. Son muy poco constantes en el trabajo, los estudios o las labores domésticas, y pasan la mayor parte del tiempo simplemente sentados presas del ocio.

Alogia.

Se puede considerar a la alogia como un trastorno negativo del pensamiento integrado por varios componentes. Uno de ellos es la pobreza del habla, donde es demasiado reducido el vocabulario. Otro es la pobreza del contenido del habla, en el cual es suficiente la cantidad de discurso pero poca la información transmitida, pues los comentarios tienden a ser ambiguos y repetitivos. Los pacientes por lo general tardan mucho en responder a las preguntas y en ocasiones ni siquiera las contestan.

Anhedonia.

Por anhedonia se entiende cierta incapacidad de experimentar placer. Se manifiesta por falta de interés en actividades recreativas, imposibilidad de relacionarse a fondo con la demás gente, y escaso interés en el sexo. Los pacientes se percatan de este síntoma y mencionan que son incapaces de disfrutar actividades que tradicionalmente se consideran como placenteras.

Afectividad aplanada.

A los pacientes con afectividad aplanada prácticamente ningún estímulo les puede generar una respuesta emocional. Pueden tener la mirada perdida en el vacío, con los músculos faciales flácidos y ojos sin vida. Cuando se les habla, contestan pero con una voz apagada sin tono.

El concepto de afectividad aplanada se refiere solamente a la expresión hacia el exterior de emociones y no propiamente a las experiencias interiores del paciente, que en realidad podrían no ser tan pobres.

Hay otros síntomas de la esquizofrenia que no encajan tan claramente en el esquema positivo-negativo. Uno de ellos es la catatonía, donde los esquizofrénicos pueden hacer muecas o adoptar extrañas expresiones faciales.

Pueden gesticular repetidamente, empleando secuencias peculiares y a veces complejas de movimientos con el dedo, la mano y el brazo, que con frecuencia parecen tener un propósito por extraños que parezcan. Ciertos esquizofrénicos manifiestan un aumento exagerado de actividad general, que incluye gran excitación, agitación violenta de las extremidades, y tremendo gasto de energía como la que se observa en la manía. Sin embargo hay un estado totalmente opuesto que se denomina inmovilidad catatónica, donde se adopta posturas muy raras durante periodos muy prolongados. El paciente puede pararse sobre una sola pierna, con el pie de la otra en dirección a los glúteos, y permanecer en esta posición prácticamente todo el día. Los enfermos catatónicos también pueden manifestar lo que se llama flexibilidad cética, es decir, cuando otra persona coloca los miembros del enfermo en posiciones raras, éste las mantiene durante largos periodos de tiempo.

Algunos pacientes esquizofrénicos también manifiestan afectividad inadecuada. Esto significa que las respuestas emocionales de estos enfermos no corresponden a la situación, por ejemplo, el paciente puede reír al escuchar que murió su madre o encolerizarse si tan sólo se le pregunta su opinión sobre el tamaño de cierta prenda de vestir. Estos esquizofrénicos suelen pasar rápidamente de uno a otro estado emocional sin razón aparente. Aun cuando es muy raro este síntoma, posee gran importancia en cuanto a diagnóstico (Davison, 2000).

CAPITULO II

TEORÍAS DE LA ESQUIZOFRENIA

En la actualidad existen evidencias que demuestran que ningún patrón familiar específico desempeña un papel causal en la génesis de la esquizofrenia. Alguno esquizofrénicos provienen de familias disfuncionales, al igual que ocurre con muchos individuos que no son enfermos psiquiátricos, sin embargo, el reconocer comportamientos familiares patológicos goza de relevancia clínica, pues esos comportamientos pueden incrementar significativamente el estrés emocional que un paciente esquizofrénico se ve obligado a afrontar.

En muchos sentidos, probablemente sea incorrecto afirmar que hay varias teorías en torno a la esquizofrenia. Mas bien, hay muchas conjeturas acerca del origen de ésta; si bien, pocas de ellas pueden respaldarse con los datos empíricos necesarios para realizar hipótesis y menos aún teorías; sin embargo es necesario abordar las que han tenido mayor relevancia a lo largo del estudio del trastorno a través de los años (Jiménez, 1996).

2.1 TEORÍA DE LA “MADRE ESQUIZOFRENÓGENA” DE REICHMANN.

Fromm Reichmann en 1946 (citado en Muela Y Godoy, 1997) llamó la atención acerca de lo que posteriormente constituyó la “hipótesis familiar” acerca del origen de la esquizofrenia identificando, en la relación <madre-hijo>, un tipo de interacción ulteriormente “patógeno”, por lo cual a la primera se le identificó como “madre esquizofrenógena”. A partir de ahí y durante toda la década de los años cincuenta, tuvo lugar el nacimiento de la terapia familiar, mismo que ocurrió paralelo al interés por estudiar la relación circular: familia-psicosis-familia. Por ello, el enfoque original se fue modificando: de la díada <madre-hijo> se enfocó el

problema a la tríada <familia-psicosis-familia>.

Dysinger, Brodey, Basamania, y Bowen, (citados en: Bowen, 1989) realizaron en 1950 una investigación acerca de la relación entre pacientes esquizofrénicos y sus madres. La hipótesis original se basó en la premisa de que el problema básico del carácter, sobre el cual se sobrepone más tarde la esquizofrenia clínica, es una vinculación simbiótica irresuelta con la madre. Se consideró que la simbiosis psicológica pertenece al mismo orden de fenómenos que la simbiosis biológica. La madre abandona físicamente a su hijo en el proceso de nacimiento pero no puede abandonarlo psicológicamente. Esto puede abocar a un estado de relativa madurez física, junto con un estado de marcada inmadurez psicológica.

Según la opinión generalizada, el proceso se inició con la inmadurez emocional de la madre, que utiliza al hijo para satisfacer sus propias necesidades emocionales como son: afecto, aceptación, valoración, entre otras. La madre se siente culpable por esta utilización del hijo y, mientras ella bloquea de forma encubierta su desarrollo, intenta simultáneamente forzar al niño hacia el logro. Este, una vez inmerso, procura perpetuar la simbiosis, al mismo tiempo que se esfuerza, por otro lado, por crecer. El padre permite pasivamente que se le excluya de la intensa relación entre los dos y se dedica a su trabajo o a otros intereses exteriores.

Se ha entendido la simbiosis como una detención en el desarrollo que, en un determinado momento, fue un estado normal de la relación madre-hijo. Se piensa que se dan ciertas ventajas teóricas y terapéuticas al examinar la familia como una unidad y también en seguir a la familia en su funcionamiento bajo situaciones cambiantes durante un periodo largo de tiempo.

El triángulo formado por padre, madre y paciente es la unidad familiar básica, a pesar de que los hermanos normales también han participado en los estudios familiares, el conflicto intenso permanece escrupulosamente restringido al grupo

padre madre paciente. Los otros hermanos se aíslan enseguida fuera del meollo del asunto ente padre madre y paciente.

Dentro de la triada interdependiente se dan ciertas pautas de relación constantes; los padres están separados uno del otro por el divorcio emocional, no pueden tener una relación cercana mutua, pero cualquiera de los dos puede establecer una relación con el paciente si el otro lo permite. Funcionalmente, esto es similar al modo en que los padres divorciados comparten a sus hijos. Por lo general, es la madre la que tiene la primera relación o <<custodia>> del paciente mientras el padre es excluido o el mismo permite que se le excluya de la intensa relación madre-paciente (Bowen, 1989).

2.2 TEORÍA DE LIDZ DEL “CISMA MARITAL”

Entre 1949 y 1953 T. Lidz estudio dos subtipos de matrimonio relacionados con la generación de hijos esquizofrénicos; identifico a un 50% de ellos como “segados” y a otro 50% como cismáticos, observando en los primeros una mayor frecuencia de padres con psicopatología evidente o con alteraciones del pensamiento de tipo psicótico; sin embargo, estos estudios únicamente mostraban que 20 de cada 35 pacientes esquizofrénicos, tenían padres que “no se llevaban bien entre si” o tenían problemas individualmente.

Como resultado define dos tipos de familias de esquizofrénicos: la familia escindida (marital schism), en la que la imposibilidad de los padres de comunicarse entre sí, aceptar las emociones propias y las del otro ocasionan una fuerte denominación por parte de uno de los cónyuges, una sobre dependencia mutua y la familia desviada (cisma marital), en la que uno de los miembros presenta rasgos fuertemente patológicos, sin embargo hacen que se cree alrededor de él una posición de equilibrio, con lo cual todo el grupo familiar comparte un ambiente patógeno (Jiménez, 1996).

2.3 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN DE BATESON (DOBLE VINCULO).

En el contexto del Hospital Psiquiátrico Veterano de Palo Alto, un etnólogo de origen inglés, Bateson, fundamentaba en 1951 las bases de estas investigaciones, presentadas en común con el psiquiatra Ruesch, en la obra “Comunicación”, la madre de la psiquiatría social y luego en el año 1956, con el primer artículo sobre las relaciones en doble vínculo.

El proyecto de investigación que Bateson llevó a cabo con sus colaboradores Jackson, Haley, Weakland y Fry duró diez años, de 1952 a 1962. Subrayando la diversidad de los campos estudiados: “la metáfora, el juego, el humor, el aprendizaje, la esquizofrenia, la psicoterapia... Haley muestra como los estudios se centran muy rápidamente en el comunicación paradójica del esquizofrénico y su familia” (Benoit, 1985, p. 11).

La esquizofrenia fue, entonces, definida por este grupo como un trastorno de la comunicación, y no como una enfermedad, provocando una revolución conceptual que, desafortunadamente, poco incide en las formas de atención, la cual nunca fue aceptada de forma extensa por la comunidad psiquiátrica internacional, y las investigaciones empíricas realizadas durante los años setentas no le proporcionaron apoyo alguno (Muela y Godoy, 1997).

La teoría de la comunicación encontraba ahí sus bases bajo la inspiración de Bateson. En 1962 se precisaron y se llevaron a la práctica los principios fundamentales: toda relación se distingue por un proceso de cismogénesis (sistemas dotados de retroacciones positivas, llamados también círculos viciosos o escaladas) bien sea en relación simétrica o en relación complementaria; la meta

comunicación es la vía para describir la complejidad de los mensajes, deben organizar sus intercambios y crear jerarquías; todos los mensajes llevan información, pero también orden y, eventualmente, interrogantes.

Bateson había insistido ya a menudo en las relaciones existentes entre el estudio del mundo mental y los hechos de diferenciación y clasificación. En la comunicación, todo se configura alrededor de esta multiplicación de las informaciones mediante las diferencias (con informaciones sobre las informaciones), es decir, con la percepción de los contextos. La naturaleza viviente se organiza en conjuntos de relación, de intercambios y de aumento de entropía negativa. Una idea, un hecho, una información, son diferencias que crean una diferencia. Esas diferencias se componen en jerarquías formales, fundadas en la separación de niveles lógicos distintos, cuyas interacciones siguen determinadas reglas (Benoit, 1985).

Esta teoría se basa en los conceptos de la comunicación de los “tipos lógicos” de Russell (citado en: Sánchez, 2001), cuya tesis central menciona que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros, puede ser la clase, ante lo cual se debe esperar que se produzca una patología en el organismo humano. Cuando se presentan ciertas pautas formales de fractura en la comunicación entre la madre y el hijo, se producirán síntomas cuyo diagnóstico patológico será la esquizofrenia

Esta visión, aplicada a las relaciones de los esquizofrénicos, descubre las realidades paradójicas de su patología. Por un abuso irreducible de impresiones metafóricas, estos pacientes y el medio ambiente donde viven mezclan el hecho y la clase, el objeto y su categoría, el gesto y su contexto, la cosa y la palabra <<La particularidad del esquizofrénico no es utilizar metáforas, sino utilizarlas sin precisión>>. El esquizofrénico manifiesta una dificultad específica en el empleo de las señales de esa clase cuyos miembros asignan tipos lógicos a las otras

señales. Estas ideas enlazan con los trabajos de Bateson sobre el juego animal y las señales marcadoras de contexto.

Bateson (citado en: Benoit, 1985), insiste en que el doble vínculo y la teoría del aprendizaje conciernen a los materiales de una psicología de las relaciones. Para él, el individuo no es sino relación, es decir, un sistema << cuyos límites no coinciden ya con la piel de los participantes>>.

Así, asentó lo siguiente con respecto al doble vínculo: es una clase de secuencia que aparece cuando se dan pautas contradictorias en la comunicación; es una condición necesaria para la esquizofrenia pero no suficiente para explicar la etiología y, a la inversa es un producto inevitable de la comunicación esquizofrénica. El estudio y tratamiento de los individuos unificado a la familia deberán enfatizar la comunicación observable, la conducta y los contextos que las relacionan, en lugar de observar exclusivamente los estados afectivos y perceptivos de los individuos; la dinámica en que se presenta el doble vínculo no es la de un victimario y víctima, sino que se trata de personas atrapadas en un sistema en marcha que produce pugna en cuanto a las relaciones y una consiguiente angustia subjetiva (Sánchez, 2001).

En el doble vínculo se organizan alianzas que se niegan secretamente, violando en particular los límites jerárquicos intergeneracionales. La emisión de mensajes complejos se hace habitual, con frecuentes discordancias entre los lenguajes, verbal y para verbal. Un miembro de la familia, exterior a este trío, está implicado muy a menudo en particular uno de los abuelos, o incluso un colateral (Benoit, 1985).

Estas teorías parten de dos hipótesis:

- a) El paciente que vuelve a un hogar en el que algún familiar muestre alta implicación emocional manifestará mayor deterioro en comparación a aquel cuyo hogar no muestre estas características.
- b) Aún cuando el paciente se encuentre a su vuelta tras el alta con este tipo de hogar, las recaídas pueden evitarse si el grado de contacto personal es bajo (Rodríguez y Campuzano, 2005).

2.4 TEORÍA DE LAING “EL CHIVO EXPIATORIO”

Por su parte, el psiquiatra británico R. D. Laing hizo de la esquizofrenia un asunto político al mantener el punto de vista de que la conducta esquizofrénica “es la manera más cuerda de vivir en un ambiente loco”. Lo que llamamos <<normal>> dice Laing, es un producto de la represión, negación, separación, proyección, introyección y otras formas de acción destructiva sobre la experiencia. Para él, la persona esquizofrénica es la que sabe que tiene que explorar su yo íntimo para superar el yo que le permite vivir en un mundo imposible a la que llamo “chivo expiatorio” (Leff, 1995).

El individuo siente en sí mismo el divorcio del yo respecto del cuerpo el cual es, a la vez, algo doloroso de tolerar, el paciente anhela desesperadamente que alguien le ayude a corregir, y es también utilizado como un medio básico de defensa. De hecho, esto define el dilema esencial. El yo desea esposar al cuerpo, insertarse en él, y sin embargo teme constantemente alojarse en el cuerpo por medio de verse sujeto a ataques y peligros de los que no pueda escapar. Sin embargo, el yo descubre que aunque se haya fuera del cuerpo, no tiene las ventajas que esperaba alcanzar gracias a esta posición.

Parte de la incomprendibilidad del habla y de las acciones de un esquizofrénico se torna claro cuando recordamos que hay en su ser la división básica que trae

desde el estado esquizoide. El ser del individuo se parte en dos, produce un yo no-encarnado y un cuerpo que es algo a lo cual mira el yo, considerándolo a veces como si no fuese mas que otra cosa en el mundo. El total de los procesos corporales y un buen número de procesos “mentales” también quedan separados del yo, que puede seguir operando en medida muy restringida (ejercicio de la fantasía y de la observación), o puede parecer que ha dejado de funcionar por completo (es decir, que está muerto, que ha sido asesinado o robado).

El esquizofrénico no habrá de ponerse al descubierto para la casual inspección y examen de cualquier transeúnte curioso. Si el yo no es conocido, entonces está seguro. Está seguro respecto de las observaciones penetrantes; está asegurado de ser asfixiado o tragado por el amor, lo mismo que la destrucción por el odio. Si el esquizofrénico es incógnito, su cuerpo puede ser tocado y manipulado, mimado, acariciado, golpeado, punzado con agujas de inyección o con lo que se quiera, pero “el”, el mirón es inviolable.

Buena parte de la esquizofrenia es paradójico, un hablar para embaucar, un prolongado obstruccionismo para “despistar” a la gente peligrosa, para crear aburrimiento y sentimientos de futilidad en otros. A menudo el esquizofrénico se esta “haciendo el tonto” y haciendo del doctor un “tonto”. Juega a que esta “loco” para evitar a toda costa la posibilidad de que se le haga responsable de una sola idea o intención coherentes (Laing, 1969).

Una paciente llamada Joan nos da un ejemplo: los pacientes se ríen y toman posturas afectadas cuando hablan con el doctor que dice que los ayudará pero, realmente, no quieren o no pueden hacerlo. Para una muchacha, el ponerse a tomar posturas es seductor, pero también un esfuerzo para distraer al doctor de todas sus funciones técnicas. Los pacientes tratan de divertirlo y de distraerlo. Tratan de agradarle, pero también de confundirlo, para que no llegue a dar con algo importante.

Cuando se encuentra a gente que realmente pueda ayudar, entonces no se necesita distraerla. Puede uno obrar de manera normal. Yo puedo descubrir no sólo si el doctor quiere ayudar, sino también si podrá darme ayuda.

Esta aportación afirma que el esquizofrénico deja de ser esquizofrénico cuando se encuentra con alguien que cree que lo comprende. Cuando esto ocurre, gran parte de la extravagancia que es considerada como “signo” de la “enfermedad” simplemente se desvanece.

El esquizofrénico o bien no sabe quién es, o lo que es, o bien se ha convertido en algo o en alguien distinto de él mismo. Sea como fuere, sin que exista por lo menos un rastro de conocimiento de sí mismo, sería imposible cualquier clase de terapia.

No parece haber razón suficiente para creer que no existe tal rastro en cualquier paciente que puede hablar, o ejecutar por lo menos algunos movimientos coordinados. Desde el punto de vista psicodinámico, este trastorno de la integración-diferenciación resulta decisivo para las variadas y complejas manifestaciones de la esquizofrenia.

Por ello, es necesario esclarecer como está integrada la personalidad y autoimagen del esquizofrénico. Consideremos en primer lugar el problema de la integración. Se comprobó que cuando se evaluaba al esquizofrénico en términos freudianos, los tres componentes clásicos de la personalidad –el ello, el yo y el superyo- estaban mal integrados entre sí. El yo experimenta al ello como un cuerpo extraño intensamente hostil que amenaza con abrumarlo; el yo está totalmente disociado constituyendo innumerables “islas” entre las cuales no se percibe vínculo alguno; el superyo, actúa como un tirano cruel cuyos ataques contra el yo débil y no integrado son aún más destructivos, es punitivo y arbitrario.

La diferenciación es un proceso esencial para la integración y viceversa; al esquizofrénico le resulta difícil o imposible establecer la diferencia entre sí mismo y el mundo externo, sus límites yoicos son inestables e incompletos. A menudo no puede distinguir los recuerdos de las percepciones presentes. De igual forma no puede distinguir las emociones de las sensaciones somáticas; al esquizofrénico le resulta difícil diferenciar, desde el punto de vista perceptivo, a una persona de otra de modo que tiende a confundirlas (Searles, 1994).

En el desplazamiento el comentario del paciente se refiere a una persona distinta y, a menudo, está expresado en términos de una época temporal distinta; es decir, platica acontecimientos que le sucedieron hace unos años como si le hubieran ocurrido hace meses, semanas o incluso días.

El paciente revela dos aspectos interesantes dentro de la proyección: deja ver a través de comentarios basados en sus proyecciones, los sentimientos e ideas que actúan en su propio inconsciente, y el grado en que lo proyecta en los modos no verbales de comunicación; el esquizofrénico proyecta en el terapeuta su propia tendencia a la comunicación no verbal, dificultando a veces la terapia al “interpretar” lo que el terapeuta dice de forma según él, encubierta, cuando en realidad el terapeuta no le quiere decir nada.

CAPÍTULO III

FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Tradicionalmente se ha pensado que la relación entre familia y esquizofrenia como si los síntomas en el paciente identificado fuesen consecuencia de una disfunción en la estructura familiar. En esta concepción el terapeuta no debería avalar la visión de la familia, de que uno de sus miembros es el enfermo (Logomarsino, 1995).

Haley, en 1959 (citado en Benoit, 1985) describe en “La famille du schizophrène, un modele mis en systéme”^o las reglas que rigen estos mundos. Cada uno de los miembros de la familia descalificará habitualmente sus propias ideas, con discordancias entre el fondo y la forma, el texto y el tono, etcétera.

Cada cual rehúsa considerar una decisión, ninguna alianza afirmativa es posible y nadie asume la responsabilidad ante las catástrofes que no dejaran de producirse. Los azares de la conducta del esquizofrénico aparecen, pues como coherentes con las incoherencias de su medio ambiente familiar.

Una de las tareas familiares esenciales consistiría así en el equilibrio entre valores positivos y negativos, o entre valores y contravalores, si se considera a la familia como sistema creador de sus propias leyes. Los contravalores chocan con las reglas. Pero las reglas ¿existirían concretamente si no se opusieran a la expresión de los contravalores? tal es la hipótesis de la marginalidad, de la desviación y de los fenómenos sociales de exclusión o de chivo expiatorio (Benoit, 1985).

^o Haley, 1959, “La familia de un esquizofrénico, un modelo sistémico”

Lo que Goffman en 1961 (citado en: Boscolo and Bertrando, 1993) ha bautizado como << ritual de degradación >> es un ritual que oscurece o borra el pasado. El ejemplo típico es la aparición de un chivo expiatorio en una familia. Su conducta y los comportamientos de los familiares que lo rodean se repiten y se refuerzan cíclicamente, asumiendo la naturaleza regular e inexorable del rito.

El efecto de este ritual en la familia es el opuesto al del rito de celebración; en lugar de proteger la continuidad entre pasado y presente provoca una parada o bloqueo. En el presente acontece una división entre dos polos: el de los valores negativos, atribuidos al chivo expiatorio, y el de los valores positivos, atribuidos a los demás. Esta polarización se contrapone a una situación precedente, muy distinta, cuyas huellas se pierden en el pasado: anteriormente cada miembro de la familia tenía su parte de positivo y su parte de negativo, de blanco y de negro; ahora una persona es negra y los demás son blancos. En estos casos es como si la conciencia de los participantes excluyese la posibilidad de hacer presente el pasado, la familia se vuelve rígida en un patrón repetitivo que le impide moverse a través del espiral del tiempo”.

La escuela de Wynne y Singer acuña el concepto de seudomutualidad, y hace referencia a una apariencia de paz y entendimiento mantenida a toda costa para ocultar el vacío y la incoherencia reales entre los miembros de la familia. Otro concepto complementario del mismo autor, el de la seudohostilidad, consiste en una apariencia exterior de lucha y preocupaciones, como estrategia de protección contra la ansiedad y humillación que implicarían el reconocimiento de la intimidad. En estos modelos, la familia se convierte en un medio cerrado de relaciones basadas en aspectos formales, que impide el desarrollo de la propia identidad y la existencia de formas de percepción y comunicación adecuadas (Jiménez, 1996).

Debido a la necesidad que tenemos todas las personas de encontrar una explicación a lo que no entendemos, se han elaborado teorías enteras acerca del

papel de la familia en el origen de muchas enfermedades psiquiátricas, como el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, trastornos maniacos entre otros. Hay que aclarar que no existe ningún trabajo científico que demuestre que la actitud de la familia sea un factor determinante en la causa de la esquizofrenia. El único papel que se ha podido reconocer en la relación esquizofrenia- familia consiste en estos dos hechos:

- 1.- El factor determinante de la herencia en el origen de la enfermedad.
- 2.- El papel que ciertas familias juegan en las recaídas de los esquizofrénicos, no en su causa (Garnica, 1998).

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE UN ESQUIZOFRÉNICO

En primer lugar debemos tratar de determinar que es y que hace una familia.

Una familia es la primera institución social la cual tiene ciertas características dependiendo de quien la integre, teniendo así una familia nuclear o extensa. Las familias nucleares son las que están compuestas sólo de madre, padre e hijos; se llama familia extensa a la que está formada por el padre, la madre, hijos, nietos, tíos, sobrinos y abuelos.

Ahora bien, toda familia tiene reglas y límites tanto internas como externas, es decir; establecen entre todos los miembros, los modos en que interactúan dentro y fuera del núcleo familiar.

Muchos sociólogos, siguiendo a Talcott Parsons, han realizado el examen funcional de la familia en términos de, la socialización primaria del niño y, los procesos de estabilización de la personalidad adolescente y adulta. Para que la familia y sus niños no sean considerados “desviados”, este adoctrinamiento bifásico en la microcultura familiar, debe lograr inculcar los valores y las normas de

conducta de la macrocultura (el mundo extrafamiliar). En una sociedad en la cual la autoalienación es la regla, estos valores serán valores alienados.

Los progenitores se externalizan en el mundo, vacían su realidad subjetiva en una forma objetiva de ser en el mundo, posteriormente, reinternalizan esta objetivación.

La familia mediatiza la realidad social para sus niños. Si la realidad social de que se trata abunda en formas sociales alienadas, esa alienación será mediatizada para el niño individual. En algunas de las familias más “unidas” y de los matrimonios más “felices” las relaciones familiares están más extrañadas, ante esto puede haber una evasión o negación y si la negación es imposible, la persona puede intentar reducir su penosa confusión erigiendo una construcción psicótica. Las familias de los pacientes esquizofrénicos presentan este tipo de alienación y extrañamiento en una forma muy intensa (Cooper, 1985).

La alienación se refiere a la acción y acto de negar la acción en un grupo, y a los resultados de esta acción. Por extrañamiento entendemos la experiencia de este resultado de la acción alienada, es el sentimiento de estar apesado en un proceso que es ajeno a las propias intenciones y actos y a las intenciones y actos de los demás (Cooper, 1985).

En años recientes se han llevado a cabo estudios sobre las familias de pacientes esquizofrénicos y se ha llegado a la conclusión de que algunas de ellas precipitan las recaídas en los enfermos. Esas familias se caracterizan por sufrir demasiados conflictos, al margen de la enfermedad mental de uno de sus miembros. Tienen la costumbre de externar con especial fuerza esos conflictos y en ellas abundan las muestras de agresión, de frustración y de otras manifestaciones de infelicidad. Los estudiosos llaman a estos núcleos “Familias de Alta Expresividad Emotiva”. No

son la causa de la enfermedad, pero pueden propiciar las recaídas del paciente al someterlo a un nivel exageradamente alto de estrés (Garnica, 1998).

Milton M Berger y sus colaboradores, han desarrollado una hipótesis sobre la situación familiar que conduce a un individuo esquizofrénico al padecer una recaída. Esta selecciona y destaca un conjunto bastante simple de fenómenos interaccionales, no intenta describir exhaustivamente la extraordinaria complejidad de una relación familiar.

Postulan que la situación familiar consiste en que la madre pueda dominar su ansiedad controlando la proximidad entre ella y su hijo. La madre utiliza las respuestas de su hijo para afirmar que su conducta es cariñosa, y como está simulada, el niño se encuentra en una posición en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre si desea mantener su relación con ella.

El problema es complejo para el niño ya que la madre controla las definiciones que el niño realiza de sus propios mensajes y también la de sus respuestas a ella. Por consiguiente, lo más fácil para el niño es aceptar como verdadera la conducta fingida de su madre, con lo cual sus deseos de interpretar lo que sucede se debilitan.

En consecuencia, el niño crece sin desarrollar la capacidad de comunicarse adecuadamente; como resultado, es incapaz de determinar lo que la gente quiere decir y lo que quiere comunicar, esta habilidad de comunicación es esencial para las relaciones normales (Jiménez, 1996).

3.2 ACTITUD DE LA FAMILIA DE UN ESQUIZOFRÉNICO

Cuando la familia lleva al enfermo al hospital psiquiátrico y se le comunica el diagnóstico de su paciente, el familiar experimenta una serie de sentimientos y pensamientos de sí mismo y de su enfermo.

La enfermedad es sufrida por un miembro de la familia pero es padecida en menor o mayor grado por los demás miembros de la familia que deben convivir con ella en un momento evolutivo determinado. La familia se ve obligadamente sometida a un fuerte impacto con alteraciones estructurales y funcionales necesitando un nuevo proceso de adaptación (Birchwood, 1995).

Al principio la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo porque se presentan cambios emocionales en la conducta del enfermo por lo que temen a lo desconocido. Algunas familias sienten culpa, convencidas de su responsabilidad en la enfermedad. La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad y su “mala prensa” contribuyen a generar aun mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico, hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente (Anderson, Reiss, Hogarty, 1986).

La familia del esquizofrénico enfrenta invariablemente alguno o varios de los siguientes sentimientos:

1. Miedo a sufrir una agresión física por parte del enfermo: no existen pruebas de que el esquizofrénico tenga una conducta delictiva con más frecuencia que la población general. No es más peligroso, tampoco comete los crímenes salvajes que suponen los periódicos. Se requiere de varias razones, cualidades provocaciones y circunstancias para que se de una desgracia. El riesgo existe en el ambiente del enfermo mental y en todos los demás ambientes humanos.

2. Vergüenza a que lo demás noten que hay un enfermo mental en la familia: se deja de invitar novios, compañeros de la escuela, amigos de la misma edad, a que visiten la casa. La familia vive en un estado de zozobra por el riesgo de que el paciente diga o haga cosas fuera de lugar. Habitualmente este problema se supera después de un tiempo variable gracias al altruismo y solidaridad que existe en la mayoría de los seres humanos.
3. Sentimientos de culpa porque han oído decir que un problema tan grave como este se debe a la “gran patología” de la familia: la esquizofrenia es una enfermedad de causa desconocida, en la que se sospecha que un factor hereditario predispone a una persona a sufrirla. No hay ninguna razón o estudio científico alguno que permita atribuir su origen a cierta actitud de los padres, de la familia, de la madre, a la sociedad o a la biografía del afectado. Esta es producto del azar y de la casualidad de ciertos encuentros químicos que conforman combinaciones de genes y cromosomas del todo inesperados.
4. Angustia y preocupación porque el enfermo está indispuesto a diario. Nunca da una tregua: es normal vivir con cierto grado de angustia que sería ideal fuera variando a preocupación y finalmente a cuidados habituales.
5. Dolor y frustración porque el enfermo sufre al igual que su familia. Porque hay muchas ilusiones no cumplidas en la vida del enfermo: visto filosóficamente, ninguna vida humana cumple cabalmente lo que se espera de ella, más que en situaciones excepcionales.
6. Negación de que un problema de esta naturaleza pueda sucederme a mí: y sin embargo sucede, lo mejor siempre será hacer frente a la verdad. Es la única manera que tenemos para solucionar los problemas que se nos

plantean. Finalmente, la esperanza: las familias también la tienen y es justificada (Garnica, 1998).

Ante esta enfermedad se dan también alteraciones producidas por el impacto de una enfermedad crónica como esta (Navarro, 1999), nos muestra las siguientes alteraciones:

I. Alteraciones estructurales:

1. se desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales
2. adherencia a patrones rígidos: falta de flexibilidad en el momento de actuar en una fase de crisis o crónica, patrones rígidos entre la familia, sobreprotección del enfermo
3. aislamiento social
4. cambios estructurales en los roles familiares y en el poder
5. las necesidades de la familia se someten a las del paciente
6. el problema del cuidador primario

II. Alteraciones procesuales (del ciclo evolutivo normativo)

1. compatibilizar la tarea evolutiva con la atención a la enfermedad
2. respuestas de celos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrífugos
3. los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar

III. Alteraciones de la respuesta emocional:

1. sentimientos de contrariedad, culpa, resentimientos e impotencia
2. malas experiencias con parte del sistema médico
3. duelo por la salud y funciones perdidas

Muchos familiares creen que el paciente es vago, que no quiere trabajar que esta todo el día durmiendo y no hace nada, que es malo, que se hace el loco “para

pasarla mejor”. Pero la realidad es que todos esos síntomas son parte de la enfermedad y la familia puede hacer mucho para ayudarlo.

Es importante su ayuda porque el paciente muchas veces no es consciente de que padece una enfermedad y esto lo lleva a no cumplir con el tratamiento. Se insiste en la necesidad de ayudar al paciente a que tome la medicación porque es frecuente que deje de hacerlo porque carecen de conciencia de la enfermedad.

(Anderson, Reiss, Hogarty, 1986).

3.3 FAMILIA Y EMOCIÓN EXPRESADA.

Desde los años cuarenta ha existido un considerable interés en el estudio de los factores sociales y situacionales en relación a las recaídas de los pacientes esquizofrénicos; una parte importante de estos trabajos ha estado en relación con el concepto de la expresividad emocional (EE). Este concepto abarca actitudes y comportamientos en aquellas personas que han cuidado a pacientes en un amplio rango de condiciones físicas o psiquiátricas (Jiménez, 1996).

La medida de la Emoción Expresada (E.E) se desarrolló durante la década de los años 60, como una respuesta hacia la idea de que las cualidades emocionales de la familia tenían importancia respecto a la evolución del trastorno mental grave. Brown y Rutter (citado en: Jiménez, 1996) habían notado que algunos pacientes, tras ser dados de alta y reintegrados al medio familiar, demostraban una evolución peor a la que se había esperado durante la estancia hospitalaria. Subsecuentemente se realizaron intentos preliminares para medir variables de la interacción familiar que fuesen capaces de identificar factores de mal pronóstico en la esquizofrenia. Más adelante, el proceso se estandarizó y se basó en la grabación de una entrevista con los familiares. Posteriormente hallaron que altos niveles de EE se asociaban con críticas directas del cuidador hacia el paciente.

Hoy sabemos que los patrones de interacción en familias con alta EE se caracterizan por una propensión a generar conflictos así como agravarlos una vez que se han desencadenado; estos familiares demuestran también escasas habilidades para escuchar, tienden a atribuir los comportamientos indeseables más al paciente que a la enfermedad, estas atribuciones se relacionan directamente con miedos y ansiedades en los parientes.

Es significativo también que estos familiares muestran unas estrategias de afrontamiento menos efectivas respecto a los pacientes que viven con cuidadores con alta EE, si bien tienden a criticarlos, también realizan menos juicios autónomos que los que conviven con cuidadores de baja EE.

Los familiares de baja EE, aparte de ser capaces de proporcionar un mayor soporte, también gozan de la capacidad de restar importancia en lugar de aumentar la intensidad de las discusiones y conflictos, lo cual confirmaría que la baja EE no consiste únicamente en una ausencia de actitudes negativas, sino que además se asociaría con una serie de características potencialmente positivas y beneficiosas para el paciente (Jiménez, 1996).

Algunos modelos psicobiológicos de la esquizofrenia, como los modelos de estrés-vulnerabilidad, han integrado variables biológicas y ambientales como una explicación de la recaída esquizofrénica, estos modelos sugieren que una hiperactivación autónoma (hiperarousal) puede actuar como una vía común que mediera los efectos del estrés psicosocial sobre la vulnerabilidad esquizofrénica a la recaída.

En los últimos 20 años se han llevado a cabo estudios sobre las familias de pacientes esquizofrénicos, como los de Goldstein, Rodnick y Evans en 1978, Leff y Vaughn en 1982 y 1989, Falloon, Boyd y Mc Gill en 1982; Anderson, Reiss y Hogarty en 1986 y Tarrier, Barrowclough y Vaughn en 1988. Ellos encontraron que

la intervención familiar es mas efectiva que los tratamientos de control, en todos los trabajos la intención era mantener a los pacientes con una medicación antipsicótica profiláctica que era normalmente la intervención principal en los grupos control; mostraron que cuando las intervenciones familiares se añaden a la medicación de mantenimiento el intervalo entre recaídas se amplía (Leff, 1995).

En México también se le ha dado importancia a la familia en el tratamiento de pacientes que presentan esquizofrenia como los estudios de Medina-Mora y Caraveo (1985), Birchoowd M. (1995), Fresan, Apiquián, Ulloa, Loyzaga, García y Gutiérrez (2001), Benassini (2001) y el de Valencia, Rascón y Quiroga (2003). Y se ha llegado a la conclusión de que algunas de ellas precipitan las recaídas en los enfermos sin ser la causa de la enfermedad.

Esas familias se caracterizan por sufrir demasiados conflictos, al margen de la enfermedad mental de uno de sus miembros. Tienen la costumbre de externar con especial fuerza esos conflictos y en ellas abundan las muestras de agresión, de frustración y de otras manifestaciones de infelicidad. Los estudiosos llaman a estos núcleos “Familias de Alta Expresividad Emotiva”. No son la causa de la enfermedad, pero pueden propiciar las recaídas del paciente al someterlo a un nivel exageradamente alto de estrés (Garnica, 1998).

La Emoción Expresada es un constructo que permite medir actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica. Se refiere a “un índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares, los cuales expresan crítica, hostilidad o actitudes de sobreinvolucramiento emocional” (Chávez, 2002 pp. 7)

3.4 INVESTIGACIONES CON FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Las investigaciones sobre las familias de esquizofrénicos revelan que éstas difieren en algunos aspectos. La familia de un paciente con este trastorno experimenta estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un familiar que tiene este diagnóstico. Sin recibir asistencia ni apoyo, sus miembros serán menos capaces de continuar ayudando al paciente de manera efectiva; peor aun, es posible que empiecen a tener problemas. No es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia.

La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituye en el tiempo a través de ensayos y errores. Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas “patológicas” en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones, y por ende de normas peculiares de este tipo de patología; así, las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas (normas) y por lo tanto, las relaciones patológicas.

En mayo de 1967 inicia su actividad el centro de estudios para la familia en Milán Italia organizado por Mara Selvini Palazzoli. La actividad del centro se desarrolló durante más de un año en medio de numerosos obstáculos de carácter práctico, tales como la dificultad de encontrar y motivar a las familias para el tratamiento.

El trabajo se centra en la hipótesis de que este tipo de familia es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace no declarable y por lo tanto encubierta (en donde una parte corresponde al paciente y la otra a su pareja o al miembro mas cercano de su familia). Si alguien hace bien algo, pretende ser alabado, confirmado (aceptado). En este caso el confirmarlo sería una pérdida de prestigio, de autoridad; para mantener tal

autoridad es necesario no dar confirmación y responder siempre con argumento evasivos: “si... pero... se podría hacer mejor”. La posición de ambos en la relación es sustancialmente idéntica simétrica; cada uno anhela espasmódicamente conquistar el control de la definición, pero cada vez que lo intenta vuelve a sentir el temido fracaso. El juego termina en cuanto alguno le diera la razón al otro pero por el poderío ninguno de los dos acepta que el otro la tenga (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994).

Con respecto a las paradojas, nos atenemos a la definición operativa dada por Tennen: “tácticas y maniobras que aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos; paradójicas son, todas aquellas intervenciones en que se prescribe explícitamente el síntoma, o al menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo, manifestar preocupación por el hecho de que pueda desaparecer demasiado pronto, etc”. (Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990, p. 19).

En paradoja y contraparadoja (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994) mencionan que las intervenciones paradójicas se manifiestan como interpretaciones del porque el paciente ha desarrollado los síntomas. Se trata, de redefiniciones relacionales del síntoma como conducta de protección- sacrificio por parte del paciente a favor de los demás miembros de la familia. Durante un largo periodo, no estuvo muy claro hasta que punto la intervención paradójica reflejaba la interpretación auténtica del equipo con respecto a la situación familiar y las causas del malestar, a la inversa, hasta que punto era una provocación orientada a estimular reacciones de cambio.

Mara Palazzoli señala que la modelación del juego en acción dentro de la familia debe considerar a todos los miembros de la familia en su posición actual, como si tuviese un rompecabezas, si falta una pieza o se la coloca en lugar equivocado, será precisamente de ese hueco que la familia habrá de huir.

Otro de los problemas que se evidenciaron con respecto a esta forma de intervención es en relación al problema lingüístico-comunicativo (es decir, hablar como las familias y utilizar sus palabras y expresiones para hacerse comprender inmediatamente) está vinculado al de la especificidad de los “justificantes” de los contenidos de la paradoja; se trata también de evitar la estereotipia de las expresiones lingüísticas utilizadas. La idea predominante consistía, entonces, que el mensaje terapéutico transmitido al final de la sesión debía ser sintético y esencial.

El contenido fundamental de la intervención debía ser expuesto de entrada para imprimir así un shock violento a la familia para hacerle difícil la contradicción. Se teorizó que el terapeuta tenía que sustraerse lo antes posible, a la interacción con la familia en cuanto enunciara la intervención, con el fin de no permitirle confundir o diluir el mensaje (Selvini, et al, 1990).

Al principio, la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo porque se presentan cambios emocionales en la conducta del enfermo, además, temen a lo desconocido. También se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

Los recientes avances científicos con respecto al tratamiento médico han demostrado la importancia del manejo psicosocial como componente necesario para el cuidado de individuos que padecen esquizofrenia. Tanto la familia como el paciente deben participar en los programas de rehabilitación en salud mental para lograr su reintegración en la sociedad (Fresan, et al, 2001).

Las incapacidades denominadas psicosociales, tienen que ver con las dificultades

que presentan los pacientes en diversas áreas de funcionamiento psicosocial. La incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y en consecuencia no tener ingresos (área económica), por lo tanto depender económicamente de la familia, la dificultad de establecer relaciones sociales (área social); generalmente su red de apoyo social es muy reducida, existiendo una tendencia al aislamiento social; el aplanamiento afectivo puede llevar a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y su componente sexual (área sexual y de pareja), así como el impacto de la enfermedad en la familia (área familiar), la detección de relaciones familiares conflictivas entre el enfermo y su familia, cuando existe un ambiente de emoción expresada alta, pueden derivar en recaídas hasta en un 90% o la presencia de un trastorno psiquiátrico en algún familiar, que llega hasta un 58.5% (Valencia , et al, 2003).

Es de suma importancia realizar una evaluación inicial para saber cuales serán los componentes de la intervención; durante la entrevista deben cubrirse seis amplios temas de valoración:

Angustia de los familiares y situaciones (pensamientos entre ellas) que desencadenan angustias; estrategias de afrontamiento usadas para hacer frente a los síntomas tanto positivos como negativos, así como el efecto que tienen sobre los miembros de la familia y el paciente; capacidad de comprensión de la enfermedad, los síntomas, la medicación, etcétera; por parte del familiar, consecuencia de la enfermedad sobre él mismo, teniendo en cuenta las restricciones y privaciones económicas; relación con el paciente e identificación de las insatisfacciones que el familiar tiene sobre aspectos concretos del comportamiento tanto del paciente como de sí mismo; áreas de fuerza: por ejemplo, una estrategia de afrontamiento eficaz, apoyos sociales o relación positiva con el paciente (Barrowocloudh y Tarrier, 1995).

CAPITULO IV

PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se ha reportado que el índice de recaídas es mayor en los pacientes que sólo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (Fresan, et al., 2001).

Se pueden considerar cuatro modelos psicoeducacionales que nos ayudan para la intervención en este padecimiento, con algunas diferencias entre si pero con principios básicos en común:

- A. Goldstein, Los Ángeles, California (UCLA)
- B. Leff, Londres (Medical Research Council)
- C. Anderson, Pittsburgh (University of Pittsburgh)
- D. Fallon, San Diego, California (University de Southem California)

Entre los que los objetivos de estos programas están:

1. Reducir la Emoción Expresada (EE)
2. Proporcionar información sobre la enfermedad
3. Capacitar a las familias para una mejor solución del problema
4. Mejorar la comunicación
5. Reducir el contacto cara a cara

6. Expandir las redes sociales
7. Disminuir las expectativas

Uno de los objetivos de los programas es lograr que las familias reduzcan su EE. Esto no quiere decir que sean menos emotivas, sino que reduzcan su nivel de crítica, hostilidad y de sobreinvolucración.

Para esto se han diseñado talleres donde interactúan familias con EE alta y baja, con la intención de que las familias con EE alta asimilen el modo de relacionarse y de concebir la enfermedad de las familias con EE baja. El grupo de Fallon incluye al paciente mientras que el de Leff y Anderson no lo hacen. En estos talleres se explica a los familiares el llamado modelo <<vulnerabilidad estrés>>de la enfermedad.

El concepto de esquizofrenia con el que trabajan estos investigadores difiere marcadamente del tradicional. En el modelo vulnerabilidad estrés la enfermedad surge de la interacción entre una vulnerabilidad biológica, determinada genéticamente, y el estrés provocado por el ambiente. La familia puede formar parte o no de este estrés. En este enfoque la esquizofrenia tiene un estatus gnoseológico y hay algunas ventajas en transmitirlo a la familia.

La primera de ellas está en que provee un fundamento a la indicación de la medicación aunque el paciente no presente sintomatología psicótica activa, también, modifica la actitud de los familiares ante los síntomas deficitarios, al reconocerlos como parte de la enfermedad, además de que la educación brinda a los familiares hechos, en lugar de sus fantasías: de esta manera se combaten los tabúes sobre la enfermedad mental, se pretende que la familia pueda tener algún control sobre su situación.

Los programas de atención psiquiátrica en México se han basado en el déficit adaptativo de los pacientes y en la evidente discapacidad que les genera su enfermedad mental, como los trastornos psicóticos y retardo mental, sin ocuparse de las necesidades producidas por la forma de percibir su estado de salud (Benassini, 2001).

Si bien los cuatro programas comparten lineamientos básicos, existen diferencias entre ellos, puesto que cada uno destaca más ciertos aspectos. Por ejemplo, el programa de Falloon pone un especial acento en el aprendizaje de la resolución de problemas.

El Programa Anderson, Reiss y Hogarty (1986) es el que tiene más estructurado el aspecto específicamente educativo. Implementa un taller de jornada completa para las familias, en el que se dan clases a las familias sobre elementos de epidemiología y factores genéticos, sobre el papel de la medicación y sus efectos secundarios; también brinda información sobre las actitudes que conviene adoptar en el trato con el enfermo; su método incluye a la familia en el tratamiento; en un primer paso le provee de información científica actualizada acerca de la naturaleza de la enfermedad y los beneficios de la medicación a fin de reducir su angustia y acrecentar al máximo el aprovechamiento de sus propios recursos externos e internos. La medicación más la protección y el apoyo brindados por un ambiente temporalmente tranquilo, posibilitan a la larga un incremento de la capacidad del paciente para tolerar la estimulación, le darán tiempo para algunos de los problemas relacionados con la falta de motivación así como problemas relacionados con la falta de motivación y la desesperanza.

El programa de psicoeducación parte entonces de la educación y el apoyo que se brinda a los familiares para asegurar varios años de trabajo terapéutico continuado en una nueva alianza con el equipo clínico. Se atiende al sistema familiar sin sacrificar las contribuciones potenciales de los sistemas biológico, psicológico y ocupacional (Anderson, et al., 1986).

Cada vez son más las investigaciones que describen programas de psicoeducación dirigidos a los familiares de pacientes con algún trastorno psiquiátrico. La mayoría de estos programas se han centrado en reducir la “emoción expresada” (EE) en la familia, seleccionándola como una variable de pronóstico.

Todos los reportes de programas de psicoeducación muestran un contenido basado en problemas identificados por los profesionales que diseñan dichos programas. La psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares, se compone de cinco etapas:

1. Consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad
2. Se proporciona información sobre las recaídas
3. Se aboca a la revisión de síntomas y señales de recaída
4. Se facilita información sobre el tratamiento así como los efectos colaterales.
5. La última se dirige hacia eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos (Fresan, et al., 2001).

La asunción del método estratégico de terapia breve del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto en 1971, llevo a proyectar terapias que no debían durar más de diez sesiones, con una frecuencia semanal. La nueva praxis introducía, al mismo tiempo, la idea del principio y del final. Gran parte de las familias manifestaban cambios significativos dentro del periodo prescrito. Se logró que: se produjeran cambios repentinos y notables, con facilidad, antes de la octava o novena sesión. En otras palabras las expectativas de cambio antes de la décima sesión tenían como efecto práctico la aparición de los mismos cambios.

En la mayoría de los casos observados las terapias concluyeron con éxito antes de la décima sesión. Pero en algunos casos, particularmente de las familias con enfermos psicóticos crónicos, al final de la décima sesión no se habían manifestado cambios suficientes para concluir la terapia, por lo que se ofrecía un nuevo ciclo de diez sesiones; algunas de estas familias dejaban de acudir sin haberlo concluido (Boscolo and Bertrando, 1993).

En la realización de algunos de estos programas es necesario tomar en cuenta algunas recomendaciones o reacciones de la familia ante tal problema, como el darse cuenta de las necesidades de cada una de las familias por separado (Barrowclough y Tarrier, 1995).

Además de los modelos en psicoeducación existen otros como el de Liberman y Mueser; quienes recomiendan que cada familia se instruya para que reproduzca las reuniones periódicas en el hogar, cuando se trata de enfrentar una dificultad o buscar la solución a problemas. Es necesario mencionar que ninguno de estos programas parece haberse diseñado para cumplir con las necesidades identificadas por los familiares.

Debido a que se ha mencionado el término programa psicoeducativo al que se refieren las investigaciones realizadas es necesario definirlo. Glick define a la psicoeducación como “la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y las conductas asociadas a la enfermedad “(Fresan, et al., 2001, p. 36).

Un programa es la descripción de un conjunto de elementos específicos sobre una serie de actividades de las que se espera un resultado concreto con indicadores susceptibles a ser medidos (Anderson, et al., 1986) por lo que un programa psicoeducativo forma sólo una parte de un programa de intervención para un padecimiento en especial, (en este caso de la esquizofrenia).

Barrowclough y Tarrier (1995), dan un breve programa estandarizado de dos sesiones diseñado para ofrecer al paciente y familiares información extensa e individualizada sobre la esquizofrenia y su manejo. Leff en 1985 aborda en cuatro sesiones en el domicilio familiar, los aspectos de etiología, diagnóstico, evolución y tratamiento haciendo un especial hincapié en la prevención de los síntomas negativos, como una faceta más de la enfermedad; con mayores dificultades de manejo que ha de suponer una disminución de las expectativas. Fallon en 1984, utiliza las primeras sesiones con los contenidos habituales, sirviendo para enmarcar el resto de las actuaciones: entrenamiento en comunicación y resolución de problemas. Por su parte, Anderson y sus colaboradores realizaron un taller psicoeducacional (taller de sobrevivencia) donde a un grupo de discusión multifamiliar se le dedica una jornada completa; en el cual se enmarca el programa y se aborda la historia del concepto de esquizofrenia, su epidemiología, medicación, curso, experiencias, consecuencias familiares y opciones de cambio (citados en: Sanz y Cañive, 1995); por otra parte, Valencia et al. (2003) ejecuta un tratamiento familiar en el que se suministra una parte psicoeducativa que consiste en la presentación de temas específicos relacionados con la enfermedad expuesto en 12 sesiones. Fresan et al. (2001), realizan cinco sesiones informativas sobre diversos temas acerca de la enfermedad y por último se efectúa una plática dirigida a las técnicas de resolución de problemas cotidianos.

De los programas mencionados, el de Anderson es el único que maneja esta etapa por medio de un taller psicoeducativo, entendiendo el concepto de taller como “un lugar donde se enseñan y se practican técnicas; también es el estilo de la actividad que busca la creatividad y la expresión; asimismo, puede ser visto y comprendido como la concentración de estímulos cuya respuesta es la expresión” (Moccio 1994, p.12)

Por lo tanto, un taller psicoeducativo es aquel en el que no se pretende enseñar

exclusivamente lo que es la enfermedad (esquizofrenia) sino que al hacerlo de forma vivencial se busca que el familiar, en este caso, comprenda mucho más la enfermedad.

Cuando los pacientes con esquizofrenia son dados de alta en los hospitales psiquiátricos, se les pone bajo el cuidado de sus familiares. Por tal razón, es importante que los psiquiátricos otorguen herramientas a los familiares para que asimilen todo lo que puedan sobre el trastorno; además de poder comprender las dificultades, problemas asociados con la enfermedad y minimizar las posibilidades de que el paciente sufra recaídas. La “psicoeducación” familiar incluye la enseñanza de diversas estrategias para hacer frente y resolver problemas, puede ayudar a las familias a tratar mas eficazmente con el familiar enfermo y por lo tanto contribuir a la mejoría del paciente.

CAPITULO V

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En las investigaciones reunidas, se encontró que en otros países han efectuado programas psicoeducativos en las que se ha trabajado con la E.E teniendo resultados positivos; tal es el caso de Goldstein, Los Ángeles en 1978, California (UCLA); Leff, Londres (Medical Research Council) en 1982 y 1989; Anderson, Reiss y Hogarty, Pittsburgh (University of Pittsburgh) en 1986; Fallon, San Diego, California (University de Southem California) en 1984, entre otros (Citados en Leff, 1995).

Sin embargo, en México poco se ha hecho al respecto ya que únicamente se han realizado trabajos con fines de investigación sin presentar un programa de intervención para trabajar la E. E. Tal es el caso de Medina- Mora y Caraveo (1985) quienes realizaron una encuesta de los problemas psiquiátricos que se presentan en el país, dando cuenta que como en otras naciones, la esquizofrenia es el que tiene mayor número de pacientes. Por otro lado, Fresan, et al (2001) han trabajado con familias de pacientes con esquizofrenia que se encuentran en el primer episodio, dándole importancia a la psicoeducación para la mejora del paciente a su regreso a casa; por su parte Benassini (2001) realizó una investigación para indagar el tipo de ayuda que se le brinda al familiar del paciente con esquizofrenia; posteriormente, Valencia, Rascón y Quiroga (2003) investigaron a los familiares de los pacientes con esquizofrenia para ayudar a mejorar el ambiente familiar al que regresa el paciente.

Se ha llegado a la conclusión de que algunas de las familias precipitan las recaídas en los enfermos sin ser la causa de la enfermedad por lo que el trabajo con su E. E. es de suma importancia para la rehabilitación del paciente.

Los programas hasta ahora aplicados en otros países han tenido variantes en las temáticas y el tiempo principalmente, sin embargo, es importante mencionar que todos ellos son llevados a cabo por fases teniendo como la inicial el período de psicoeducación la cual implica sólo informar al familiar sobre la enfermedad de su paciente. A diferencia de un programa, un taller es mucho más rápido de aplicar con la ventaja de que es vivencial, lo cual probablemente indicaría un mejor aprendizaje del tema y así disminuir la E. E. con otra forma de intervención.

Por lo que este trabajo pretendió explorar si ¿existía algún programa psicoeducativo en las instituciones de Salud Mental del Distrito Federal en el que se intervenga con los familiares trabajando la Emoción Expresada? En función de los resultados se presenta la propuesta de un Taller Psicoeducativo el cual está dirigido a los familiares (cuidadores) de pacientes esquizofrénicos adultos de familias que presenten una alta Emoción Expresada, su paciente este en el primer episodio de la enfermedad, que tenga diagnóstico de esquizofrenia (paranoide), el tipo de esquizofrenia que presente no requiera de una hospitalización prolongada y haya sido hospitalizado al menos una vez.

Los objetivos fueron los siguientes:

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar la propuesta de un taller psicoeducativo para reducir la Emoción Expresada alta en los familiares (cuidadores) de un paciente con esquizofrenia paranoide.

Objetivos particulares.

Explorar si existen programas psicoeducativos dirigidos a los familiares de pacientes con esquizofrenia con el fin de reducir la Emoción Expresada.

Diseñar y elaborar la propuesta de un taller psicoeducativo dirigido a familiares (cuidadores) de pacientes esquizofrénicos para reducir su Emoción Expresada.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Cuidador: Es aquella persona que está en contacto directo con el paciente, está pendiente de su recuperación y le da apoyo para que sea mas efectiva, pensando en la medicación y terapia que requiera.

Esquizofrenia: El término esquizofrenia se deriva de las palabras griegas schizen (división) y phrem (mente) que literalmente significarían mente dividida o dislocada, pero que finalmente se traducen en una desarmonía de la personalidad (CIE 10, 2000, pp. 70).

Familia: El término familia varía de acuerdo a la persona que lo utiliza ya que como lo explican los especialistas, un hombre nace dentro de una institución de la que depende durante sus primeros años siendo esta una estructura completa. El ser humano establece siempre un tipo de relación con este núcleo original, lo acepta, lo rechaza, se inhibe o lo modifica, pero en cualquier caso ha de contar con él, por lo que realmente no hay un concepto de familia (Caparrós, 1981, p. 17).

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales pero poseen raíces universales (Minuchin, 1995, p 15). Para fines de esta investigación en el enfoque sistémico la familia se define como un grupo natural en contraposición a los grupos artificiales que se utilizan con grupos terapéuticos (Ochoa, 1995, p. 19).

Programa: Es la descripción de un conjunto de elementos específicos sobre una serie de actividades de las que se espera un resultado concreto con indicadores susceptibles a ser medidos (Anderson, et al., 1986)

Psicoeducativo: Glick define la psicoeducación como la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad (Fresan, et al., 2001, p. 36).

Taller: Se conceptualiza como un “espacio” o “lugar” donde se enseñan y se practican técnicas. También es el estilo de la actividad que busca la creatividad y la expresión. Por otro lado, puede ser visto y comprendido como la concentración de estímulos cuya respuesta es la expresión (Moccio, 1994, p. 12).

Definición operacional: Se entenderá por taller al conjunto de actividades vivenciales realizadas por los familiares de los pacientes que se encuentren dentro de la población seleccionada

Definición conceptual de Emoción Expresada (EE): Es un constructo que permite medir actitudes y conductas expresadas por los familiares, acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica y que, a partir de ello, es medible en los familiares. Se refiere a un “índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares, los cuales expresan crítica, hostilidad o actitudes de sobreinvolucramiento emocional” (Chávez, 2002, p. 7).

Definición operacional de Emoción Expresada (EE): Se entiende como Emoción Expresada al conjunto de actitudes y conductas establecidas por medio del cuestionario de “Emoción Expresada del familiar de Guanilo y Seclén” (Leff,

1995). De tal forma que se pueda medir en función de los puntajes obtenidos en dicho instrumento.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria de Campo.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

Constituida por las Instituciones de Salud Mental como los Hospitales Psiquiátricos del Sector Salud del Distrito Federal:

La muestra estuvo constituida por el personal del equipo de salud, como coordinadores, responsables, directores, del área o programas de atención a los pacientes y familia, de las siguientes instituciones.

- Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.
- Hospital Psiquiátrico “San Fernando”.
- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Se elaboró una entrevista semiestructurada llamada “Entrevista Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada (APFE y EE) la cual constará de preguntas relacionadas con el tipo de ayuda que se les brinda a los familiares de pacientes con esquizofrenia ahondando en la existencia de algún programa psicoeducativo en el que se trabaje con la E. E. (ver anexo 1)

Para la aplicación del taller se recomienda utilizar los siguientes instrumentos de evaluación, los cuales fueron tomados en cuenta para la elaboración del taller psicoeducativo.

Entrevista Familiar Estructurada. Consta de nueve partes para conocer el estado del paciente, además de saber qué tanto conoce de él su cuidador. Esta entrevista es una fusión de dos tipos de entrevistas psicológicas, la primera se utiliza regularmente en las clínicas multidisciplinarias de la FES Zaragoza para conocer la historia clínica del paciente, la segunda es una entrevista utilizada en los hospitales psiquiátricos. De cada una se tomó exclusivamente lo que se consideró relevante para la investigación. Consta de las siguientes áreas: ficha de identificación, antecedentes familiares, historia socio económica, descripción del paciente, historia clínica, ambiente familiar, periodo de desarrollo y pautas de ajuste durante la vida adulta (ver anexo 2).

Cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén (versión modificada del Instituto Nacional de Psiquiatría, 2004) el cual consta de 30 reactivos divididos en tres subtest (crítica, sobreprotección y hostilidad) .Cada uno consta de diez reactivos ordenados aleatoriamente con escala de tipo Likert en orden ascendente donde <<nunca>> recibirá el menor puntaje que es de uno y <<siempre>> tendrá el valor máximo de cuatro. En seis reactivos se requieren invertir los códigos; es decir, nunca, recibirá el valor de cuatro y siempre recibirá el valor de uno, por lo tanto el orden será descendente.

En cada subtest se obtiene un nivel de emoción expresada con el fin de saber en que aspecto presenta mayor puntaje de emoción expresada alta.

Además se obtiene un puntaje global que indica el nivel de Emoción Expresada; se califica manualmente por medio de una plantilla estandarizada (ver anexo 3).

PROCEDIMIENTO.

Por medio de diferentes hospitales psiquiátricos, biblioteca e Internet se obtuvo la información necesaria, logrando un panorama general del padecimiento (esquizofrenia) con respecto a la E. E.

Se realizó el trámite pertinente en los diferentes Hospitales Psiquiátricos, con el fin de concertar una entrevista con alguna persona especializada en esquizofrenia, para obtener la información necesaria relativa al hospital.

Se seleccionó la información para elaborar el marco conceptual que sustenta la importancia que tiene la familia en México dentro de éste padecimiento

Se realizó un análisis de los programas e investigaciones realizados en México con respecto al manejo de E.E. y esquizofrenia, con el fin de obtener un panorama general sobre la relación que se ha establecido entre E. E. y la familia. El trabajo que se ha realizado al respecto además de los efectos que estos programas tienen en pacientes y familiares.

Se efectuó la búsqueda del instrumento de evaluación para medir la Emoción Expresada (Cuestionario de Emoción Expresada del Familiar de Guanilo y Seclén) en una versión en español, encontrándola en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (versión modificada del Instituto Nacional de Psiquiatría; 2004) Proporcionado por la Dra. Maria Luisa Rascón (anexo 3).

Se elaboró una carta descriptiva con los temas que se desarrollan a lo largo del taller presentando un objetivo particular por sesión, que consta de once sesiones planeadas de acuerdo a las necesidades de los familiares de los pacientes esquizofrénicos para cubrir el objetivo general de ésta investigación (reducir la emoción expresada alta).

Teniendo los elementos anteriores, se realizó la integración diseñó la propuesta del taller constituyendo los temas, las sesiones, las dinámicas y los objetivos por sesión.

CAPITULO VI

RESULTADOS

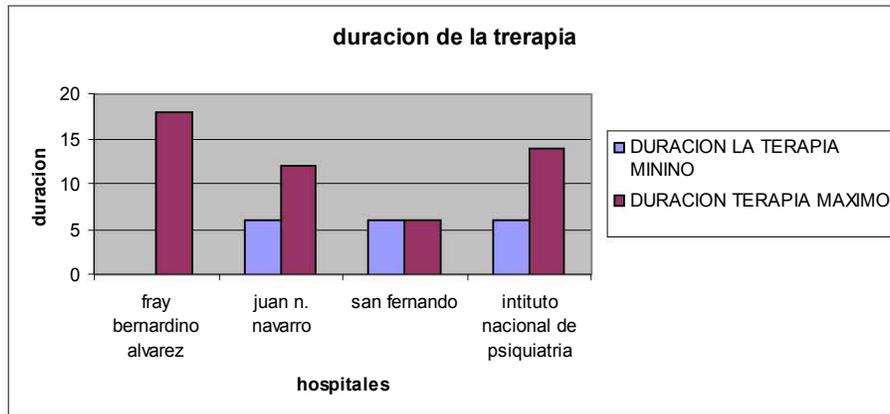
CUADRO 1

ENCUESTA GENERAL DE TIPO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

En el cuadro se muestran los resultados en las cuatro categorías a través del cuestionario aplicado en las instituciones psiquiátricas por medio del cuestionario APFE Y EE (ver anexo 1).

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	TIPO DE AYUDA	2. DURACIÓN DE LA TERAPIA	3. RELACIÓN FAMILIA ESQUIZOFRENIA	4. PREPARACIÓN ANTE UNA RECAÍDA
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"	Se les brinda información a través de talleres que se imparten junto con otros padecimientos	No hay tiempo específico De 1 mes a 18 meses	No hay algo específico	Sí, por medio de información
Hospital Psiquiátrico "San Fernando"	El psicólogo se encarga de la orientación con respecto a la enfermedad	De seis meses a un año	Familias con problemas (disfuncionales) presentan dobles mensajes	No, si es el primer brote
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	Terapia psicoeducativa la cual es impartida por un equipo multidisciplinario, a cada familia por separado	Seis meses aproximadamente	Presentan alta expresividad emotiva y mensajes contradictorios (doble vínculo)	Sí, por medio de información
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Terapia psicoeducativa la cual es impartida por un equipo multidisciplinario, además de terapia unifamiliar,	De seis a catorce meses	Rígidos con escasa comunicación	Sí, con el taller impartido

Gráfica 1: Se presentan la duración en meses que tiene la terapia para los familiares de los pacientes con esquizofrenia



De acuerdo con la investigación realizada en los hospitales psiquiátricos del Sector Salud del Distrito Federal, se observó que se le da la debida importancia a los familiares de pacientes con esquizofrenia, aunque este padecimiento es considerado multifactorial, la dinámica de la familia funciona como detonante ante este padecimiento.

Dos de las principales características que presentan este tipo de familias es la relación del doble vínculo y su alta expresividad emotiva, las cuales sirven como detonantes para que se presente el trastorno.

El apoyo que se le brinda a la familia es principalmente informativo, donde el objetivo es dar a conocer los aspectos generales de la enfermedad, tales son: la naturaleza, el curso y tratamiento de la esquizofrenia, así como la necesidad de integrarse a un grupo de apoyo psicoeducativo; posteriormente, se inicia una segunda fase, en la cual se informa a la familia del padecimiento, procurando señalar la importancia que juega el grupo familiar en prevenir o precipitar las recaídas, además de proporcionar un apoyo psicológico familiar en donde el

objetivo es reducir las tensiones familiares, mejorar las habilidades comunicativas y las habilidades para resolver problemas.

De acuerdo al hospital es la atención que se les ofrece a las familias, además de fomentar la integración de las mismas en la recuperación de su enfermo. Dependiendo del psicólogo encargado del servicio en cada uno de los hospitales es el enfoque que se maneja, los más utilizados son: el cognitivo conductual y el sistémico; en algunos hospitales se trabaja con un equipo multidisciplinario, sin embargo, en otros, el encargado de la atención del paciente es el psiquiatra el cual, generalmente, deja de lado a la familia, sólo la incluye para explicarle sobre el tratamiento farmacológico.

A través de la “Entrevista de APFE y EE” (Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada) (ver anexo 1) se obtuvieron los siguientes resultados separando cada una de las categorías para su análisis.

CUADRO 2. TIPO DE AYUDA

En este cuadro se muestran los resultados de las preguntas 4, 5 y 7 del cuestionario APFE Y EE.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	SUJETOS DE LA TERAPIA	ENFOQUE	TIPO DE TERAPIA
Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	Familiares Paciente		Informativa Grupal: talleres
Hospital Psiquiátrico “San Fernando”	Familiares Paciente	Diversos enfoques dependiendo del psicólogo	Informativa Multidisciplinaria Terapia individual: paciente Terapia familiar: psicoeducativa
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”	Familiares Pacientes	Cognitivo conductual	Informativa Multidisciplinaria Grupal: psicoeducativa Familiar: cognitivo conductual

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Familiares Paciente	Sistémico	Informativa multidisciplinaria Grupal: taller psicoeducativo Terapia multifamiliar
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Familiares Paciente	Sistémico	Familiar: unifamiliar Individual: de cada miembro de la familia y el paciente

HOSPITAL INFANTIL "JUAN N. NAVARRO".

Se atiende aproximadamente de 19 a 20 pacientes al año con esquizofrenia, la población es relativamente baja, ya que el trastorno se presenta generalmente entre los 20 y 30 años y al ser éste un psiquiátrico infantil se empiezan a denotar únicamente algunas características previas al trastorno. Por tal motivo, la ayuda que se brinda a este hospital es exclusivamente informativa, orientándolos sobre el trastorno, la administración de los medicamentos, el trato que le deben dar al enfermo, además de la importancia que tiene el seguir el tratamiento al pie de la letra. La información se les brinda en diversos talleres que se imparten en la institución, en los cuáles se trabaja con otros padecimientos o trastornos como son la autoestima y la afectividad positiva; al cumplir la mayoría de edad son canalizados al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (Sánchez, 2005).

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN FERNANDO".

No se da una cifra exacta de los pacientes que se atienden, ya que hay una clínica especializada en esquizofrenia dentro de la institución, la ayuda que se le brinda tanto al paciente como a la familia es a través de un equipo multidisciplinario; la actividad propia del trabajo con la familia es del psicólogo, un día a la semana, se les proporciona información a los familiares de la evolución del paciente y orientación respecto a la enfermedad mientras el paciente está internado. Si es necesario, se considerará dentro del plan brindar apoyo terapéutico; es entonces cuando se retoma a la familia; el psiquiatra informa al familiar acerca del

tratamiento que se le está proporcionando al paciente, además del plan terapéutico y farmacológico a seguir. Se trata de retomar de manera más amplia la dinámica de la familia la cual, se altera por la patología. Una vez que se establece todo el seguimiento de acuerdo a la familia, se van programando los tiempos de la atención externa, hasta que también se le da de alta a la familia en la medida en la se empieza a reestructurar la dinámica. A pesar de que en el Hospital se trabaja la Emoción Expresada no existe un programa de intervención especializado, cuando se interviene a nivel terapéutico generalmente es por medio de terapia familiar, en algunos casos una atención individual, pero desde un marco psicoterapéutico. La terapia dura desde seis meses hasta un año, dependiendo del enfoque utilizado por el psicólogo.

En el Hospital se ha tomado en cuenta a la familia desde hace diez años para intervenir en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia; desde hace dos años, el trabajo de sensibilización ha dado una buena respuesta tanto por parte del paciente como de los familiares (Camacho y Oseguera, 2005).

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

La atención que se brinda en el Hospital es a través de terapia psicoeducativa la cual es impartida por un equipo multidisciplinario. El objetivo, es que el familiar tenga conocimiento de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, degenerativa; además de que tengan conocimiento de su importancia dentro del tratamiento. Además, procuran modificar su Expresión Emocional a través del manejo de las cogniciones y reforzadores por medio de la terapia cognitivo conductual, en casos necesarios se interviene con terapia familiar. A pesar de que en el Hospital se trabaja con la Emoción Expresada no se tiene un programa específico para ayudar a los familiares debido a que en terapia se atiende a cada familia por separado, es decir, dependiendo de la problemática familiar es la terapia que se le brinda (Gamiochipi, 2005)

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

En el Instituto, la población atendida con el diagnóstico de esquizofrenia es de 40% aproximadamente de la población existente dentro del hospital. Se brinda atención individual al paciente con un equipo multidisciplinario por medio de una terapia informativa a través de talleres psicoeducativos de forma grupal. Además, existe un programa de orientación de la clínica en esquizofrenia en el cual hay una rehabilitación integral para el paciente y su familia, la familia participa casi de igual manera que el paciente; se provee un taller psicoeducativo en donde reciben información sobre diferentes aspectos de la enfermedad, así como el proceso de aceptación, aunque se les brinda información no existe un programa o taller especializado en cambiar la emoción expresada de los familiares.

Tienen a su vez, terapias multifamiliares en los cuales se integran a un grupo de aproximadamente 30 familias, además de tener terapia unifamiliar para resolver problemas específicos de la familia; el enfoque que se maneja es sistémico y cognitivo conductual dependiendo del psicólogo que se les asigne en la institución. (Rascón, 2005).

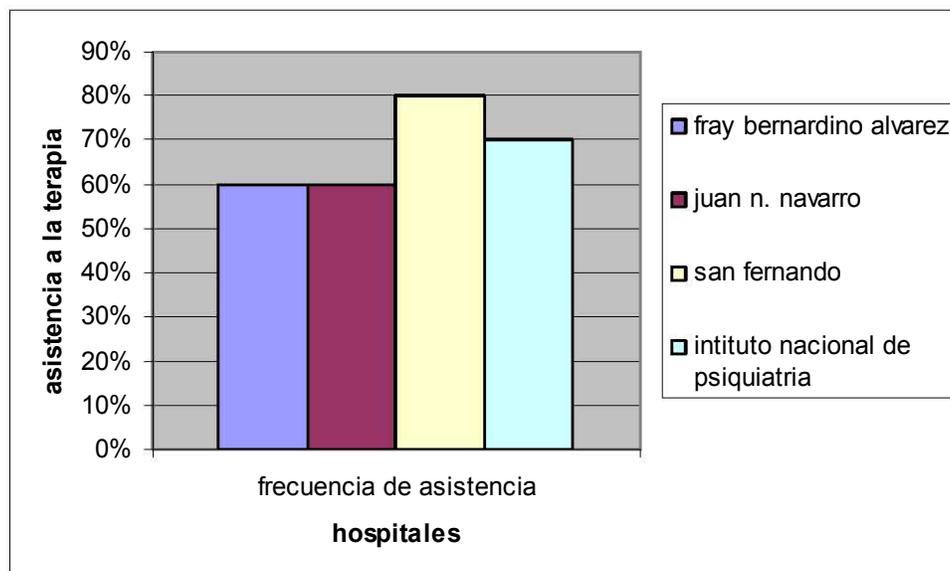
CUADRO 3. DURACIÓN DE LA TERAPIA

El cuadro presenta los resultados de las preguntas 9, 10, 11, 15 de la entrevista APFE y EE.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	DURACIÓN DE TERAPIA C/FAMILIARES	FRECUENCIA DE ASISTENCIA	AYUDA VS GRADO DE ENFERMEDAD	APOYO FAMILIAR PARA AFRONTAR EL PADECIMIENTO
Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	No hay tiempo específico	Depende del terapeuta 60%	No, se da de forma general junto con otros padecimientos	Recursos socioculturales, económicos, religiosos, entre otros.
Hospital Psiquiátrico “San Fernando”	De 6 meses a 1 año	Depende del terapeuta 60%	Si, dependiendo de las características de la familia	Concientizandose del problema real del paciente
Hospital Psiquiátrico			No, se trabaja con esquizofrenia en	Buscar un buen funcionamiento en

“Fray Bernardino Alvarez”	6 meses	70%	general	la familia
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”	6 a 14 meses	80%	Si, se trabaja principalmente con pacientes crónicos	Tomando conciencia del padecimiento, ayudando al paciente

Tabla 2: En la tabla se presenta los porcentajes en que los familiares asisten a la terapia en los hospitales psiquiátricos.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”.

No hay un período específico en el tiempo de duración de la terapia ni de la frecuencia de asistencia a esta ya que depende del terapeuta que sea asignado (asistiendo aproximadamente un 60% de los familiares a recibir la atención). Por otro lado, mencionan que no hay diferencia entre el tipo de ayuda que se les brinda a los familiares del paciente, por la gravedad que presente su enfermo, ya que se da en forma general con otros padecimientos. Para las recomendaciones que se les dan a los familiares para afrontar el padecimiento es necesario tener en cuenta sus recursos socioculturales, económicos, religiosos.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “SAN FERNANDO”.

La duración de la terapia es de seis meses a un año y la frecuencia de asistencia a la terapia depende del terapeuta que se les asigne (asistiendo aproximadamente un 60%). La ayuda que se les brinda a los familiares depende del grado de la enfermedad ya que ésta depende de las características de la familia. Las recomendaciones que se les dan para afrontar el padecimiento se refieren a concientizar el problema real del paciente.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

La duración de la terapia es de seis meses, acuden generalmente un 70% del total de las familias atendidas, denotando que existe un compromiso de su parte para la recuperación del paciente, además de evitar futuras recaídas; no hay diferencia en el tipo de ayuda que se les brinda ya que se trabaja con esquizofrenia en general. Las recomendaciones que se les dan para afrontar el padecimiento están enfocadas a buscar un buen funcionamiento en el hogar, cambiando la dinámica familiar para reducir la emoción expresada.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

La duración de la terapia para los familiares es de seis a 14 meses dependiendo del enfoque con el que sean tratados, denotando una asistencia del 80% del total de tiempo. Sí difiere el tipo de ayuda que se les brinda porque se atiende principalmente a pacientes con esquizofrenia crónica. Las recomendaciones que se les da a los familiares para afrontar el padecimiento es que comprenda lo que implica el tener a su cuidado una persona con este trastorno y ayudar a su paciente a afrontar el padecimiento.

CUADRO 4

RELACIÓN FAMILIA ESQUIZOFRENIA

En el cuadro se muestran los resultados de las preguntas 3, 8, 12, 13, 17, 19 y 20 del cuestionario APFE Y EE .

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD	CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	FAMILIAR MAS CERCANO (CUIDADOR)	FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"	Asombro Preocupación ante el cambio de vida	No hay algo específico	Madre Esposa hijo	No hay datos
Hospital Psiquiátrico "San Fernando"	Fantasía (mitos religiosos) Negación Incertidumbre Miedo Emociones agotadas	Familias disfuncionales Presentan dobles mensajes	Padres (madre) esposa	9 al 14% si los padres la padecen
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvares"	Negación Rechazo Se ofenden	Alta expresividad emotiva Mensajes contradictorios (doble vinculo)	Madre	Hay probabilidades si uno de los padres es esquizofrénico
Instituto Nacional de	Consternación Estigma	Rígidos con escasa comunicación	Madre	12 o 13 % con hermanos que lo

Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	"locura" Impacto emocional			padezcan aumenta si los padres lo son.
----------------------------------	-------------------------------	--	--	--

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO".

La familia reacciona con preocupación ante el cambio de vida que van a llevar a cabo y asombro ante el duelo de su enfermo. No han identificado alguna característica específica en la familia, generalmente el familiar más cercano que se hace cargo del enfermo es la madre o la esposa. En el hospital sólo se atienden a menores de edad y no se tienen datos de padres o familiares que hayan presentado la enfermedad.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN FERNANDO".

La actitud que toma la familia al inicio es de negación e incertidumbre, existen miedos por parte del familiar, además de que estigmatizan al enfermo debido a los mitos creados por la sociedad sobre la enfermedad. Se encontró que las familias llegan con sus recursos emocionales agotados y generalmente presentan dobles mensajes, lo cual hace evidente que sean familias disfuncionales. El familiar que se encarga de los cuidados del paciente es principalmente alguno de los padres (generalmente la madre) o el cónyuge. La prevalencia de la enfermedad en otros miembros de la familia es del 9 al 14% si alguno de los padres la padece.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

Al enterarse la familia actúa como si el personal los ofendiera al mencionar el padecimiento, rechazan el diagnóstico y hay una negación ante la enfermedad y su familiar enfermo. Se observa que las familias se comunican con mensajes contradictorios y presentan una alta expresividad emotiva; es decir, no saben comunicar sus sentimientos y pensamientos de una manera adecuada. El familiar que frecuentemente se encarga de los cuidados del paciente es la madre. No

indican porcentajes ante la prevalencia de la enfermedad en otros miembros de la familia pero mencionan que puede darse si alguno de los padres la padecen.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

La familia presenta al principio un fuerte impacto emocional, hay un ambiente de consternación y una estigmatización hacia el paciente por diagnosticarlo como “loco”. Algunas características que presentan las familias de los esquizofrénicos es que son rígidas y existe una escasa comunicación. El familiar cuidador del paciente casi siempre es la madre. La prevalencia de la enfermedad en otros miembros de la familia es de un 12 o 13% con hermanos y aumenta si alguno de los padres la padece.

CUADRO 5.

PREPARACIÓN ANTE UNA RECAÍDA

En el cuadro se muestran los resultados de las preguntas 14, 15 y 16 del cuestionario APFE Y EE.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	PROBABILIDAD DE RECAÍDAS	PREPARACIÓN ANTE LA RECAÍDA	CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE
Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	Si hay abandono del medicamento o tratamiento, por lo económico	Si, con la información dada	De medicamento, de alimento, de apoyo familiar, económico.
Hospital Psiquiátrico “San Fernando”	Si no hay consistencia del tratamiento clínico, si no hay apoyo familiar	No, si es el primer brote	Responsabilidad del familiar, apoyo a la reintegración al medio
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”	Si hay muchos estímulos, si no toma medicamentos, si hay una EEA en los familiares	Si, con la información proporcionada	Estar concientes de la enfermedad del paciente (familiar y paciente)
	Si no hay	Si, con el taller	Toma de

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	adherencia terapéutica, si no toma medicamentos	impartido (paciente crónico)	medicamentos Terapia individual(paciente) Actividades diversas(estar activo)
--	---	------------------------------	--

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO".

En el hospital mencionan que existe una probabilidad de recaída si hay abandono del medicamento o tratamiento, además de la situación económica de la familia. Ésta se encuentra preparada para una recaída del paciente por la información brindada en la institución. Para la salida del hospital del paciente se recomienda cuidar la toma de medicamentos, la alimentación del paciente, así como brindarle apoyo familiar y económico.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "SAN FERNANDO".

Existe una probabilidad de recaída en los pacientes si no hay una constancia del tratamiento clínico o no se le brinda apoyo familiar. Mencionan que no hay una preparación ante la recaída si se presenta en el primer brote de la enfermedad. Cuando es dado de alta el paciente, se recomienda al familiar apoyarlo en su reintegración al medio (vida social) dándole responsabilidades para acelerar su recuperación.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

Existe una recaída si hay muchos estímulos, no toma los medicamentos de forma adecuada y existe una expresividad emotiva alta en los familiares. Mencionan que el cuidador está preparado ante una recaída, ya que el hospital les brinda información adecuada suficiente. El paciente, al ser dado de alta se requiere que comprenda el trastorno que padece al igual que las personas que van a convivir con él.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”

Existe probabilidad de recaída si no hay una adherencia terapéutica o falta de toma de medicamentos. Mencionan que los familiares que están preparados ante la recaída del paciente son los que participaron en un taller, el cual, está dirigido a ellos especialmente (familiares de pacientes con esquizofrenia crónica). Los cuidados que deben tener los familiares con el paciente ante su alta son principalmente: vigilar la toma de medicamentos, que asista a sus terapias y tenga actividades diversas; es decir, estar activo.

CAPITULO VII

PROPUESTA DEL TALLER PSICOEDUCATIVO PARA REDUCIR LA EMOCIÓN EXPRESADA ALTA EN FAMILIARES DE UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

1.1 INTRODUCCIÓN

La familia es el primer vínculo entre el ser humano y el mundo que lo rodea, es a través de ella que el individuo se identifica como persona y aprende como relacionarse con los demás.

“Una familia es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para ver desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y experimentan tales patrones” (Minuchin, Wai-Yung, Simon, p. 47, 1998).

El papel de la familia es fundamental en la socialización y resocialización de los enfermos esquizofrénicos. Desafortunadamente, en ocasiones se comprueba y verifica lo contrario: la desintegración, la no-socialización y no-rehabilitación desde la familia. Porque es la propia familia la que necesita encontrar la manera de relacionarse en su nueva situación.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que cuando una familia se entera que su hijo padece esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros; generalmente se muestran sorprendidos, tristes, enojados, confundidos y desanimados.

Además, afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, frecuentes cambios de actitud entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia.

La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuye a generar aun mayores sentimientos de frustración e ira. Se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico, hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al enfermo. Trata de hacer caso omiso de la conducta del paciente así como de las necesidades de los otros miembros de la familia, niega la importancia de los síntomas, trata de no pensar en ellos y de centrar la atención en otros aspectos de su propia vida; asume responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección; vigila constantemente al enfermo; reduce las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo; con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la familia se sientan desentendidos o abandonados por que no hay tiempo ni energías suficientes para ocuparse de ellos (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

La familia típica de una persona con un trastorno psiquiátrico es con frecuencia un caos. Los padres buscan frenéticamente respuestas que no pueden ser encontradas, la esperanza se convierte en desesperación y algunas familias son destruidas, sin importar lo que hagan para mantener la unión familiar.

La primera manera en la que la familia y los amigos pueden ayudar es tomando un papel activo para que el paciente obtenga tratamiento, debido a que las personas esquizofrénicas generalmente están convencidas que los delirios y alucinaciones son reales y en consecuencia, no necesitan tratamiento psiquiátrico.

El cambio de los patrones familiares requiere del uso de formas alternativas de comportarse y relacionarse entre sí las cuales sólo están disponibles bajo ciertas condiciones.

El terapeuta introduce cambios en el patrón usual disfuncional dentro de la relación familiar (siendo activista y estratégico) incorporando el sistema terapéutico, pero únicamente para interrumpir las secuencias del mantenimiento

del problema, creará las directrices diseñadas para interrumpir la secuencia de mantenimiento del problema, reestructurando el problema al utilizar términos que contengan las creencias y valores de los familiares (Minuchin, Wai-Yung, Simon, 1998).

El papel que el psicólogo asume en el sistema terapéutico es interviniendo en la reestructuración y reencadre del sistema familiar y al mismo tiempo desafiando la visión que tiene la familia de su situación, reconoce como marco explicativo lo que ocurre evaluando a la familia teniendo una postura de unión al formar parte del sistema y al mismo tiempo una postura de liderazgo (Eguiluz, 2004).

Desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar como es que todos los miembros del sistema (en este caso la familia) participan en el mantenimiento del síntoma y al mismo tiempo, se busca entender como es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar. Por lo tanto, si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Reducir la Emoción Expresada alta con la aplicación del taller psicoeducativo en los familiares (cuidadores) de un paciente con esquizofrenia paranoide.

1.3 OBJETIVO PARTICULAR

Informar al familiar acerca del padecimiento (esquizofrenia) en forma general.

Sensibilizar al familiar (cuidador) acerca del trato y la dinámica que deben tener con el paciente en casa.

Planear el regreso a casa del paciente.

1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

El taller está dirigido a los familiares (cuidador) de pacientes esquizofrénicos adultos de familias que presenten una alta Emoción Expresada de acuerdo con el Cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén (versión modificada del Instituto Nacional de Psiquiatría); que su paciente presente el primer episodio de la enfermedad y el tipo de esquizofrenia sea paranoide. El grupo estará formado por un mínimo de 10 personas y un máximo de 20.

Criterios de inclusión.

- Familiar del paciente esquizofrénico que tenga contacto cercano con el paciente (su cuidador).
- Que el familiar presente una Emoción Expresada Alta.
Se obtiene el nivel de emoción expresada teniendo como resultado: para alta un puntaje de 62-120 y para baja <30-61.
- Que el paciente sea adulto y se encuentre entre 25-35 años.

Criterios de exclusión.

- Se excluirá al familiar u otra persona que no tenga contacto directo con el paciente.
- Presente una Emoción Expresada Baja.
- La edad el paciente no se encuentre en el rango establecido en la sección anterior

1.5 DURACIÓN

El taller tiene una duración de 11 sesiones de dos horas, una vez por semana.

1.6 SEDE

Lugar asignado dentro de la institución psiquiátrica preferentemente una sala de usos múltiples.

2. TEMÁTICA

1. Características y síntomas generales de la esquizofrenia etiología diagnóstico y clasificación
2. Papel del equipo multidisciplinario dentro del padecimiento
3. Tratamiento farmacológico y psicológico de la esquizofrenia
4. Importancia del papel de la familia dentro del padecimiento
5. Las diferentes formas de comunicación y tipos de mensajes
6. Manejo de emociones
7. Familia como generadora del cambio:
 - critica
 - sobreprotección
 - hostilidad
8. Reglas y límites
9. Alternativas laborales y psicosociales
10. Tratamiento hecho con el paciente en el presente, lugares de importancia para el afrontamiento del padecimiento
11. Cierre .Post test

3. PROCEDIMIENTO

Se realizará la aplicación del Cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén a familiares (cuidador) de pacientes con esquizofrenia, para obtener la población adecuada para la aplicación de taller. Así como una entrevista familiar con el objetivo de saber en que situación se encuentra el familiar y el paciente.

El taller deberá ser aplicado por un psicólogo debido a que cuenta con las herramientas necesarias para manejar las diferentes situaciones que se presenten

durante la aplicación del taller, principalmente porque en cada sesión el taller se manejará emociones.

Se aplicará el taller sosteniendo una sesión por semana con una duración de dos horas en el lugar designado por la institución, el cual deberá tener suficiente espacio para poder realizar las actividades necesarias.

En la última sesión se realizará la aplicación del cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén para realizar una comparación con el aplicado al inicio del taller.

4. PLANEACIÓN ESPECÍFICA.

No de sesión	Tiempo	Objetivo	Tema	Actividad (dinámica)	Recursos materiales	Bibliografía.
1	2hrs.	Establecer un encuadre Informar acerca del trastorno así como sus características, síntomas y tipos de esquizofrenia	Características y síntomas generales de la esquizofrenia etiología, diagnóstico y clasificación	Dinámica de presentación "la telaraña" Se dará el tema Dinámica de Phillips 66. Dinámica: rompecabezas	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, un lápiz o bolígrafo. Pizarrón y gis u hoja de papel bond y marcadores	2,3,5,15,17,19
	2hrs	Conocer el papel del equipo multidisciplinario que actúa dentro del tratamiento del padecimiento.	Papel del equipo multidisciplinario dentro del padecimiento	Dinámica de Concordar-Discordar	Mesas, sillas, cuaderno, copias con la serie de afirmaciones, un lápiz o bolígrafo	1,6,23
3	2hrs	Conocer la importancia que tiene el tratamiento	Tratamiento farmacológico y	Dinámica de Corrillos	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o	1,3,4,8,21

		farmacológico y psicológico de este trastorno, así como su participación para que este se cumpla.	psicológico de la esquizofrenia		bolígrafo, marcadores	
4	2hrs	Sensibilizar a la familia sobre la importancia de su comportamiento .	Importancia del papel de la familia dentro del padecimiento	Dinámica: La Reja	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o bolígrafo, pizarrón y gis o un pliego de papel bond y marcadores	3,18,22
5	2hrs	Ejercitar estilos de comunicación efectiva para mejorar la relación con los demás.	Las diferentes formas de comunicación.	Dinámica de Comunicación no verbal: negaciones	Mesas, sillas, hojas blancas, bolígrafo, otros materiales para las representaciones	10,12,14,18,20
6	2hrs	Enseñar a los familiares el manejo de las emociones.	Manejo de emociones	Dinámica Expresando emociones y sentimientos	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, un lápiz o bolígrafo	18,7
7	2hrs	Desarrollar la percepción de los problemas de las relaciones humanas	Familia como generadora del cambio: -critica - sobreprotección -hostilidad	Dinámica del Sociodrama	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o bolígrafo, diferentes materiales para las representaciones	11,13,22
8	2hrs	Desarrollar habilidades en la familia para implementar	Reglas y límites	Dinámica: Ni muy muy... ni tan tan. Técnica:	Mesas, sillas, cuaderno copias con los enunciados, un	7,9,16

		límites claros con el paciente.		Estableciendo o límites	lápiz o bolígrafo	
9	2hrs	Analizar las alternativas laborales y psicosociales del paciente al regreso a casa.	Alternativas laborales y psicosociales	Dinámica Sesiones de Cuchicheo (Buzz Sessions) o Diálogos Simultáneos.	Mesas, sillas, cuaderno o hojas blancas, un lápiz o bolígrafo	11
10	2hrs	Desarrollar un plan familiar estratégico para el manejo del paciente en casa.	Tratamiento que se está haciendo con el paciente, fijar una meta a corto plazo.	Dinámica: Planeando el tiempo	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, hoja con la descripción de un problema, un lápiz o bolígrafo	1,16
11	2hs	Sugerir diversas alternativas de tratamiento para los familiares y pacientes con esquizofrenia en diversas instituciones.	Cierre Post test	Aplicación del "cuestionario de emoción expresada de Guanilo y Seclén"	Mesas, sillas, un lápiz o bolígrafo, cuestionario. Trípticos con información de las alternativas de tratamiento	

CAPITULO VIII

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Después de realizar un análisis de lo obtenido durante el sondeo en los diferentes hospitales psiquiátricos del sector salud del distrito federal, se encontró que la esquizofrenia es el trastorno que tiene más población en los hospitales psiquiátricos, por lo que la investigación estuvo dirigida a recopilar información acerca de la atención que se le otorga al familiar; puesto que, como pudimos observar a través de la historia, el papel de la familia es de vital importancia para la recuperación del paciente.

En los resultados obtenidos a través de la entrevista APFE Y EE se encontró que existe un programa enfocado a los familiares de pacientes con esquizofrenia; sin embargo, sólo se puede utilizar por una cierta parte de esta población por no reunir los criterios de exclusión que establece el programa. Tal es el caso del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” en donde sólo entran los familiares de pacientes que presenten una esquizofrenia crónica dejando de lado los que están en primer episodio del trastorno.

En otros hospitales únicamente se brinda información a través de un programa psicoeducativo; el cual, se da en conjunto con otros padecimientos y no de forma específica, además de que no en todos trabajan con terapia familiar. En el caso del Hospital Infantil “Juan N. Navarro” no se da la atención requerida debido a que el padecimiento no se ha presentado de forma estructurada, sólo se ven algunas características de la enfermedad lo cual provoca que el diagnóstico sea poco confiable, además de manejarse diferentes enfoques en cada hospital, dependiendo del psicólogo es el tipo de terapia de se brinda.

En cada hospital psiquiátrico al que se acudió para recopilar información la atención fue proporcionada por diferentes especialistas, por lo que dependiendo del cargo, fue la información que se proporciono, haciendo énfasis en su especialidad, por lo que la información obtenida nos muestra un panorama general de cómo es auxiliada la familia del esquizofrénico pero no de forma especializada ya que el encargado de esta rehabilitación la lleva acabo un psicólogo y lo que nos muestra cada persona entrevistada es el papel que realizan dentro del equipo multidisciplinario dentro del tratamiento.

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino” y el “Juan N. Navarro” la información fue proporcionada por un psiquiatra, en el “San Fernando” una trabajadora social y un psicólogo y en Instituto Nacional de Psiquiatría por un psicólogo. La duración de la terapia varía en cada institución ya que en algunos casos atienden a personas de provincia lo que dificulta al tratamiento.

La atención que recibe cada uno de los familiares es otorgada desde diferentes perspectivas según el enfoque del psicólogo a cargo del caso, por lo que no se logra percibir de forma adecuada el impacto que pudiera provocar en la recuperación del paciente.

La mayoría de los especialistas en salud mental conocen la importancia que tiene la emoción expresada dentro del trastorno y su recuperación, sin embargo, no le han dado la importancia adecuada para modificarla y lograr una mejor adaptación del paciente y de sus familiares frente a este trastorno.

El papel que tiene el psicólogo en esta área es por tanto importante ya que no sólo tiene que ver con el problema psiquiátrico que representa el trastorno, sino también el impacto familiar y social que representa el tener a su cuidado a un familiar que presente esquizofrenia. Denotando por tanto un área que es muy explorable para el psicólogo dentro de este tipo de ámbitos.

Por lo que se presenta la propuesta del taller psicoeducativo para incursionar en un área que es de suma importancia dentro de la esquizofrenia y de los diferentes padecimientos existentes en un ambiente psiquiátrico.

CAPITULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En esta investigación se encontró que la esquizofrenia aparece en todas las culturas ya que se observa en 3 de cada 100 personas, principalmente en adolescentes y jóvenes adultos (Medina-Mora, 1985).

Las investigaciones realizadas muestran que la familia tiene una vital importancia para la recuperación del paciente ya que aunque la enfermedad es padecida por un miembro de la familia, todos son afectados en cierta medida.

La prevalencia de trastornos psicóticos en México es similar a la del resto del mundo, representando un alto costo social y económico para nuestra comunidad. Particularmente la esquizofrenia paranoide es el diagnóstico más frecuente dentro de los hospitales psiquiátricos, esta referencia la muestra una investigación realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (Apiquián, Páez, Loyzaga, Cruz, Gutiérrez, Suárez, et al, 1997).

Se tienen varios supuestos sobre la causa de la alta Emotividad Expresiva pero lo cierto es, que no existe una teoría que sea considerada como totalitaria o verdadera pero sí se tienen varias aproximaciones teóricas como la de la “madre esquizofrenógena” de Fromm Reichmann (citado en Muela y Godoy, 1997) o la de el “chivo expiatorio” de Laing (citado en Leff, 1995), por mencionar algunos, pero las teorías no son excluyentes. Al contrario, en los últimos años, se ha encontrado que además de las causas que mencionan las teorías, los factores sociales y familiares tiene una vital importancia en relación a las recaídas de los pacientes esquizofrénicos descubriendo un concepto teórico llamado Expresividad Emotiva,

el cual comprende actitudes y comportamientos de las personas que cuidan a un paciente con esquizofrenia (Jiménez, 1996).

Los recientes avances científicos con respecto a la enfermedad muestran la importancia de un tratamiento integral para la recuperación del paciente esquizofrénico.

Es significativo mencionar que los hospitales no cuentan con la infraestructura y el personal necesario para proporcionar tratamiento a las personas que acuden, debido a que la capacidad de éstos es reducida. Generalmente se canalizan a otras instituciones o se les tiene en espera para que sean atendidos, lo que puede provocar que el paciente tenga mayor probabilidad de una recaída por no cambiar el ambiente familiar al que se presenta cuando es dado de alta en el hospital, o dicho de otra manera, no modifican su Emoción Expresada.

Generalmente, las creencias de cada familia influyen en el tratamiento que se les proporciona a los pacientes con esquizofrenia, esto es porque frecuentemente acuden con brujos o sacerdotes antes de ir a un hospital psiquiátrico; esta conducta se presenta frecuentemente porque no conocen los síntomas del trastorno. Una vez que acuden al hospital psiquiátrico dejan de administrar los medicamentos a su enfermo porque piensan que el medicamento no está funcionando, esto sucede generalmente porque el familiar no tiene conocimiento de los efectos secundarios del medicamento.

Es importante mencionar que el familiar del paciente con esquizofrenia no tiene conocimiento de las capacidades y limitaciones de su enfermo, por lo tanto, no sabe como debe tratar al paciente, así como tampoco tiene la confianza de delegarle alguna obligación o responsabilidad porque piensa que no tiene la capacidad suficiente para realizarla lo cual es totalmente falso.

Debido a que cada hospital tiene una intervención diferente con los familiares, manejando diversos enfoques y tomando en cuenta el trastorno diagnosticado con mayor población, se presenta una propuesta con la modalidad de taller para familiares de pacientes esquizofrénicos, ubicando principalmente a los paranoides.

El taller es de corta duración, lo cual implica una ventaja, los familiares acudirán con más frecuencia y por lo tanto la intervención con ellos tendrá mejores resultados, además de que es dinámico. Así, aprenderán más fácilmente porque la parte teórica será reforzada con un segmento práctico.

La ventaja para los hospitales es que comprende un mejor tratamiento, más rápido, una posible baja en las recaídas de pacientes por recaídas, lo cual repercutiría en un bajo costo para el hospital al utilizar menos fármacos, personal y menor tiempo de estancia en el hospital.

La desventaja que se presenta para la aplicación se origina al tener ciertos criterios de inclusión, esta población se encuentra en los hospitales psiquiátricos y todos tienen programas de intervención que son monitoreados frecuentemente, por lo tanto se debe pedir la autorización y al mismo tiempo se debe procurar no interponerse con otra forma de intervención para evitar tener variables extrañas en la investigación, lo que llevaría mucho más tiempo; por tal motivo sólo se quedó en propuesta. No obstante, es una propuesta muy completa que permite aplicarla pronosticando un buen resultado tanto para los familiares y pacientes como para los hospitales.

En conclusión, si se realiza la aplicación adecuada del taller podrían obtenerse resultados satisfactorios para la reincorporación del paciente a la sociedad, es decir, a realizar actividades sociales como el trabajar de primera instancia en algún negocio familiar llegando a ser capaz de tener un trabajo por su cuenta y

hacerse cargo de sí mismo, además de lograr una integración familiar adecuada para afrontar el padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica para la educación*. Argentina: Amorrortu.

Apiquián R, Páez F, Lozaga C, Cruz E, Gutiérrez D, Suárez J. et al. (1997). Estudio mexicano sobre el primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*. 20 (suppl. Octubre), 1-7.

Barrowclough M. & Tarrier N (1995). Intervenciones con las familias. En Birchwood M: y Tarrier N. (comp.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Benassini, O. (2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud mental*. 24 (6), 62-73.

Benoit, J. C. (1985). *Angustia psicótica y sistema parental*. Barcelona: Herder.

Birchoowd M. (1995). Esquizofrenia. En Caballo, E., Buela, C. y Carboles J. (comp.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 1*. España: Siglo XXI.

Boscolo L. & Bertrando P. (1993). *The times of time. A new perspective in systemic therapy and consultation*. New York: Norton.

Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Vol. 1 Biblioteca de psicología. España: Desclee.

Camacho, J & Oseguera (2005). *Esquizofrenia: Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada*. Comunicación personal. México, D. F Hospital psiquiátrico "San Fernando".

Caparrós N. (1981). *Crisis de la familia: revolución de vivir*. Madrid: Fundamentos.

Caraveo, J. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. 19 (suppl. abril), 8-13.

Chávez A. (2002). *Emoción expresada y la predicción de severidad sintomatológica en pacientes con trastornos de condición alimentaría*. Tesis de

maestría. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente- Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.

Chinchilla A. (1996). *Las Esquizofrenias*. Barcelona: Masson.

Colodrón, (1990). *Las esquizofrenias*. España: Siglo XXI.

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. España: Paidós.

Davison C, (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México: Trillas.

Eguiluz L. (2004). *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax México.

Fresan, A, Apiquian R, Ulloa R, Loyzaga C, García M & Gutiérrez (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*. 24 (4), 36-39.

Gamiochipi, J (2005). *Esquizofrenia: Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada*. Comunicación personal. México, D. F Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Garnica, R. (1998). *Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente*. (2ª. ed.). México: Piensa.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática -INEGI-(2000). Estadísticas del año 2000 (información de los trastornos mentales) extraído el 15, Noviembre, 2004 del sitio web de: www.inegi.gob.mx

Jiménez, D (1996). Aportaciones psicosociales y familiares. En Chinchilla A. *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.

Jung C. G. (1990). *El contenido de la psicosis*. Psicogénesis de las enfermedades mentales 2. Barcelona: Paidós.

Laing R. (1969). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.

Leff J. (1995). Manejo familiar en la esquizofrenia. En Shiriqui, C. y Nasrallah H., *Aspectos Actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid: Médicos S. A.

Logomarsino A. (1995). *Psicoeducación para familiares de esquizofrénicos*. México: Paidós.

Medina-Mora M E, (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiátrica Psicología para América Latina*. 31, pp. (1-14)

Minuchin S. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, p (15)

Moccio F. (1994). *El taller de terapias expresivas*. México: Paidós.

Muela J. & Godoy J. (1997). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista electrónica de motivación y emoción*. 4 (7), 1-18. Extraído el 10 Enero, 2005. de: <http://reme.uji.es/articulos/amuelj9391302101/textohtml>

Navarro, J., Fuentes, A. & Ugidos, T. (1999). *Prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Amarú ediciones.

Ochoa, I. (1995). *Enfoque en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Los trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10) Guía de bolsillo*. España: Manual Moderno.

Page, J.D. (1982). *Manual de psicopatología*. Barcelona: Paidós.

Patiño, J.L. (1990). *Psiquiatría clínica (2ª ed.)*. México: Salvat

Rascón, M (2004). *Esquizofrenia: Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada*. Comunicación personal. México, D. F Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

Rodríguez C. & Campuzano M. (s.f.) *Nuevos paradigmas en la psicoterapia familiar para esquizofrénicos*. pp. (1-7). Extraído el 10, Enero, 2005, de: www.plazayvaldez.com/syc1/nuevosparadigmasenlapsicoter.htm

Sánchez G. (2001). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Modero.

Sánchez, Z (2005). *Esquizofrenia: Apoyo Psicológico a Familiares de Esquizofrénicos y la Emoción Expresada*. Comunicación personal. México, D. F Hospital psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

Sanz F. & Cariñive J. (1995). Psicoeducación de familiares de pacientes esquizofrénicos. En Shiriqui, C. Y Nasrallah H., *Aspectos Actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid: Médicos S. A.

Searles H. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia 2ª Edición*. Colección Psicoteca

mayor Barcelona: editorial Gedisa

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin G. y Prata G. (1994). *Paradoja contra paradoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. México: Paidós.

Selvini, M., Cirillo S., Selvini M. & Sorrentino A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

Valencia M., Rascón M. & Quiroga H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*. 26(5), 1-15.

Waig-Yung L., George S. & Minuchin S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. España: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.

Entrevista: APFE y EE (apoyo psicológico a familiares de esquizofrénicos y la Emoción Expresada en los familiares).

1. Nombre y cargo
2. ¿Cuántos pacientes con esquizofrenia hay actualmente en la institución y a cuántos se les brinda ayuda externa?
3. ¿Cómo reacciona la familia al enterarse del trastorno que presenta su enfermo?
4. ¿Qué tipo de ayuda reciben las familias del paciente esquizofrénico?
5. ¿Qué métodos se utilizan y en qué consisten?
6. ¿Al estar informada del trastorno la familia, se observan cambios en el paciente?
7. ¿Los familiares reciben algún tipo de ayuda psicológica?
8. ¿Qué actitud toma la familia cuando se les menciona que ellos deben de tener un tratamiento psicológico?
9. ¿Cuánto dura la terapia?
10. ¿Con qué frecuencia acuden a la terapia?
11. ¿Dependiendo del grado del trastorno que presenta el paciente cambia el tipo de ayuda que recibe la familia?
12. ¿Generalmente, quién es mas allegado al paciente esquizofrénico?
13. ¿Con qué frecuencia se presenta el trastorno en otros miembros de la familia?
14. ¿Con qué frecuencia tienen una recaída y que se hace en estos casos?
15. ¿La familia está preparada para la recaída del enfermo?
16. ¿Qué cuidados requiere el paciente al salir del hospital?
17. De acuerdo a su experiencia, ¿tienen características específicas las familias con un paciente esquizofrénico?
18. ¿De qué forma ayuda la familia a afrontar su padecimiento?
19. ¿Sabe lo que es la Emoción Expresada?
20. ¿existe algún programa psicoeducativo en el que se tome en cuenta la EE en los familiares del paciente con esquizofrenia?

ANEXO 2
ENTREVISTA CLINICA

PSICOLOGIA _____ CLINICA _____
EXPEDIENTE N° _____
FECHA _____
HORA DE INICIO _____
HORA FINAL _____
ENTREVISTADOR _____

I. FICHA DE IDENTIDAD

- 1) Nombre _____
- 2) Como lo llaman en casa _____
- 3) Edad _____
- 4) Sexo _____
- 5) Fecha de nacimiento _____
- 6) Domicilio _____
- 7) Escolaridad _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos de:

EL PADRE

LA MADRE

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1) Nombre _____ | _____ |
| 2) Edad _____ | _____ |
| 3) Estado civil _____ | _____ |
| 4) Edo. Gral de salud _____ | _____ |
| 5) Ocupación _____ | _____ |
| 6) Lugar de trabajo _____ | _____ |
| 7) Horario de trab. _____ | _____ |
| 8) Nivel econ. _____ | _____ |
| 9) Escolaridad _____ | _____ |
| 10) Domicilio _____ | _____ |
| _____ | _____ |

III. HISTORIA SOCIOECONOMICA

- 1) Ingreso mensual: Padre _____ Madre _____ otros _____
- 2) Habita en casa propia _____ Alquilada _____ otros _____
- 3) Tipo de construcción de la casa _____

- 4) Cuantas personas habitan en la casa: adultos ___ M() F() niños ___ M() F()
 5) Cuantas habitaciones tiene la casa? _____
 6) Con que servicios cuenta? Agua _____ Luz _____ Drenaje _____
 7) Egresos mensuales: Alimentación _____ Vestido _____
 Renta _____ Agua _____ Luz _____ Transporte _____
 Diversiones _____ Educación _____

IV. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

- 1) Motivo de consulta _____

 2) Descripción del problema del enfermo (En forma consisa, diga las circunstancias y la razones para que el enfermo llegó al hospital) _____

 3) Persona que lo remite _____
 4) Fecha de aparición del problema _____
 5) Evolución _____

 6) Signos y síntomas _____

 a) NIVEL AFECTIVO:
 Nervioso () Distraído () Sensible () Amable ()
 Agresivo () Tímido () Ansioso () Otros _____
 b) NIVEL VERBAL:
 Renuente a contestar () Silencioso () Explicito ()
 Verbalización excesiva () Tartamudez () Repetitivo ()
 Otros _____
 c) NIVEL FÍSICO:
 Apariencia Personal: Aseado () No aseado ()
 Malformaciones físicas: Si () No ()
 Posturas inadecuadas Si () No ()
 Zurdo () Diestro ()
 7) Enfermedad actual _____

V. HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Que enfermedades ha tenido? _____

-
2. ¿Ha tenido temperatura mayor a los 40 grados? Si () No ()
 3. ¿Ha tenido convulsiones? Si () No ()
 4. ¿Ha sufrido golpes en la cabeza? Si () No ()

5. ¿tiene o ha tenido problemas en :

- | | | |
|----------|--------|--------|
| Marcha | Si () | No () |
| Lenguaje | Si () | No () |
| Oído | Si () | No () |
| Vista | Si () | No () |

VI. AMBIENTE FAMILIAR

Personas que componen el grupo familiar:

NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	EDAD	OCUPACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

Incluye datos concernientes a antecedentes hereditarios, actitudes paternas, de los hermanos y la condición sociocultural de la infancia del enfermo.

Preguntar por antecedente patológicos en ascendentes y parientes colaterales, principalmente: psicopatías, padecimientos psicóticos, suicidios, abandonos de hogar, infidelidades, actitudes religiosas fanáticas, celos, epilepsias, organizaciones familiares matriarcales o patriarcales, etc. Preguntar por antecedentes no patológicos en ascendentes y colaterales: Niveles de cultura, intereses, tipo de vínculos interfamiliares, desplazamientos geográficos de la familia, hábitos, costumbres, etc.

VII. PERIODO DE DESARROLLO

1. Historia del parto y embarazo, de los cuales el paciente fue producto. _____

2. Historia post natal, hasta la edad de doce años. _____

3. Historia de la primera infancia hasta antes de entrar a la escuela (y o 7 años) _____

4. Historia de la segunda infancia hasta antes de la adolescencia.

5. Período adolescente. _____

VIII. PAUTAS DE AJUSTE DURANTE LA VIDA ADULTA

(Según las áreas o situaciones en las que el sujeto funciona y se desarrolla)

1. Ajustes familiares
2. Ajustes vocacionales

3. Ajustes de trabajo
4. Ajustes sociales
5. Ajustes sexuales

IX. DIAGNOSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.

(En esta sección se plantean los que se le dieron al paciente al valorarlo para su ingreso al hospital, al diagnosticar la enfermedad)

a) Diagnóstico: _____

b) Pronóstico: _____

c) Tratamiento: _____

ANEXO 3

EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILLO Y SECLÉN)

Versión modificada
Instituto Nacional de Psiquiatría

Fecha _____
Folio _____
Fase _____
Grupo _____

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarle a mejorar su relación con él.

Instrucciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- SI Nunca o menos de una vez al mes siente o reacciona ponga la (X) en el recuadro NUNCA.
- SI Ocasionalmente lo hace pocas veces en tal caso pondrá una (X) en CASI NUNCA.
- SI lo hace más veces o frecuentemente en este caso ponga la (X) en el recuadro de CASI SIEMPRE.
- SI Diario o muy a menudo ponga la (X) en el recuadro SIEMPRE.

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional -mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado				
3.- Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene, me es indiferente.				
4.- Siento desesperación frente a él por las cosas que este hace.				
5.-Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás.				
6.- Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
7.- La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en la casa.				
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar porque tengo otras preocupaciones.				
10.- Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.- Mi familiar no hace nada por sí solo, sin embargo no me molesta.				
13.- Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo .				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me irrito cuando veo a mi familiar desganado				
19.- Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar, sólo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.				
22.- Trato de ser poco duro con mi familiar				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.- La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se valla a otro lado.				
26.- En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.				
29.- A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.				
30.- Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				



ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MANUAL

TALLER PSICOEDUCATIVO PARA REDUCIR LA EMOCIÓN EXPRESADA ALTA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Autores: Ramírez Nava Adriana
Ramírez Vázquez Reyna

Asesora: Blanca E. Barcelata Eguiarte

2006

PRESENTACIÓN

El presente taller está dirigido al equipo de salud de los Hospitales Psiquiátricos con el objetivo de reducir la Emoción Expresada en los familiares de los pacientes, en particular a los que tienen a su familiar con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide ya que se hizo la investigación con este tipo de trastorno. Sin embargo, no es excluyente de otros trastornos debido a que se ha comprobado que los familiares que tienen a algún paciente con un trastorno mental tienen una dinámica familiar muy diferente en comparación a las familias que no tienen un familiar con algún trastorno.

El taller incluye once sesiones que trata los temas considerados más importantes para la recuperación del paciente, al incluir información de la enfermedad, la importancia de la toma de medicamentos, como tratar al paciente en casa y cambiar la dinámica familiar para disminuir el riesgo de una recaída, además de su reinserción a la vida cotidiana.

Este taller tiene la ventaja de que es dinámico y tiene un temario muy completo, al mismo tiempo de que es de corta duración, lo cual pronostica la mayor participación de los familiares y por lo tanto un efecto positivo tanto para los familiares como para los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Reducir la Emoción ¹Expresada alta con la aplicación del taller psicoeducativo en los familiares (cuidadores) de un paciente con esquizofrenia paranoide.

OBJETIVOS PARTICULARES

Informar al familiar acerca del padecimiento (esquizofrenia) en forma general.

Sensibilizar al familiar (cuidador) acerca del trato y la dinámica que deben tener con el paciente en casa.

Planear el regreso a casa del paciente.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El taller va dirigido a los familiares (cuidador) de pacientes esquizofrénicos adultos de familias que presenten una alta Emoción Expresada de acuerdo con el Cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén (versión modificada del Instituto Nacional de Psiquiatría); además que su paciente este en el primer episodio de la enfermedad y el tipo de esquizofrenia que presente no requiera de una hospitalización prolongada (paranoide). El grupo estará formado por un mínimo de 10 personas y un máximo de 20.

Criterios de inclusión.

- Familiar del paciente esquizofrénico que tenga contacto cercano con el paciente (su cuidador).
- Que el familiar presente una Emoción Expresada Alta.

¹ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Se obtiene el nivel de emoción expresada teniendo como resultado: para alta un puntaje de 62-120 y para baja <30-61.

- Que el paciente sea adulto y se encuentre entre 25-35 años.

Criterios de exclusión.

- Se excluirá al familiar u otra persona que no tenga contacto directo con el paciente.
- Presente una Emoción Expresada Baja.
- La edad el paciente no entre dentro del rango establecido en la sección anterior

DURACIÓN

El taller tendrá una duración de 11 sesiones de 2 horas cada una teniéndolas una vez a la semana.

SEDE

Lugar asignado dentro de la institución psiquiátrica preferentemente una sala de usos múltiples.

TEMÁTICA

1. Características y Síntomas generales de la esquizofrenia etiología diagnostico y clasificación de la esquizofrenia.
2. Papel del equipo multidisciplinario dentro del padecimiento.
3. Tratamiento farmacológico y psicológico de la esquizofrenia.
4. Importancia de la familia dentro del padecimiento.
5. Las diferentes formas de comunicación y tipos de mensajes.
6. Manejo de emociones.
7. Familia como generadora del cambio:
 - critica
 - sobrepotección
 - hostilidad.
8. Reglas y límites.

9. Alternativas laborales y psicosociales.²

10. Tratamiento hecho con el paciente en el presente. Lugares de importancia para el afrontamiento del padecimiento.³

11. Cierre .Post test.

PROCEDIMIENTO

Se realizará la aplicación del Cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén a familiares (cuidador) de pacientes con esquizofrenia, para obtener la población adecuada para la aplicación de taller. Así como una entrevista familiar con el objetivo de saber en que situación se encuentra el familiar y el paciente.

Se adecuará el espacio adecuado para tener el espacio suficiente para la realización de las diversas actividades dentro del taller.

Se aplicará el taller sosteniendo una sesión por semana con una duración de dos horas.

En la última sesión se realizará la aplicación del cuestionario de Emoción Expresada de Guanilo y Seclén para realizar una comparación con el aplicado al inicio del taller.

³ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

SESIÓN 1 SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ESQUIZOFRENIA.

Objetivo específico: Establecer un encuadre, informas acerca de las características, síntomas y tipos de esquizofrenia.

El moderador se presentará y a continuación dará la dinámica del taller para conocerse y “romper el hielo”.

Dinámica: “la telaraña”

Objetivo: Conocer un poco más a cada uno de los participantes del taller.

Duración: 20 minutos.

Material: una bola de estambre y sillas suficientes para cada participante si las hubiera.

Desarrollo: se comienza a desenredar el estambre arrojándolo a algún participante del grupo, cada vez que se avienta se pide a cada participante contestar alguna pregunta en primera instancia se pide que se diga su nombre, como se llama el familiar que presenta el trastorno y cuanto tiempo lleva con el trastorno. Posteriormente se comienza a enredar la bola de estambre con la siguiente pregunta ¿Qué es lo que más te gusta de tu familiar que presenta la esquizofrenia? Cada uno debe contestar la pregunta para que la bola de estambre termine enredada nuevamente (adaptada de Rubio y Sánchez, 2004)

Posteriormente se proporcionará la siguiente información por medio de láminas y/o medios audiovisuales.

SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS

El término esquizofrenia se deriva de las palabras griegas schizen (división) y phrem (mente) que literalmente significarían mente dividida o dislocada, pero que finalmente se traducen en una desarmonía de la personalidad.⁴

La esquizofrenia es una enfermedad de gran complejidad, aún los expertos no están seguros de la causa pero algunos han postulado que el cerebro no puede procesar información de una manera correcta. Es una perturbación del pensamiento, sensible al ambiente el cual es a menudo, persistente o recurrente, con un sustrato de disfunción cerebral, que ha sido adquirida y/o heredada (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

La esquizofrenia es un grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por perturbaciones marcadas de pensamiento, emoción y conducta, tales como pensamiento desordenado donde no se relacionan con lógica las ideas; incapacidad de percepción y atención; perturbaciones extravagantes de la actividad motora; afectividad aplanada o inapropiada. Ocasiona que el paciente se aleje de la gente al igual que de la realidad, para entrar con frecuencia a un mundo de fantasías delirantes y alucinantes (Davison, 2000).

EPIDEMIOLOGÍA

En algún momento de su vida el 0.7-0.9% de la población ha padecido esta enfermedad. Parece existir un ligero predominio en el sexo masculino. Suele debutar en la adolescencia o juventud. Afecta sobre todo entre los 15 a 25 años en los varones y entre los 25 a 35 en las mujeres. Es de 3 a 5 veces más frecuente en los solteros, sobre todo varones, y áreas socioeconómicas menos favorecidas.

⁴ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

En los países de clima templado se ha observado un aumento de incidencia en personas que nacieron en los meses de invierno (Piedra F. J., 2002)

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La carta de presentación de la esquizofrenia es la incomprendibilidad psicológica. Cuando nos enfrentamos al paciente nos damos cuenta del contenido absurdo de sus ideas, de lo absurdo de su conducta, de la ausencia del sentido crítico ante los fenómenos perceptivos y la ausencia de la lógica en el curso del pensamiento. El aspecto que presenta un esquizofrénico es de descuido y desaseo o extremadamente acicalado; mantiene una actividad de mutista o de respuestas cortas con inmovilidad, agitada, sin medir provocación.

La extrañeza con la que se le presenta el mundo le lleva a las conclusiones más dispares: piensa que va a suceder una calamidad o que se acerca el fin del mundo. Se siente cambiado pero, en lugar de pensar que está sufriendo una enfermedad mental, interpreta que realmente esta transformándose y se identifica con los personajes más extravagantes porque cree que puede controlar los acontecimientos de forma extraordinaria: “hago brotar las flores”, “soy el representante de los extraterrestres para anunciar el fin del mundo”. Al mismo tiempo conserva la orientación hacia su persona y se produce el fenómeno de doble orientación: “mi nombre es Juan Alcalde Escribano pero en realidad soy Enrique el Navegante”. Es típico que estos delirios los acepte el paciente sin pruebas, a modo de revelación.

El instructor deberá explicar cada uno de los síntomas para su entendimiento.

Los principales síntomas se han dividido en dos categorías, positivos y negativos.

Los síntomas *positivos* consisten en excesos, tales como alucinaciones, delirios y conducta extravagante (Davison, 2000).

- Habla desorganizada

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Trastorno de la afectividad
- Psicomotricidad⁵
- Cognición

Los síntomas *negativos* consisten en déficits conductuales tales como avolición, alogia, anhedonia y afectividad aplanada.

- Avolición.
- Alogia.
- Anhedonia.
- Afectividad aplanada.

Después de proporcionar la información se aplicará la siguiente técnica:

Dinámica; “Técnica de Phillips 66”

Objetivo: Distinguir cuales son los síntomas y características dentro del padecimiento.

Duración: 20 minutos.

Material: hojas blancas, bolígrafo, pizarrón y gises.

Desarrollo: El grupo se divide en pequeños para discutir durante seis minutos sobre los síntomas y características que presenta su enfermo para obtener un panorama general de los síntomas que más se repiten entre sus enfermos. Posteriormente se pedirá a un representante de cada grupo que exprese cuales son los síntomas y características que mas se presentan dentro de sus familiares, que las anote en el pizarrón, a fin de que el grupo se entere de las diversas opiniones de los subgrupos. Finalmente de estos informes se encontrara cuales son las características mas frecuentes dentro de este padecimiento (adaptada de Anduela, 2001).

⁵ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

No solo es importante conocer los síntomas de esta enfermedad por lo que los siguientes criterios para la clasificación y diagnóstico de la esquizofrenia fueron tomados del CIE 10.

En esta categoría global incluye los tipos de esquizofrenia mas frecuentes, junto con otras variedades menos frecuentes y con los trastornos estrechamente relacionados con ella.

F 20.0 –F20.3

Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo en la mayor parte de los días).

1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad referidas claramente el cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas o percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre si acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Idea delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2) Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan

de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.

b) neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.

c) conducta catatónica tal como excitación, posturas características o ⁶flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.

d) síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica (CIE 10, 2000).

Después de proporcionar la información se aplicará la siguiente técnica:

DINÁMICA: “Rompecabezas”

Objetivo: enseñar a diferenciar a los participantes las características y síntomas que el paciente presenta.

Duración: 20 minutos.

Material: rompecabezas para cada equipo.

Desarrollo: se pide se formen equipos de 5 o 6 personas y se organicen para formar el rompecabezas, cada una de las piezas del rompecabezas tendrá una pregunta que deberán contestar para tener el derecho de colocarla en su lugar al finalizar se deberán dar las respuestas a las preguntas de forma adecuada para ganar el juego (adaptada de Anduela, 2001).

⁶ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

SESIÓN 2 PAPEL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DENTRO DEL PADECIMIENTO.

Objetivo específico: Dar a conocer el papel del equipo multidisciplinario.

Promover la participación activa de todos los miembros del grupo.

El moderador proporcionará la información por medios audiovisuales y laminas.

La rehabilitación psiquiátrica es la aplicación de un enfoque psicosocial al tratamiento de las discapacidades y minusvalías que generan las enfermedades mentales. Su principal objetivo es permitir a los usuarios alcanzar el mejor desempeño psicosocial en un ambiente lo mas normal posible garantizando una calidad de vida tanto al paciente como a su familia, y así lograr disminuir las recaídas y hospitalizaciones al mismo tiempo que se mantenga la adherencia al tratamiento.

Tres son los elementos que caracterizan un programa de rehabilitación. En primer lugar, el entrenamiento de habilidades para afrontar situaciones difíciles para el desempeño de roles sociales valiosos (trabajo, relaciones afectivas). En segundo lugar, el apoyo socioafectivo a usuarios y familiares que permita mantener los logros alcanzados y el mayor grado de autonomía posible. En tercer lugar, la utilización extensiva de todos los recursos de inserción y participación social normales de la comunidad.

Así, la rehabilitación psiquiátrica sería la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales hasta el mayor grado posible por medio de los procedimientos de aprendizaje y apoyo ambientales. Se trata de ayudar a la persona enferma a mejorar sus habilidades para funcionar, de tal manera que tenga éxito y esté satisfecha en el ambiente que haya elegido con la mínima intervención profesional. El logro de estos objetivos requiere de una compleja red

en la que intervienen el sistema sanitario, los servicios sociales, los recursos de la comunidad, las organizaciones de afectados, familiares y voluntarios.

El papel del psiquiatra es muy importante dentro de la rehabilitación del paciente psiquiátrico. De una manera general se halla encaminada primeramente a informar y educar al paciente sobre la sintomatología, curso, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, así como de la necesidad de cumplimiento y manejo de la medicación e identificación de signos precoces de recaída. Resalta el papel fundamental de los neurolépticos en el tratamiento porque se comentan cada uno de los recursos terapéuticos disponibles en el momento.⁷

Una primera intervención del psicólogo es por medio de la psicoterapia individual otorgada al paciente; aunque se utilizan frecuentemente diversos tipos de enfoques, el más habitual es la terapia de apoyo. Para su aplicación es necesario que el terapeuta tenga un amplio conocimiento del paciente, su entorno, objetivos, necesidades individuales y, sobre todo, una buena relación terapéutica, cálida y empática. Facilitar la resolución de problemas y valorar adecuadamente la realidad son sus principales objetivos para mejorar la capacidad del paciente de adaptarse a convivir con la esquizofrenia y su mundo circundante. La terapia individual de soporte y la terapia de perspectiva pueden ser de gran ayuda siempre que se orienten a la realidad y sean de tipo pragmático. El clínico puede ayudar al paciente a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, a encontrar referencias reales, a resolver problemas concretos y a identificar precozmente tanto los acontecimientos estresantes como los síntomas que anuncian una recaída (Álvarez G. 2002).

⁷ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

La importancia de personal de enfermería calificado constituye uno de los elementos más importantes para que el proceso de hospitalización cumpla sus objetivos, además, una buena preparación para el alta del paciente. Esto se consigue porque al hablar de la psicoterapia de grupo en el paciente internado, en el pabellón psiquiátrico la enfermera suele llevar acabo actividades grupales y de orientación a la familia que aunque no se de un nombre técnico constituyen verdaderos métodos terapéuticos que favorecen la evolución intrahospitalaria del paciente, así como su preparación para la reinserción a la comunidad (Garnica 1998).

Después de proporcionar la información se aplicará la siguiente técnica:

DINÁMICA. Técnica de Concordar-Discordar.

Objetivo: Enseñar a diferenciar a los participantes los diferentes papeles que juega cada miembro del equipo multidisciplinario dentro del padecimiento.

Duración: de 30 a 40 minutos.

Material: pizarrón, gises, rotafolios, lápices o plumas y hojas.

Desarrollo: El coordinador plantea al grupo una serie de afirmaciones (de cinco a diez) se les pide que, en silencio e individualmente, indiquen si están de acuerdo o no con cada una de ellas. Para esto, puede entregar una fotocopia con las afirmaciones a cada participante o simplemente traerlas en una hoja de rotafolio, colocarla donde todos la puedan ver.

Se les da de 5 a 10 minutos para esta actividad, dependiendo del número de afirmaciones. El moderador divide al grupo en equipos, a continuación da las siguientes instrucciones: "El trabajo de cada equipo es decidir, por aprobación, si están de acuerdo o no con cada una de las afirmaciones. No deben decidir por votos sino a través de la discusión y fundamentación de las opiniones personales. Si después de discutir no llegan a ponerse de acuerdo en alguna afirmación, pueden modificar la forma en que está redactada para establecer un consenso.

Se les asigna de 20 a 35 min., dependiendo del número de afirmaciones.

Se hace un plenario para que cada equipo presente sus conclusiones. El coordinador anota en el pizarrón, la decisión de cada equipo en relación con cada una de las afirmaciones. En las afirmaciones en que haya diferencias entre los equipos, el coordinador propiciará la discusión y fundamentación de cada opinión, para ver si se llega a un consenso grupal. Si este no se alcanza fácilmente se pasa a la siguiente afirmación.

Por último el coordinador expresa su opinión personal, indica al grupo lo que él considera correcto y los puntos en los que les faltó profundizar o afinar detalles, aclara las dudas que hayan quedado, complementa el tema.

Es importante tomar en cuenta que las afirmaciones deben estar redactadas de tal forma que propicien la discusión y el análisis (Zarzar, 1994).⁸

AFIRMACIONES

- 1) Debe tratarse a la esquizofrenia a través de un equipo multidisciplinario para tener una mayor efectividad en el tratamiento
- 2) El medico es la persona que se encarga de la dosificación de los medicamentos.
- 3) El psicólogo es la persona que se encarga directamente de la ayuda a la familia siendo este el vinculo entre esta y el paciente.
- 4) Sin la ayuda de la familia el paciente puede afrontar la enfermedad el s
- 5) La ayuda de la familia es uno de los factores mas importantes para la recuperación del paciente

⁸ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

SESIÓN 3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA.

Objetivo específico: Conocer la importancia que tiene el tratamiento farmacológico y psicológico de este trastorno, así como su participación para que este se cumpla.

Para esta sesión se recomienda que sea un psiquiatra del hospital la persona que informe a los familiares sobre la medicación y los efectos secundarios.

Tratamiento farmacológico

En los años cincuenta se introdujeron las medicaciones psicotrópicas; desde entonces, éstas se han convertido en el componente principal del tratamiento de la esquizofrenia. Los efectos de estos fármacos han sido muy evidentes: disminución del número y duración de los ingresos hospitalarios, reducción, e incluso en algunos casos eliminación de las recaídas sintomáticas, y sobre todo, una mejora en la calidad de vida en los pacientes al igual que en sus familias.

Los principales psicofármacos utilizados en la esquizofrenia se denominan neurolépticos o antipsicóticos. A pesar de que hay diferencias químicas entre ellos, los efectos terapéuticos son similares. Algunos de los más utilizados son: Largactil, Sinogán, Meleril, Eskazine, Majeptil, Haloperidol, Orap, Modecate, Leponex, Rispardal, Cisordinol y Zyprexa (Nombre comercial).

La intensidad de estos medicamentos es diferente según el que se utilice, por ejemplo, 100 Mg de Largactil tienen la misma fuerza que 5 Mg de Eskazine.

La acción química de los neurolépticos se concentra en los receptores (dentritas) de la dopamina cerebral.

Hay dos motivos por los que se utiliza la medicación en el tratamiento de la esquizofrenia. El primero es para reducir los síntomas del episodio agudo. Cuando

los síntomas positivos se han reducido (delirios, alucinaciones y dificultades para pensar) se utilizan, con menor dosis, para prevenir recaídas posteriores (Gutierrez, 1998).

Los neurolépticos tienen efectos beneficiosos en un 75% de los pacientes. Los síntomas que más probablemente mejoren son: delirios, alucinaciones, dificultades para pensar, reír o llorar sin motivo, agitación, hostilidad y desconfianza.

Los síntomas que menos probablemente mejoren los neurolépticos son: apatía, falta de energía y de iniciativa, retraimiento social, enlentecimiento psicomotor, falta de ilusión y satisfacción al hacer las cosas, cuidado personal, aplanamiento afectivo conjuntamente con empobrecimiento cognitivo.

Es importante destacar que aunque estos fármacos ayuden a la mejoría del paciente, no son suficientes para el tratamiento de esta enfermedad.⁹

Efectos secundarios de los neurolépticos

Los neurolépticos son un tipo de medicación que afectan a bastantes áreas del cuerpo humano. Algunos, como el Largactil, tiene efectos en casi cada sistema del cuerpo: en el cerebral, circulatorio, alimentario, neuromuscular y endocrino. Se utilizan porque actúan en la química cerebral, pero ello conlleva un efecto secundario o colateral en el resto de sistemas del organismo.

La aparición de estos efectos secundarios es muy molesta, pero debido a que la medicación es muy efectiva, el paciente debe aprender a combatirlos.

Efectos secundarios más frecuentemente dados en pacientes con esquizofrenia durante el tiempo de medicación:

⁹ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Somnolencia o sedación: Aunque puede llegar a ser beneficiosa cuando existe hipertensión o hiperactividad, causa un enlentecimiento psicomotor que puede dificultar la ejecución de tareas cotidianas (conducir, trabajar,...). Por ello el médico tiene que ajustar la dosis, para que no interrumpa dichas actividades.

Síntomas extrapiramidales: Se manifiestan con rigidez muscular, temblores en manos o piernas, expresión facial perpleja y acatisia (Acatisia: necesidad de estar en movimiento a la vez que incapacidad para estar sentado o tumbado). Estos síntomas cuando afectan a músculos del cuello o de los ojos se pueden producir en forma de espasmos. Para aliviar estos síntomas se recetan fármacos antiparkinsonianos.

Efectos en el sistema endocrino: estos efectos pueden provocar un aumento del apetito, irregularidades en la menstruación, dificultades erectivas y disminución de la eyaculación.

Hay otro grupo de efectos secundarios que son menos frecuentes:

Hipotensión: manifestada en forma de cansancio, mareos y vértigos. Este efecto empeora cuando la persona consume alcohol o fármacos hipnóticos.

Discinesia tardía: Es un efecto que puede aparecer en personas que hayan estado tomando durante años altas dosis de neurolepticos. Se manifiesta con movimientos circulares de la lengua y de los labios, o también a otros músculos.

A pesar del gran número de efectos secundarios que producen estos fármacos, son muy necesarios porque sus efectos beneficiosos son superiores. Además, es importante que el paciente conozca que dichos efectos son transitorios. Cabe destacar que un enfermo no padece todos los efectos a la vez, sufrirá uno o dos de ellos. Cada persona tendrá una reacción distinta con un mismo neuroleptico (Cruz, 2003).

Estrategias para afrontar los efectos secundarios

Esperar un tiempo. La mayor parte de los efectos son peores los primeros días de tomar la medicación. Pasadas unas semanas desaparecerán, sin que los efectos beneficiosos lo hagan.

Ponerse en contacto con el psiquiatra. Para el médico no es fácil al principio del tratamiento calcular la dosis exacta. Cuando aparezcan síntomas molestos que no muestran indicios de mejora, es necesario explicárselo. Muchas veces la dosis idónea, será aquella con la que no aparecen efectos secundarios o se manifiestan levemente.

Idear métodos para no olvidar la dosis diaria. Los efectos secundarios también empeoran cuando no se toma la medicación diaria o cuando se varían las dosis día a día. Para no olvidarla existen varios métodos: desde colocarla en un lugar visible de la cocina, hasta poner un cartel en la pared. Hay personas a las que les sirve de mucho que algún familiar se lo recuerde si se olvidan. Esto último puede causar situaciones de tensión si se le recuerda muy a menudo.

Es importante destacar llegados a este punto, que este tipo de medicación no produce ningún tipo de adicción, además de que las dosis irán disminuyendo con el tiempo (Travis y Kerwin, 1997).

Causas del abandono del tratamiento farmacológico

Por los efectos secundarios. Algunas personas pueden dejar el tratamiento uno o dos días, y sentirse mejor que con él. Esto es debido a que los efectos secundarios desaparecen, pero los beneficiosos tardan más en eliminarse, de manera que la recaída puede no ser inmediata. Esto puede hacer que la persona llegue a pensar que los fármacos son más negativos que positivos para su recuperación, sobre todo si no tiene la suficiente información acerca de la enfermedad y de su tratamiento.

Es importante recordar que la probabilidad de recaída cuando no se toma la medicación es de un 70%, mientras que siguiendo su tratamiento la probabilidad está en el 30%.

Se interpreta como un recordatorio de la enfermedad. El enfermo tiene la obsesión de que al tomar la medicación, se le está recordando que tiene una enfermedad. Esto puede ser muy molesto sobre todo cuando la persona ya se siente bien, y los síntomas han desaparecido. Al tomarla cada día se asegura de que estará bien.

Se buscan otros tratamientos. Esto suele pasar cuando aun siguiendo el tratamiento farmacológico, los síntomas psicóticos se mantienen (ideas delirantes, alucinaciones,...). Esta situación es muy difícil de llevar tanto por el paciente como por su familia, se sienten frustrados al no ver mejoría en la persona. Debido a esto se puede perder la confianza en el tratamiento y dejar la medicación. Es importante saber que el proceso de mejoría puede ser lento, pero lo que sí es que está claro es que abandonando la medicación se producirá una crisis tarde o temprano.

Se inicia una recaída. Algunas veces la persona abandona el tratamiento porque ya se encuentra recuperado y cree que puede estar sin él, de hecho se puede mostrar hiperactiva. El médico pueden llegar a variar el tratamiento para este momento, para evitar así la recaída. La dosis de mantenimiento dependerá de cada paciente (de su capacidad de absorción de sustancias químicas), pero también es importante que el médico conozca los cambios que se producen en la vida del paciente, para así ajustar el tratamiento y mantenerse bien o tener protección para afrontar los estresores vitales. De esta manera, queda claro, que la dosis óptima es la que prescriben en conjunto el médico con la familia y el paciente (Cruz, 2003).

Otras medicaciones

A pesar de que los neurolépticos son los principales psicofármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, algunos psiquiatras consideran que otros tipos de medicamentos pueden ser también útiles de manera complementaria, en combinación temporal:

Las sales de litio (Plenur), prescritas para las alteraciones afectivas.

Los hipnóticos, para el insomnio.

Los antidepresivos, en depresiones.

Los ansiolíticos, para momentos de alta ansiedad.¹⁰

La medicación antiepiléptica (Tregretol), que regula el humor y aumenta el efecto de los neurolépticos. Se consigue así poder disminuir la dosis.

El tratamiento psicológico consiste en dar psicoterapia al paciente así como observar la evolución del paciente en el transcurso de la enfermedad además de proporcionar al paciente las herramientas para integrarse a la familia y a la sociedad; también se encarga de dar orientación a la familia acerca del padecimiento del paciente. En la esquizofrenia la terapia de familia se ha dirigido a los casos en que los familiares de los pacientes muestran una alta emoción expresada, ya que está comprobado que actitudes críticas o la sobreimplicación emocional familiar son los más potentes predictores de recaídas en esta enfermedad. En la terapia familiar se educa al paciente y a su familia acerca de la naturaleza de la esquizofrenia, desculpabilizando y desmintiendo cualquier vínculo etiológico entre la familia y el desarrollo de la enfermedad (Álvarez G. 2002).

Después de proporcionar la información se aplicará la siguiente técnica:

¹⁰ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

DINÁMICA: Técnica de Corrillos.

Objetivo: Discutir que tratamiento farmacológico es el que se da con más frecuencia entre los pacientes para llegar a una conclusión parcial.

Duración: 20 minutos.

Material: hojas blancas y plumas o lápices.

Desarrollo: Se divide al grupo en varios pequeños, para facilitar la discusión. Cada equipo discute el tema con objeto de llegar a conclusiones parciales. Más tarde, de los informes de todos los equipos se extrae una conclusión general. El coordinador redacta preguntas sobre el tema a discutir, las cuales se formulan en tarjetas y se distribuyen a los equipos integrantes del grupo. Mientras los equipos trabajan, el coordinador circula a fin de observar su actividad.

Hágase la división del grupo en corrillos (círculos) y asígnese un número a cada uno (las sillas deben estar colocadas en círculo), repartir las preguntas escritas en copias, mínimo una por grupo. El coordinador debe explicar el procedimiento al grupo. Preferentemente se entregarán las copias con las preguntas aunque también se pueden dictar o escribir en el pizarrón. Posteriormente se da la palabra a un representante del equipo para dar sus conclusiones, Posteriormente el coordinador ordenará las conclusiones de cada equipo de manera que integre todos los puntos de interés general. Si se prefiere se pueden dar diferentes preguntas a cada equipo; pero al final en la exposición y conclusiones deben ordenarse en forma coherente (adaptada de Anduela, 2001).

Nota: Para esta parte la dinámica puede omitirse y solo realizar el cuestionario antes de iniciada la explicación de los medicamentos.

PREGUNTAS

1. ¿Qué medicamento se le receta con mayor frecuencia a su paciente?
2. ¿Que medicamento ha visto usted que tenga mayor efecto en su paciente?
3. ¿Hay algún medicamento del que le hayan quedado dudas?
4. ¿Que efectos presenta su paciente después de tomar los medicamentos?

5. ¿Qué reacciones hay en su familiar que le sean difíciles de entender?

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento que se da a la familia depende de las posibilidades del lugar al que se acude. En diversas partes se da la atención personalizada si existen problemas dentro del núcleo familiar que puedan dañar o retrasar la rehabilitación del paciente, además de una terapia psicoeducativa con respecto a la enfermedad presentada que se da en la mayoría de los casos en conjunto ¹¹ con otras familias. Estas dependen siempre del terapeuta que se encargue del caso ya que el es quien decide lo que es adecuado dependiendo del perfil de la familia.

En el caso del paciente existen infinidad de tratamientos entre estos se encuentran la psicoterapia individual, terapia familiar, terapia ambiental, terapia de grupo, terapia de conducta, terapias cognitivas, dispositivos de rehabilitación psiquiátrica, hospital de día, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial o laboral, alternativas residenciales en la comunidad, entre otros.

SESIÓN 4 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA DENTRO DEL PADECIMIENTO.

Objetivo específico: Aprovechar los conocimientos y experiencias de personas con diferentes formaciones.

El moderador proporcionará la información a través de láminas y medios audiovisuales.

Desde el punto de vista psicosocial, la esquizofrenia produce sobre el paciente una considerable serie de desventajas e inconvenientes. Los más evidentes derivan del deterioro primario originado por el propio síndrome psicótico y sus

¹¹ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

síntomas positivos (delirios, alucinaciones, experiencias subjetivas anormales, pensamiento y lenguaje incoherentes, lentitud psicomotriz, problemas de expresión verbal y corporal así como conductas anómalas): Desde el punto de vista del propio paciente la falta de autoconfianza, la mínima autoestima la inseguridad, el temor, la falta de motivación para utilizar las facultades intactas y la frecuente comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos contribuyen a ensombrecer aún más, si cabe, el panorama para estos enfermos y su entorno familiar.

Múltiples estudios confirman la menor frecuencia de recaídas entre los pacientes cuyas familias reciben terapia familiar. Por el contrario, las recaídas son más frecuentes en caso de familias conflictivas o que no reciben ninguna terapia.

De todas formas, las familias se benefician por el simple hecho de proporcionarles una información objetiva y realista sobre la esquizofrenia, al disminuir la cantidad de estrés diario que recibe el paciente se contribuye en gran medida a evitar las recaídas.

Está claramente demostrado que el incumplimiento terapéutico, incrementa de manera significativa el riesgo de recaídas. El incumplimiento terapéutico se origina en estos pacientes, por una combinación de factores, entre los que hay que destacar el hecho de que el paciente no suele sentir bienestar o mejoría con la toma regular de fármacos, notando en muchos casos con mayor claridad los efectos secundarios, también la falta de conciencia de enfermedad que le hace sentir que no precisa medicación alguna.

Hoy se sabe una serie de factores ambientales que pueden propiciar la aparición de recaídas. Los más importantes son:

- Existencia de acontecimientos vitales estresantes.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Alta expresividad emotiva.

(Vázquez B.J.1998).

Las experiencias humanas son muy diversas, a cada una corresponde una emoción. Las emociones le dan sabor, variedad y riqueza a la vida. Pero tienen que ser adecuadas, es decir, estar relacionadas y guardar proporción con las circunstancias en las que se producen.

A veces los sentimientos son agradables, a veces dolorosos, hay momentos de alegría y otros de tristeza. No hay sentimientos ni buenos ni malos, cada ¹²sentimiento tiene su valor, su utilidad y su significado. Si lográramos quitarles a algunos sentimientos su signo negativo, podríamos aceptarlos y expresarlos todos.

Una cosa es expresar el sentimiento y otra actuarlo lastimando o destruyendo, reconocer así como manifestar nuestros sentimientos es algo útil y necesario, pero no debemos convertirlo en conductas dañinas para nosotros o para los demás. Está bien demostrar cualquier emoción pero no cualquier acción: somos responsables de nuestros actos. Perder el control y dejarnos llevar por un sentimiento fuerte no nos lleva al bienestar emocional ni a mejorar nuestras relaciones. Ser capaces de serenarnos es una habilidad necesaria para convivir en armonía. Es una capacidad que necesitamos enseñar a nuestros hijos, y la mejor forma de hacerlo es tratarlos con respeto, comprensión y cariño (Romero, 2003).

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

¹² Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Dinámica: Técnica de La Rreja

Objetivo: Darle la oportunidad a los familiares de que tomen conciencia de cómo ayudar a su paciente de forma adecuada.

Duración: 20 minutos.

Material: hojas de papel blancas, plumas, lápices, pizarrón y gises.

Desarrollo: El coordinador pide que una de los miembros exponga una situación que halla pasado a algún miembro del grupo con su paciente. El grupo se divide en subgrupos en los que se numera a cada uno de los miembros. En el primer paso la numeración es vertical, en el segundo horizontal; de tal forma que cada elemento participe en dos equipos (adaptada de Anduela, 2001).

SITUACION1: La madre del paciente se encuentra en la sala, al llegar el paciente de terapia quiere comenzar a contarle como le fue, la madre se encuentra sumamente cansada ya que llevo de trabajar y tiene algunos problemas en el trabajo, por otro lado lleva ya muchos meses con el tratamiento de su hijo y no desea escuchar nada referente a este la madre... ¿Cuál es la forma en la que debe de reaccionar?

SITUACION 2: La madre llega de trabajar, entra al cuarto de su hijo para preguntarle como le fue en terapia, el no desea hablar de lo que paso en terapia, aunque la madre llega cansada por los problemas que tiene en el trabajo desea escuchar a su hijo pero se muestra renuente a esto la madre... ¿Cuál es la forma en la que debe de reaccionar?

Al terminar la sesión el coordinador hace un recuento de lo que se vio en esta.

SESIÓN 5 LAS DIFERENTES FORMAS DE COMUNICACIÓN

Objetivo específico: Ejercitar estilos de comunicación efectiva para mejorar la relación con los demás.

El moderador proporcionará la siguiente información por medios audiovisuales.

En una situación de interacción de al menos dos personas, todo comportamiento que ellas efectúen tendrá un valor comunicativo y no podrán evitar dicho intercambio aunque quisieran intentarlo, todo comportamiento influirá en los demás, les comunicará algún mensaje, éstos a su vez, no podrán dejar de responder a dichos mensajes. Es decir, todo comportamiento es comunicativo, “no es posible no comunicar”. El ser humano siempre envía mensajes aunque no tenga conciencia de ello o aunque voluntariamente no quiera comunicarse. Por ejemplo, cuando están dos personas en su casa, uno está leyendo atentamente el diario, este último está diciendo: ahora no quiero ¹³hablar, prefiero leer el periódico. La actividad, inactividad, palabras, silencios, tienen siempre valor de mensajes.

En la comunicación humana la cantidad de información que se intercambia es enorme. En una conversación habitual no sólo está presente lo que la persona dice con palabras, sino también obtenemos información a partir del tono de voz, de la expresión facial, de la postura corporal y de la situación de contexto (Hidalgo y Abarca, 1999).

La comunicación puede no ser adecuada dependiendo de la forma en la que se este llevando a cabo; pueden surgir contradicciones ya que ésta no es un mero

¹³ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

intercambio de palabras, sino un acto de confianza, sinceridad y comprensión. Una buena comunicación se logra si escuchamos con atención e interés, al igual que si hablamos con claridad y franqueza. Para comunicarnos necesitamos estar dispuestos a exponer honestamente nuestras opiniones, pero también a aceptar puntos de vista diferentes a los nuestros. El elemento clave de la buena comunicación es el respeto, lo cual no significa que siempre estemos de acuerdo, sino que nos escuchemos, que expresemos ideas y sentimientos sin temor a ser rechazados o juzgados. La principal barrera que se opone a la buena comunicación es nuestra tendencia a evaluar, aprobar o reprobar las afirmaciones de los demás.

Es muy importante observar cómo nos comunicamos, siendo conscientes de lo que queremos comunicar y lo que deseamos obtener, el mensaje debe referirse a nuestros sentimientos y necesidades; debe expresar lo que nos está afectando (Romero, 2003).

Siempre que nos comunicamos con otros, sólo parte de nuestro mensaje es transmitido por las palabras. Una gran parte se transmite con el tono de voz aparte de otros mensajes no verbales. Cuando actuamos y reaccionamos con sencillez, todos esos mensajes se combinan y forman un todo, rico y comprensible. Cuando una persona se siente alegre y lo expresa, su voz canta, su cuerpo danza para confirmar y elaborar lo que dice. Cuando se está controlando y manejando, cambian todos los mensajes, algunos de ellos entran en conflicto con otros y los contradicen. Los esfuerzos por controlarse nunca son completamente exitosos, de modo que algunas de las expresiones son directas y honestas, mientras que otras son artificiales y forzadas. Cuando se intenta mostrar la fortaleza y confianza que no se siente, las palabras son traicionadas por un temblor en la voz, rápidos movimientos de los ojos o rigidez y tensión del cuerpo (Stevens, 2000).

Las relaciones entre las señales emitidas por los canales de comunicación son complejas; por ejemplo, el gesto y la mímica pueden acompañar al discurso verbal para confirmarlo: la mano, el puño, la expresión del rostro y particularmente la mirada, se utilizan frecuentemente para apoyar la expresión oral, sin que el que habla sea consciente de ello. Ocurre también en la expresión gestual y mímica se utiliza precisamente para atenuar lo que se expresa oralmente. El lenguaje mímico y de gesto no es el único utilizado con este fin, pues el mensaje oral mismo va a incluir matices que confirmando la mímica y el gesto se destinan a apaciguar al receptor del mensaje.

La comunicación de los afectos y de las emociones más importantes se hace, aun en los adultos más por los gestos, las mímicas y los sonidos que por las palabras, que recién vienen después o que acompañan, precisan, matizan o desmientan lo que ya ha dicho la mímica.

Uno de los elementos que contribuye a la complejidad de los problemas de comunicación proviene de la multiplicidad de los canales a través de los cuales pueden dirigirse los mensajes: el lenguaje de la vida afectiva esta siempre muy cercana a el cuerpo, es un modo de comunicación analógica sin sintaxis precisa, siempre cargada de sentidos múltiples que el receptor del mensaje ¹⁴debe interpretar, como en el caso en que una contradicción se hace manifiesta para el otro, puesto que la mímica "dice" con claridad un efecto intenso que la palabra "niega" frontalmente. Se vuelve inconsistente de sus mensajes mímicos, como lo era cuando siendo un bebé, los emitía antes de ser consiente de si mismo y de su propia existencia. Es esta contradicción de los mensajes emitidos por canales diferentes la que sin duda constituye la fuente más importante de las confusiones de la comunicación (Lemaire, 1992).

¹⁴ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

En la manera de hablar y de escuchar son importantes los *cómo*, pero no hay que subestimar la importancia de los *cuándo*. Algunas personas se despiertan con la cabeza despejada, lúcidas y listas para decir cuanto cosa les pasa por la mente, mientras que sus compañeros pueden despertarse distraídos y confusos, incapaces de escuchar nada en el desayuno. No es de extrañar entonces que los mensajes puedan ser mal escuchados, oídos a medias no oídos en absoluto, cuando una de las partes esta funcionando a pleno y la otra a su nivel mínimo (Módica, 1991).

Muchas veces, ya sea en forma pública o privada, nos referimos a otras personas en términos poco constructivos, especialmente cuando ellas se encuentran ausentes. Es una buena regla el referirnos a otras personas en los términos en que quisiéramos que ellos se refiriesen a nosotros. Cuando estés hablando de alguien, siempre pregúntate: ¿Cómo se sentiría esta persona si estuviera presente, escuchando lo que estoy diciendo de ella? ¿Se sentiría bien o mal? ¿Mejoraría su autoestima o empeoraría? Recuerda que todos y cada uno de nosotros estamos en capacidad de impactar positivamente las vidas de aquellos con quienes entramos en contacto. Entonces, cuando te estés refiriendo a otra persona, para y piensa en lo que vas a decir. Esto no quiere decir que no podamos expresar nuestra discordia o nuestro enojo con otras personas por alguna situación en particular. Sin embargo, recuerda siempre reprochar o criticar la acción o los resultados pero no a la persona (Lemaire, 1992).

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

Dinámica: Técnica de Comunicación no verbal: negaciones

Objetivo: Que los asistentes aprendan a diferenciar entre los tipos de mensajes.

Duración: 20 minutos.

Material: sillas.

Desarrollo: El instructor pedirá a los asistentes que se sienten por parejas frente a frente. Una de las personas dirá mensajes verbales (los que ellos quieran) la otra persona negará deliberadamente todo lo que diga su compañero con una

descalificación no verbal (un gesto, una expresión facial, tono de voz, risa o algún comentario no verbal). Cada participante debe darse cuenta de cómo se siente mientras lo hace y qué hacen exactamente cada uno de los integrantes de la pareja para negar sus mensajes verbales. Deben turnarse 5 minutos a cada uno. Posteriormente permanecerán en silencio asimilando su experiencia: ¿cómo anulaban sus mensajes?, ¿reconoce algunos de estos métodos para anular mensajes como cosas que hizo anteriormente?, ¿cómo se sintió durante la negación de sus mensajes? Y ¿qué otra cosa notó durante el ejercicio? Finalmente se dedicarán algunos minutos para comentar sus experiencias de cómo comunicaron de manera no verbal su desacuerdo ante los demás y como se dieron cuenta de qué sienten, piensan y observan los otros .

Tipos de mensajes.

El término "mensajes" se usa para establecer la idea de que lo *que* decimos y así como lo que *no* decimos, *cómo* lo decimos. Estos son mensajes que reflejan nuestros valores y actitudes; están en el núcleo de nuestra comunicación. Por ejemplo, aunque no respondamos verbalmente ante una situación, nuestra expresión facial puede dar un "mensaje" que no concuerda con lo verbal. Además, existen mensajes acerca de la sexualidad en todo lo ¹⁵que nos rodea: en nuestros grupos sociales, en la letra de las canciones, la televisión, los anuncios comerciales y muchas otras cosas.

Las personas, al haber decidido qué mensaje desean transmitir, podrán entonces comunicarse mejor de acuerdo al comportamiento del otro en. Con frecuencia, la reacción de las personas ante situaciones inesperadas son guiadas por sus emociones, pero luego se arrepienten de los mensajes que transmitieron. Estas respuestas emocionales "automáticas" frecuentemente llevan a un mensaje

¹⁵ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

negativo. Al pensar por adelantado y tomar tiempo para considerar el mensaje implícito que usted desea transmitir, se le hará más fácil dar una respuesta y transmitir lo que usted desea. Por lo tanto, se sentirá bien por la forma en que manejó esa situación en particular.

SESIÓN 6 MANEJO DE EMOCIONES

Objetivo específico: Enseñar a los familiares el manejo de las emociones

El moderador dará la siguiente explicación por medios audiovisuales.

Expresión de emociones y sentimientos

Las experiencias humanas son muy diversas y a cada una corresponde una emoción. Las emociones le dan sabor, variedad y riqueza a la vida. Pero tiene que ser adecuadas, es decir, estar relacionadas y guardar proporción con las circunstancias en las que se producen.

A veces los sentimientos son agradables, a veces dolorosos, hay momentos de alegría y otros de tristeza. No hay sentimientos ni buenos ni malos, cada sentimiento tiene su valor, su utilidad y su significado. Si lográramos quitarles a algunos sentimientos su signo negativo, podríamos aceptarlos y expresarlos todos.

Una cosa es expresar el sentimiento y otra actuarlo lastimando o destruyendo; reconocer y manifestar nuestros sentimientos es algo útil y necesario, pero no debemos convertirlo en conductas dañinas para nosotros o para los demás. Está bien demostrar cualquier emoción pero no cualquier acción: somos responsables de nuestros actos. Perder el control y dejarnos llevar por un sentimiento fuerte no nos lleva al bienestar emocional ni a mejorar nuestras relaciones. Ser capaces de serenarnos es una habilidad necesaria para convivir en armonía. Es una

capacidad que necesitamos enseñar a nuestros hijos, y la mejor forma de hacerlo es tratarlos con respeto, comprensión y cariño (Romero, 2003).

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

Dinámica: "Expresando emociones y sentimientos"

Objetivo: Que los participantes ejerciten la comunicación verbal y no verbal para que sean coherentes al comunicarse con los demás, que reconozcan las emociones y los sentimientos de otras personas.

Duración: 30 minutos.

Material: un pizarrón y gises.

Desarrollo: El instructor pedirá dos voluntarios para que representen una situación cada uno expresándola de forma física como verbalmente. Cada situación deberá ser transmitida con una coherencia en la expresión verbal y no verbal. Al darle la situación se les darán diferentes sentimientos que deberán representar por medio de una historia que ellos inventaran o retomaran de su propia experiencia. Durante la representación los demás asistentes deberán identificar que sentimientos se plantearon en la historia, además de reconocer si hubo coherencia en lo verbal y lo no verbal. Al término de cada representación se harán los comentarios pertinentes a este respecto.

Representaciones:

SITUACIÓN 1: paciente y su hermano(a). El hermano demuestra su amor hacia Juan pero a la vez el sentimiento que le da que Juan ahora tenga toda la atención de sus padres.¹⁶

SITUACIÓN 2: La madre le ayuda a tomar medicamentos a su paciente pero el no quiere tomarlos.

(adaptado de Givaudan, 1995).

¹⁶ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

SESIÓN 7 FAMILIA COMO GENERADORA DEL CAMBIO (CRITICA, SOBREPOTECCIÓN Y HOSTILIDAD)

Objetivo específico: Desarrollar la percepción de los problemas de las relaciones humanas.

El moderador proporcionará la siguiente información por medios audiovisuales. Como ya mencionamos uno de los factores que propician la recaída de un paciente esquizofrénico es la presencia de alta expresividad emocional en la familia. Ésta se caracteriza, en líneas generales por la presencia de: alta crítica, hostilidad agresiva y excesiva involucración (Vázquez B. J. 1998).

Criticismo

La mayoría de los comentarios críticos se dirigen a los síntomas negativos de la esquizofrenia, considerando los familiares que el paciente es deliberadamente perezoso o egoísta. Es por ello que nos esmeramos en explicar en el programa de educación que los síntomas negativos son una parte integral de la enfermedad. También nos enfrentamos con esto en la solución de problemas, debido a que muchos de los problemas cotidianos son generados por la apatía e inercia del paciente. También reencuadramos los comentarios críticos realizados durante las sesiones, acentuando de este modo el aspecto positivo de las actitudes de los familiares. La mayoría de las veces, la razón por la que son críticos es debido a que se preocupan por el bienestar del paciente y quieren que él mejore.

En hogares con familiares muy críticos habitualmente hay conflicto entre el paciente y los familiares o entre los padres, si ambos viven con el paciente. Los terapeutas deben tomar el control firme de una situación conflictiva y prevenir las discusiones en escalada. Por lo tanto, deben bloquear todos los comienzos de disputa y persuadir a los miembros de la familia que dialoguen acerca de sus diferencias de modo calmo. En este proceso, los terapeutas deben transmitir a los

miembros antagónicos que cada uno de ellos está recibiendo apoyo y que sus puntos de vista son valorados (Leff, 1997).

Sobreinvolucración

La sobreinvolucración es, generalmente, de mucha mayor data que el criticismo, originado a veces durante la infancia como respuesta a los retrasos del desarrollo u otras anormalidades mayores. Habitualmente, le lleva uno o dos años de trabajo al paciente lograr alguna separación con un par sobreinvolucrado. Es importante reconocer que estas relaciones son simétricas, el paciente refleja la ansiedad del familiar, al mismo tiempo que el familiar refleja la dependencia del paciente. El trabajo con ambos supone explorar sus ansiedades y persuadirlos de intentar cortas separaciones a prueba. Puede ser de utilidad buscar el consentimiento del padre de dejar por media hora solo al paciente en el hogar, en un comienzo, para verificar si alguna de sus ansiedades es realista. Al mismo tiempo, es necesario construir la confianza del paciente en ser dejado solo y comenzar a realizar cosas por el mismo/a.

Una de las principales tareas del terapeuta es la de realinear las relaciones en la familia. Además de la separación del familiar sobreinvolucrado (casi siempre uno de los padres) del paciente, es importante reforzar la relación marital entre los padres (si ambos se encuentran presentes) y utilizar cualquier hermano/a saludable dentro de la familia para incentivar al paciente a establecer ¹⁷relaciones con pares. Así, pueden ver a ambos padres sin los hijos y concentrarse mejor en su relación. Quizás puedan necesitar dar permiso a los padres de delegar algunas de sus responsabilidades sobre los hijos y salir juntos a disfrutar un bien ganado descanso. Al ver al paciente y los hermanos separados de los padres, implícitamente, están reforzando las fronteras intergeneracionales.

¹⁷ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Aunque el eventual propósito es que el paciente adquiriera cada vez más independencia, esto no necesariamente supone mudarse del hogar. De hecho, a partir de nuestros estudios muy pocos pacientes han establecido sus propios hogares separados de los padres.

Reduciendo el contacto

En los estudios originales sobre emoción expresada y consecuencias de la esquizofrenia, encontramos que los pacientes que tenían poco contacto con familiares de elevado nivel de emoción expresada han tenido una tasa de recaída menor en comparación a los que han tenido mucho contacto. La reducción del contacto social ha sido siempre uno de los objetivos de nuestras intervenciones en familias con elevado nivel de emoción expresada; advertimos a los familiares y pacientes que éstos últimos necesitan tiempo para sí mismos, particularmente cuando la atmósfera se vuelve tensa. Sugerimos a los pacientes que todavía no lo han discutido que ellos pueden evitar confrontaciones dolorosas anticipándolas y saliendo de la casa a caminar o yéndose a su cuarto. Asimismo aconsejamos a los familiares no seguir al paciente si adopta esta estrategia.

A largo plazo, si el paciente está desocupado, ayudamos a disponer su incorporación a un centro u hospital de día. Por supuesto, esto apunta al objetivo primario de mejorar la capacidad de trabajo y las habilidades sociales del paciente, pero además cumple la función de separar a los pacientes y sus familiares durante una parte del día. Si los familiares están desocupados o jubilados, nosotros los alentamos a conseguir actividades de tiempo libre que los saquen de la casa. Si el paciente está dispuesto a mudarse de la casa de sus padres de forma independiente o a viviendas protegidas, el contacto disminuye considerablemente, pero, como se dijo anteriormente, esto es a menudo difícil de alcanzar(Leff, 1997).

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

Dinámica: Técnica del Sociodrama.

Objetivo: Que los participantes comprendan los diferentes aspectos y situaciones que se pueden dar dentro del padecimiento.

Duración: 20 minutos.

Material: un pizarrón y gises.

Desarrollo: Es la presentación de situaciones poco más o menos sin estructurar, en las cuáles se improvisa el comportamiento de estudiantes para concordar con sus concepciones de los papeles que se les asignan. El sociodrama es como un drama en el que cada participante interpreta un personaje, sin necesidad de aprender ningún texto. La persona que representa determinado papel improvisa sus reacciones según la situación.

SITUACION 1: El paciente es deliberadamente perezoso o egoísta.

Juan se encuentra en su recamara y no desea ver a nadie, su hermana tiene una fiesta para celebrar su cumpleaños, Juan en el momento en que comienzan a llegar los invitados tiene una pequeña crisis, su hermana se siente mal ya que la fiesta se cancela por prestarle atención a Juan.

Después de discutir, es posible que se desee repetir la situación cambiando los papeles, alterando la situación o representando una escena ulterior. (Adaptado de J.Mc Keachie, 1970).¹⁸

SESIÓN 8: REGLAS Y LÍMITES

Objetivo Específico: Implementación de reglas dentro de la familia para el regreso a casa de su enfermo y el cambio de expectativas hacia este padecimiento

¹⁸ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

El moderador proporcionará la siguiente información por medios audiovisuales.

Los límites son delimitaciones que deben manifestar claramente hasta donde se tolera cierta conducta y en qué momento se considera que no es adecuada, explicando claramente los motivos por los que se considera así (Givauden y Pick, 1995). Hay que recordar que para establecer límites debemos ser firmes, claros, concretos, concisos, cumplidos y congruentes, así como tomar en cuenta el punto de vista de los hijos, logrando un acuerdo entre padres e hijos (Herbert, 1992).

Por su parte las reglas son normas y costumbres que se desean conservar y que ayudan a lograr una mejor convivencia de las personas que pertenecen a la familia, trabajo/escuela y sociedad.

Cada familia tiene sus propias reglas, las cuales se establecen por medio de acuerdos entre los miembros que la forman hasta para las cosas más simples, lo mismo ocurre en el trabajo/escuela y sociedad.

Es importante que cada miembro aprenda que existen reglas, costumbres y horarios diferentes en cada lugar en donde se encuentre y deben ser respetadas.

La mejor manera de establecer límites es:

1. Comunicándoles las consecuencias que tendrá la conducta inadecuada
2. Ofreciéndoles conductas alternativas adecuadas
3. Permitiendo que experimenten las consecuencias de su conducta
4. Tratar que las consecuencias que se sugieran estén íntimamente relacionadas con la conducta y se puedan cumplir (Givauden y Pick, 1995).

Hay que recordar que para establecer límites debemos ser firmes, claros, concretos, concisos, cumplidos y congruentes, así como tomar en cuenta el punto de vista de los hijos, logrando un acuerdo entre padres e hijos (Herbert, 1992).

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

Dinámica: Ni muy muy... ni tan tan.

Objetivo: Que los participantes comprendan la importancia de equilibrar entre límites y afecto en la relación con sus hijos e hijas.

Duración: 10 minutos.

Material: Un octavo de taza de arena por participante.

Desarrollo: El instructor pedirá a los asistentes que abran su mano derecha, en ella depositará un poco de arena, se les pedirá que aprieten mucho los dedos y que observen qué sucedió. Posteriormente se pedirá que los participantes compartan su experiencia, después el instructor hará su comentario brevemente que al igual que en el caso de la arena, en el caso de los hijos se requiere de un adecuado balance entre límites, disciplina y amor. Ni mucha restricción ni tanta libertad (adaptada de Pick, y Martínez, 1995).

Consecuencias naturales y lógicas

Dejar que los pacientes experimenten el resultado de sus acciones les indica que sólo ellos son los responsables de éstas. Las consecuencias positivas contribuirán a que la satisfacción de haber realizado un esfuerzo sea un sentimiento interno que le dará seguridad y consolidará su autoestima. De esta forma, se enseña al paciente a actuar con iniciativa. Esto además contribuirá a que pueda desarrollar un criterio propio sobre lo que quiere y debe hacer. El ¹⁹resultado de este método es que gradualmente van respondiendo con mayor responsabilidad (Pick y Martínez, 1995).

Por supuesto que esto no se logra en corto tiempo, sino que requiere de constancia y convencimiento sobre la manera de manejarlos. En efecto, el método que enfatiza que la disciplina se logra a través de las consecuencias de la

¹⁹ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

conducta toma un poco más de tiempo, requiere de paciencia y tolerancia por parte de los familiares.

Por lo tanto las ventajas de éste método son:

Primero: Hace que los pacientes, y no sus familiares sean responsables por su comportamiento.

Segundo: Permite a los pacientes tomar sus propias decisiones acerca de qué acciones son las más apropiadas.

Tercero: Permite que los pacientes aprendan del orden impersonal de los eventos naturales o sociales, en vez de forzarlos a complacer los deseos de otras personas.

Una consecuencia lógica se relaciona con el comportamiento inadecuado, son impersonales; no implica elementos de juicio personales o morales, tienen que ver con el comportamiento actual y futuro, permiten alternativas.

Dinámica: Estableciendo límites

Objetivo: Que los participantes analicen diferentes formas de poner límites ante diversas situaciones.

Duración: 20 minutos.

Material: lápices, hojas, pizarrón y gises.

Desarrollo: El instructor pedirá que formen 5 equipos para pensar una situación en donde incluyan los cuatro puntos para establecer límites. Posteriormente se pedirá que un equipo represente la situación pensada y que con la ayuda de los otros equipos identifiquen los cuatro puntos dados

A continuación se da una sugerencia de cómo llevar una reunión familiar que facilitara la realización de esta.

Pautas para la reunión familiar

1. Reunirse a una hora fija, de manera que los miembros tengan tiempo para hacer sus planes y pensar sobre los asuntos importantes que deseen tratar.
2. Compartir las responsabilidades inherentes a la propia reunión, rotando la presidencia de la misma a cualquiera de los integrantes. El presidente comenzará y terminará la reunión a la hora establecida; se ocupará de que todos sean escuchados, se esforzará por mantener a los miembros atendiendo el tema que se está debatiendo.
3. Deben hacer una minuta de cada reunión, así tendrán el historial de los asuntos, planes y decisiones tratados. Algunas familias encuentran de mucha ayuda el empleo de carteles recordatorios, para que los miembros puedan comprobar los acuerdos tomados.
4. Planifiquen juntos el tiempo que van a destinar a las reuniones. Estas no deberán durar más de una hora si los niños son mayores, serán solo de 20 o 30 minutos si son pequeños.
5. Todos los miembros (padres e hijos) deben tener la oportunidad de hacer sugerencias sobre el asunto en discusión. Cada miembro debe tener un tiempo para expresar su opinión y los demás deberán respetar su aportación si esta es adecuada.
6. Evite que las reuniones se conviertan en sesiones de quejas. Si estas se hacen crónicas, establezca la norma de que solo serán oídas si el que las formula está deseoso de buscar una solución.
7. Para decidir quienes harán los quehaceres de la casa y por cuánto tiempo, padres e hijos conjuntamente harán una lista de estos, luego decidirán ²⁰ como distribuirlos. Para evitar malos entendimientos, la familia debe establecer

²⁰ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

plazos de duración para cada trabajo, también, establecer las consecuencias que sufrirá el que no los cumpla.

8. Cualquier acuerdo establecido en la reunión familiar debe estar vigente hasta la próxima reunión (generalmente es una vez a la semana).
9. Cualquier queja sobre las decisiones tomadas en una reunión anterior será presentada en la próxima reunión.
10. Todos los miembros de la familia deben tener la oportunidad de traer asuntos que les resulten importantes a ellos.
11. Las reuniones son algo más que sesiones para distribuir trabajo y resolver problemas. Si se limitarán a esto se debilitaría el interés. Asegúrese de disponer del tiempo necesario para resaltar las cosas buenas que suceden en la familia. Estas reuniones son para estimular y planificar recreación tanto para solucionar problemas. Algunas familias tienen una actividad recreativa al terminar la reunión, así sienten que todo finaliza con una nota positiva.

SESIÓN 9 ALTERNATIVAS LABORALES Y PSICOSOCIALES.

Objetivo específico: Analizar las alternativas laborales y psicosociales del paciente al regreso a casa

El moderador proporcionará la siguiente información por medios audiovisuales. Si el paciente y sus familiares no poseen redes sociales fuera del hogar, están inevitablemente enfrentados a pasar la mayor parte del tiempo uno frente al otro y no encuentran alivio para la tensión emocional en su casa. Al comienzo de la enfermedad, las familias poseen redes sociales de tamaño normal, pero a medida que la enfermedad progresa éstas se reducen. La razón es, en parte por la vergüenza y el desconcierto por la conducta del paciente; los familiares, a menudo, dejan de ver a sus amigos y familiares porque no los invitan más a su casa, pero tampoco asisten a reuniones familiares. Se debe alentar a los familiares a comenzar a salir nuevamente y a redesarrollar su vida social. Esto

puede encontrar resistencia cuando los familiares no se sienten preparados para exponer sus problemas a otras personas, pues temen que éstas muestren falta de empatía o algo peor, este problema puede ser usualmente superado invitando a los miembros de la familia a un grupo de familiares que tienen pacientes con alguna enfermedad mental. Una vez que los familiares pueden ser persuadidos a concurrir a estas sesiones, descubren que otras personas enfrentan problemas similares e incluso peores; Esto alivia sus sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento.

Los miembros del grupo muchas veces desarrollan relaciones sociales unos con los otros, de esta manera el grupo puede actuar como piedra basal para la vuelta a la sociedad.

Además aconsejamos al paciente desarrollar contactos sociales fuera de la casa, pero esto puede ser dificultoso si él o ella han restringido su vida social antes de enfermarse, resultando esto en la adquisición de habilidades sociales limitadas. Algunas veces un hermano sano puede ser de ayuda introduciendo al paciente en un grupo, aunque no todos los hermanos están dispuestos a jugar éste rol. Asimismo puede obtenerse la colaboración de grupos voluntarios, como ser clubes sociales, parroquias o servicios de autoayuda.

Los familiares a menudo esperan que el paciente esté curado a su regreso del hospital, particularmente si es la primera admisión. Es necesario explicarles que mientras los síntomas positivos son controlados por la medicación en la gran mayoría de los pacientes, los síntomas negativos toman de uno a dos años para mejorar. Se aconseja no exigir demasiado al paciente durante este período de convalecencia, contentarse con pequeños avances y gratificar al paciente con el reconocimiento de los mismos. Los padres de clase media muchas veces presentan dificultades en modificar sus aspiraciones respecto al paciente. Esperan que vuelva a los cursos de la universidad o que continúe avanzando en su carrera.

Esas metas son adecuadas a largo plazo, pero los objetivos inmediatos deben ser mucho más circunscriptos, como ser ayudar al paciente a levantarse a la mañana. Desafortunadamente, pocos pacientes con esquizofrenia serán capaces de cumplir sus previas expectativas. Consecuentemente, los padres necesitan la oportunidad de "duelar" por sus deseos y aspiraciones perdidas. Así, el grupo de familiares es un setting apropiado para trabajar el duelo, en tanto la mayoría de los miembros han enfrentado pérdidas similares.

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:

Dinámica: Sesiones de Cuchicheo (Buzz Sessions) o Diálogos Simultáneos.

Objetivo: Concientizar a los participantes de las diversas actividades que puede realizar el paciente.

Duración: 20 minutos.

Material: lápices, hojas, pizarrón y gises.

Desarrollo: El instructor divide al grupo en parejas, para hablar sobre las diversas actividades que sería capaz de realizar su familiar en voz baja sin molestar a los demás. Cuchichear significa hablar en voz baja a otra persona, de manera que los demás no se enteren. El grupo trabaja simultáneamente en grupos de dos. Durante la sesión puede obtenerse una opinión compartida. Se plantea una pregunta, se pide a la pareja que busque la mejor solución y comunique el resultado en unos minutos. De las respuestas de todos, el coordinador extrae la respuesta final (adaptada de Leff, 1997).

SESIÓN 10 TRATAMIENTO QUE SE ESTA HACIENDO CON EL PACIENTE, FIJAR UNA META A CORTO PLAZO.

Objetivo específico: Desarrollar un plan familiar estratégico para el manejo del paciente en casa.

El moderador proporcionará la siguiente información por medios audiovisuales. Disponer de un abanico de recursos residenciales en la comunidad para atender las necesidades de alojamiento y atención residencial de la población enferma mental crónica, constituye un elemento clave dentro de un sistema de servicios que intente rehabilitar e integrar a dichas personas en sus entornos comunitarios de un modo normalizado y digno.

Dentro de estas alternativas se encuentran las mini residencias. Se conciben y organizan como un servicio residencial comunitario con capacidad para 20 o 30 personas. Ofrecen atención y supervisión continuada de 24 horas a través de un equipo de monitores que trabajan en la mejora de la autonomía personal y social de los residentes además de propiciar su progresiva reinserción en la comunidad. Su funcionamiento se desarrolla en un ambiente lo más parecido posible a un hogar familiar implicando a los residentes en su organización. La duración de las estancias debe ser variable y flexible.

Otra alternativa son las pensiones supervisadas. Consisten en plazas concertadas en pensiones de huéspedes normales que permitan ofrecer un alojamiento digno y normalizado a personas con discapacidades psiquiátricas que no cuentan con un apoyo familiar ni recursos económicos suficientes evitando procesos de marginación y deterioro. Cuentan con el apoyo y la supervisión periódica desde los centros de rehabilitación psicosocial (Álvarez G. 2002).²¹

Al terminar de proporcionar la información se hará la siguiente dinámica:²²

Dinámica: Planeando el tiempo²³

²¹ Ramírez Nava Adriana, Ramírez Vázquez Reyna. Taller psicoeducativo para reducir la emoción expresada alta en familiares de pacientes con esquizofrenia.

Objetivo: que los participantes aprendan a elaborar un horario de actividades diarias.

Duración: 20 minutos.

Material: hojas de papel con divisiones, lápices, pizarrón y gises.

Desarrollo: El instructor distribuirá entre los asistentes una hoja de papel con un horario diario y plumas o lápices, les pedirá que se ponga en el lugar de sus hijos, que haga una ruta crítica en relación con las actividades que saben que a sus hijos les gustaría realizar en el día incluyendo aquellas que nunca da tiempo hacer. Los asistentes continuarán tomando el lugar de su hijo, comentarán las limitaciones que tienen, en cuanto a tiempo, para realizar lo que desean y cuál es la actitud de sus padres y sus madres al respecto. Hablará de aquello en lo que los apoyan y en lo que los limitan. El resto del grupo dará alternativas a los participantes considerando su papel de hijos para poder organizarse en el día para realizar las actividades que desean.

Reflexión de la dinámica. Es importante señalar que debe haber un equilibrio entre el juego, descanso y trabajo, ya que los tres aspectos son necesarios para mantener la salud física y mental (Pick, 1995)

SESIÓN 11 CIERRE

Objetivo particular: Sugerir diversas alternativas de tratamiento para los familiares y pacientes con esquizofrenia en diversas instituciones.

En esta sesión se realizara la aplicación del Cuestionario de Emoción Expresada del Familiar de Guanilo y Seclén, versión en español 2004, encontrándola en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", proporcionada por la Dra. Maria Luisa Rascón, para compararlo con el aplicado al inicio del taller.

Se proporcionara una hoja con las direcciones de diversos hospitales a los que pueden acudir para continuar con su rehabilitación además de obtener ayuda para

resolver dudas que pudieran tener con respecto a al tratamiento que siguen con su familiar.

PLANEACIÓN ESPECÍFICA.

No de sesión	Tiempo	Objetivo	Tema	Actividad (dinámica)	Recursos materiales	Bibliografía.
1	2hrs.	Establecer un encuadre Informar acerca del trastorno así como sus características, síntomas y tipos de esquizofrenia	Características y Síntomas generales de la esquizofrenia etiología diagnostico y clasificación de la esquizofrenia	Dinámica de presentación “la telaraña” Se dará el tema Dinámica de Phillips 66. Dinámica: rompecabezas.	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, un lápiz o bolígrafo. Pizarrón y gis u hoja de papel bond y marcadores.	2,3,5,15, 17,19
2	2hrs	Conocer el papel del equipo multidisciplinario que actúa dentro del tratamiento del padecimiento.	Papel del equipo multidisciplinario dentro del padecimiento	Técnica de Concordar-Discordar.	Mesas, sillas, cuaderno, copias con la serie de afirmaciones, un lápiz o bolígrafo	1,6,23
3	2hrs	Conocer la importancia que tiene el tratamiento farmacológico y psicológico de este trastorno, así como su participación para que este se cumpla.	Tratamiento farmacológico y psicológico de la esquizofrenia	Técnica de Corrillos.	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o bolígrafo, marcadores	1,3,4,8,21
4	2hrs	Sensibilizar a la familia sobre la importancia de su comportamiento.	Importancia de la familia dentro del padecimiento	Dinámica: La Reja	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o bolígrafo, pizarrón y gis o un pliego de papel bond y	3,18,22

					marcadores	
5	2hrs	Ejercitar estilos de comunicación efectiva para mejorar la relación con los demás.	Las diferentes formas de comunicación.	Técnica de Comunicación no verbal: negaciones	Mesas, sillas, hojas blancas, bolígrafo, materiales para las representaciones.	10,12,14,18,20
6	2hrs	Enseñar a los familiares el manejo de las emociones.	Manejo de emociones	Expresando emociones y sentimientos.	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, un lápiz o bolígrafo	18,7
7	2hrs	Desarrollar la percepción de los problemas de las relaciones humanas	Familia como generadora del cambio: -critica -sobrepotección -hostilidad	Técnica del Sociodrama.	Mesas, sillas, cuaderno, hojas blancas, un lápiz o bolígrafo, diferentes materiales para las representaciones.	11,13,22
8	2hrs	Desarrollar habilidades en la familia para implementar límites claros con el paciente.	Reglas y límites	Técnica: Ni muy muy... ni tan tan. Técnica: Estableciendo límites	Mesas, sillas, cuaderno copias con los enunciados, un lápiz o bolígrafo	7,9,16
9	2hrs	Analizar las alternativas laborales y psicosociales del paciente al regreso a casa.	Alternativas laborales y psicosociales	Sesiones de Cuchicheo (Buzz Sessions) o Diálogos Simultáneos.	Mesas, sillas, cuaderno o hojas blancas, un lápiz o bolígrafo	11
10	2hrs	Desarrollar un plan familiar estratégico para el manejo del paciente en casa.	Tratamiento que se está haciendo con el paciente, fijar una meta a corto plazo.	Técnica: Planeando el tiempo	Mesas, sillas, cuaderno u hojas blancas, hoja con la descripción de un problema, un lápiz o bolígrafo	1,16
11	2hs	Sugerir diversas alternativas de tratamiento para los familiares y	Cierre Post test	Aplicación del "cuestionario de emoción expresada de	Mesas, sillas, un lápiz o bolígrafo, cuestionario. Trípticos con	

		pacientes con esquizofrenia en diversas instituciones.		Guanilo y Seclen“	información de las alternativas de tratamiento.	
--	--	--	--	-------------------	---	--

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL DISTRITO FEDERAL.

Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental.

Enrique González Martínez 13. Colonia Santa Maria la Rivera. México D. F.

Teléfonos: 55411677, 55411224.

Clínica de Salud Mental.

Departamento de Psicología Medica Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM. Circuito Interior y Cerro del Agua Apartado postal # 70167.

Ciudad Universitaria, D.F. C.P. 04510,

Teléfonos: 56232128, 56232129, 56162475.

Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno” (Hombres)

Carretera México-Puebla, Santa Catarina Tláhuac D.F.

Teléfonos: 58601610, 58601602.

Hospital Central Militar

Secretaria De La Defensa Nacional Av. Ejercito Nacional S/N Y Periférico.

Colonia Lomas De Sotelo C.P. 11649, México D.F.

Teléfonos: 55573100, 55579755.

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Av. San Buena Aventura y Niño Jesús, Tlalpan. C.P. 14000, México D.F.

Teléfonos: 55139905, 55139006.

Hospital Psiquiátrico Instituto Mexicano del Seguro Social “Hospital San Fernando”

Av. San Fernando 201, Tlalpan, México D.F.

Teléfonos: 56068495, 56068323, 56069644.

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

Calzada México-Xochimilco 101 C. P. 14370. México D. F.

Teléfonos: 56554268, 56552811.

Instituto Nacional de Salud Mental del D. F.

Periférico 2905. Colonia San Jerónimo Lidice. C. P. 10200. México D. F.

Teléfonos: 55955651, 55958115.

Clínica de Neurología y Psiquiatría. ISSSTE

Prolongación Guerrero 346. Unidad Nonoalco Tlaltelolco C.P. 6300. México D. F.

Teléfonos: 55979759. 55836895.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvarez G. (2002). *Intervenciones Psicosociales en el tratamiento de la Esquizofrenia*. Anales de Psiquiatría. 1 (18), pp. 18-26.
2. Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica para la educación*. Argentina: Amorrortu.
3. Anduela, M (2001). *Dinámica de grupos en educación 3ª edición*. México: trillas.
4. Cruz, J. F. (2003). *Esquizofrenia: parte teórica*. Extraído en Febrero, 2005, de: <http://www.redsistemica.com.org>
5. Davison C, (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México: Trillas.
6. Garnica, R. (1998). *Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente*. 2ª. Edición. México: Piensa.
7. Givaudan, M. y Pick, S. (1995) *Yo papá, yo mamá. La forma de educar y disfrutar con tus hijos e hijas*. México: Grupo Editorial Planeta.
8. Gutiérrez F. (1998). *Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia*. Farm Hosp. 22 (4) 207-212.
9. Herbert, M. (1992) *Entre la tolerancia y la disciplina. Una guía educativa para padres*. Barcelona: Ediciones Paidós.

10. Hidalgo, C. y Abarca, N (1999). *Comunicación interpersonal*. 3ª Edición. México: Alfa Omega.
11. Leff (1997). *¿Cual Es El Diagnostico?*. *Perspectivas Sistémicas*. 45(Marzo-Abril). Extraído en Febrero, 2005, de: <http://www.redsistemica.com.ar/leff.htm>
12. Lemaire, J (1992). *La pareja humana, su vida, su muerte*. Francia: fondo de cultura.
13. Mc Keachie W. (1970) *Métodos de enseñanza. Guía para el profesor*. México: Herrero Hermanos
14. Modica, A (1991). *Todavía me pregunto ¿Por qué me case contigo?* México: Gedisa.
15. Organización Mundial de la Salud (2000). Los trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10) Guía de bolsillo. España: Manual Moderno.
16. Pick, S., Givaudan, M. y Martínez, A. (1995) *Aprendiendo a ser papá y mamá. De niñas y niños desde el nacimiento hasta los doce años*. México: Grupo Editorial Planeta.
17. Piedra F. J., (2002). *Aproximación a las psicosis para el medico de atención primaria*. *Medicina general*. 45, 481-496.
18. Romero, N (2003). *Guía de padres 1,2 y 3 (SNTE y Vamos México)*. México: El Universal.

19. Rubio y Sánchez, (2004). *Taller: vivir y convivir con el otro*. Clínica multidisciplinaria UMAI Zaragoza. México.
20. Stevens, J (2000). *El darse cuenta*. México: Cuatro Vientos.
21. Travis M. y Kerwin R. (1997). *Tratamiento farmacológico del paciente recién diagnosticado de esquizofrenia*. *Avances en Psiquiatría*. 6 (3)17-22.
22. Vázquez B. J. (1998). *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica
23. Zarzar C. C. (1994) *Habilidades básicas para la docencia en la escuela secundaria*. México: Patria.