



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“Evaluación del impacto de un  
modelo psicoeducativo en  
familiares de pacientes  
esquizofrénicos con emoción  
expresada en hospital parcial”*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**Licenciada en Psicología**

P R E S E N T A :

**C l a u d i a T a l i a n R a m o s**

**M e d i n a**

DIRECTORA DE TESIS:

**Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha**

REVISORA DE TESIS:

**Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo**

ASESOR METODOLÓGICO:

**Lic. Ma. de Lourdes Monroy Tello**



Ciudad Universitaria, CD. MX.

Agosto, 2016



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.



*A mi madre Claudia*

*Quién ya no tuvo la fortuna de poder ver este trabajo concluido, pero siempre tuvo la certeza de que lo terminaría. Siempre me diste todo tu amor cariño y comprensión incondicionales, me enseñaste que la vida se hizo para disfrutarla al máximo y que se va en tan sólo un parpadeo, en donde quiera que estés espero que puedas seguir viendo lo mucho que te amo y la gran falta que me haces, te amaré y recordaré hasta el final de mis días. Gracias por haberme elegido como tu hija y por haber sido la mejor mamá del mundo, dejándome grandes enseñanzas te amo.*

*A mi padre Azael*

*Quien al lado de mi madre hicieron un excelente equipo el tiempo que la vida les permitió estar juntos. Gracias papá por apoyarme en todo momento, por esforzarte siempre para ofrecernos lo mejor, por brindarme la confianza y seguridad en mi misma para saber que puedo lograr todo lo que me proponga, gracias por tu ejemplo que me ha forjado como una persona de bien y como todo lo que SOY, no me queda más que decirte que te amo y*

*¡GRACIAS!*

*A mi esposo Daniel*

*Agradezco a la vida que te haya puesto en mi camino, a lo largo de estos años juntos tu apoyo ha sido fundamental para mi desarrollo tanto personal como profesional y me hace muy feliz saber que cuento con el incondicionalmente, gracias por tu amor, comprensión y paciencia, me encanta compartir contigo mi vida pero sobretodo los momentos importantes que hay en ella, eres un excelente compañero y el mejor que pude haber elegido te amo.*

*A mi hermano Azael*

*Soy más que nunca y después de haber pasado momentos tan dolorosos, agradezco a la vida tenerte como mi hermano y compañero de vida. Hemos compartido muchas cosas y las que nos faltan, espero que en su mayoría sean siempre buenas te amo hermanito.*

*A esta que es mi casa y alma mater*

*la Universidad Nacional Autónoma de México*

*y a mi querida Facultad de Psicología,*

*por brindarme el conocimiento y el apoyo necesario para poder desarrollarme profesionalmente a lo largo de mi vida haciendo lo que más me gusta, no hay palabras para describir el enorme orgullo que se siente al formar parte de esta máxima casa de estudios, que siempre tiene sus puertas abiertas para todos sus estudiantes.*

*Gracias UNAM.*

*A mi directora de tesis*

*Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha*

*un cariñoso agradecimiento,*

*quien a lo largo de todo el tiempo que me llevó poder concluir este trabajo, siempre estuvo al pendiente y presente al pie del cañón dispuesta a compartir tanto su tiempo como sus conocimientos, muchas gracias porque sin usted y sin su apoyo hubiera sido más difícil este largo viaje.*

*Gracias*

*A la Lic. María de Lourdes Monroy Tello*

*Para usted maestra un especial agradecimiento por toda la orientación y ayuda brindada en el análisis estadístico, gracias porque fue quien ayudó a clarificar tantas ideas deshiladas.*

*Ha sido un placer haber coincidido con usted, es una excelente persona llena de experiencia y conocimientos que no duda en compartir con los demás.*

*Gracias.*

*A él Lic. Alberto Herrera Melo*

*Gracias por permitirme realizar mi tesis en el área de*

*Hospital Parcial de Fin de Semana,*

*por siempre estar dispuesto a colaborar y a compartir sus conocimientos con los demás.*

*Gracias por la confianza brindada*

*para la realización de este trabajo.*

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA .....</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Definición .....	7
1.3 Etiología .....	7
1.3.1 Factores biológicos .....	8
1.3.2 Factores psicológicos desde diferentes modelos .....	13
1.3.3 Factores sociales .....	15
1.4 Curso.....	16
1.5 Criterios para el diagnóstico DSM-V .....	18
1.6 Características clave que definen a la esquizofrenia y a otros trastornos psicóticos..	20
<b>CAPÍTULO 2. FAMILIA .....</b>	<b>24</b>
2.1 Definición de familia .....	24
2.2 Tipos de familia .....	26
2.3 Función de la familia .....	28
2.4 Función de los padres. ....	32
2.4.1 Función del padre .....	33
2.4.2 Función de la madre .....	36
2.4.3 Función de los hijos .....	38
2.5 Familias funcionales y disfuncionales.....	38
2.6 La familia de los esquizofrénicos .....	42
<b>CAPÍTULO 3. EMOCIÓN EXPRESADA.....</b>	<b>47</b>
3.1 Definición de emoción.....	47
3.2 Diferentes tipos de emociones.....	49
3.3 Antecedentes del constructo Emoción Expresada .....	56
3.4 Definición de Emoción Expresada .....	60
3.5 Definición de los componentes de Emoción Expresada.....	61
3.6 Antecedentes de la psicoeducación. ....	64
3.7 Definición de grupo psicoeducativo. ....	66
3.8 Principios metodológicos del grupo psicoeducativo. ....	67
<b>CAPÍTULO 4. HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”</b>	<b>70</b>
4.1 Antecedentes.....	70
4.2 Servicios .....	71
4.3 Hospital de día .....	73
4.4 Hospital parcial de fin de semana.....	74

<b>CAPÍTULO 5. MÉTODO .....</b>	<b>94</b>
5.1 Justificación .....	94
5.2 Pregunta de investigación e hipótesis .....	95
5.3 Variables .....	95
5.4 Muestra .....	97
5.5 Diseño y tipo de estudio .....	98
5.6 Procedimiento .....	98
5.7 Descripción del instrumento .....	99
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>101</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>123</b>
Conclusiones .....	128
Sugerencias .....	130
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO 2 .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO 3 .....</b>	<b>144</b>



## RESUMEN

El 1% de la población mundial sufre de esquizofrenia según datos de la OMS. En la mayoría de los casos los familiares cuidan de estos pacientes, y se ha observado que tanto las actitudes como opiniones que tiene el cuidador hacia el paciente influyen en el curso de la enfermedad. Estas actitudes son conocidas como Emoción Expresada (EE), cuando el ambiente familiar presenta una alta (EE) son más probables las recaídas en los pacientes. Estudios demuestran que si el cuidador adquiere conocimiento sobre la enfermedad puede reducir sus niveles de (EE). Este estudio evaluó el grupo psicoeducativo de Hospital Parcial de Fin de Semana, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", mediante el Cuestionario Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), con una aplicación pretest-posttest, la muestra fue de 23 participantes. En los resultados se observó que hubo una disminución en el total de (EE) después de la intervención psicoeducativa.

Palabras clave: Esquizofrenia, emoción expresada, psicoeducación, familia.

## Abstract

1% of the world population suffers from schizophrenia according to WHO data. In most cases the families care for these patients, and it was observed that both attitudes and opinions that the caregiver has for the patient influence the course of the disease. These attitudes are known as Expressed Emotion (EE), when the family environment has a high (EE) are more likely to relapse in patients. Studies show that if the caregiver acquires knowledge about the disease can reduce their levels of (EE). This study evaluated the psychoeducational group Partial Weekend Hospital, the Psychiatric Hospital "Fray Bernardino Alvarez" by Questionnaire Survey Assessing the level of Expressed Emotion (CEEE), with a pretest and posttest application, the sample consisted of 23 participants. In the results it was observed that there was a decrease in total (EE) after the educational intervention.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el campo de la psicología es muy amplio y una de sus aplicaciones más comunes, es la atención que brinda a las enfermedades mentales. Hasta hace algunos años la psicología empezó a figurar como parte del tratamiento interdisciplinario que se brinda a este tipo de pacientes, sobre todo en un ambiente hospitalario ya que anteriormente sólo la rama de la psiquiatría era la encargada del tratamiento a estas enfermedades.

Autores como Maher (1966, en Gross, 2004), señalan que el vocabulario que se utiliza para referirse a los trastornos psicológicos, es tomado de la terminología médica. A la conducta desviada se le denomina *psicopatología* y se le clasifica con base en los síntomas lo cual se le llama *diagnóstico*, los métodos que se utilizan para intentar un cambio en la conducta es llamado *terapia* y con frecuencia se llevan a cabo en hospitales psiquiátricos.

En México los avances farmacológicos poco a poco permitieron tener un mejor control sobre las enfermedades psiquiátricas y alrededor de los años 50, tanto la introducción de las teorías Freudianas como los progresos de la psicofarmacología, hicieron que se dejaran de usar varios métodos poco eficaces y que se implementaran otros con mayor precisión en los nuevos hospitales.

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se inauguró en el año de 1967, es el resultado de muchos otros hospitales que a lo largo del tiempo brindaron atención a los enfermos mentales. Lleva ese nombre en honor al fundador del primer hospital destinado a tratar la enfermedad mental (Castañeda y Freyre, 1991). Este hospital es un ejemplo de los tratamientos interdisciplinarios que en la actualidad son utilizados para el control de estas enfermedades, conjugando varias áreas profesionales como son la psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, entre otros y atendiendo diferentes enfermedades como: depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.

El presente trabajo tiene como finalidad, valorar el impacto que tiene el modelo psicoeducativo brindado en este hospital para familiares o cuidadores de pacientes con esquizofrenia, que asisten al programa de Hospital Parcial de Fin de Semana, midiéndolo a través de la Emoción Expresada.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se presenta generalmente durante la última parte de la adolescencia, tiene un inicio lento y paulatino, los principales síntomas son: retraimiento social gradual, dificultad para poder relacionarse, falta de propósito, indolencia afectiva, falta de voluntad y una disminución en el desempeño tanto académico como laboral, además de presentar alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, etc., (Gross, 2004).

Las personas con alguna enfermedad mental son impredecibles, lo que puede llegar a ser perturbador para otros individuos, ya que en general son los otros quienes se sienten perturbados por la conducta del paciente mismo (Laing, 1967, en Gross, 2004). Esto pasa regularmente con los familiares o cuidadores de pacientes con esquizofrenia, pues al no tener el control de los actos y las actitudes que llegan a tener sus pacientes, atraviesan por diversos estados de ánimo que pueden ir desde la ansiedad, culpa e incluso coraje hacia los enfermos aun siendo sus familiares.

Brown (1959) y sus colaboradores estudiaron qué pasaba con los pacientes dados de alta al regresar al hogar paterno, pues en la mayoría de los casos se presentaba un índice mayor de recaídas, que los que vivían solos, con algún hermano o en algún otro lugar. Los datos no se explicaban por la severidad de la enfermedad, ni por la duración de ésta, ni por las distintas condiciones clínicas tras el alta. La naturaleza y la frecuencia del contacto "cara a cara" del enfermo con sus padres parecía ser el causante de la recaída, dando lugar al constructo de Emoción Expresada en el familiar (Gutiérrez, 2011; Rascón *et al*, 2008; Sánchez, 2001).

La Emoción Expresada refleja el ambiente emocional que se vive en casa, y se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad, y el sobreinvolucramiento emocional, que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia (Rascón 2008), la detección de relaciones familiares conflictivas entre el enfermo y su familia son factores muy importantes para el equipo terapéutico, ya que cuando se vive un ambiente con una alta Emoción Expresada, ésta puede derivar en recaídas hasta en un 90%, o en la presencia de un trastorno psiquiátrico en algún familiar (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003).

Se ha observado que la intervención psicoeducativa brinda un mayor conocimiento en cuanto a la sintomatología, tratamiento y manejo de este trastorno, reduciendo en gran medida la Emoción Expresada, por lo cual se decidió hacer una valoración del modelo psicoeducativo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, por medio de este constructo, observando si después de la intervención existían cambios en él.

El primer capítulo del presente trabajo aborda la esquizofrenia, sus antecedentes, definición, etiología, curso de la enfermedad, criterios para su diagnóstico y la sintomatología de éste trastorno. En el capítulo de familia además de su definición se mencionan los diferentes tipos que existen, y es posible conocer el papel que cumple cada uno de sus integrantes, así como diferenciar las familias funcionales de las disfuncionales. Como último punto se aborda a la familia de los esquizofrénicos.

En lo que respecta al tercer capítulo, éste inicia con una definición general de lo que es “emoción” en el comportamiento humano, siguiendo con la definición del constructo Emoción Expresada y de cada uno de sus componentes. Para finalizar se mencionan los antecedentes, la definición de los grupos psicoeducativos y la relación que tienen con la Emoción Expresada.

El capítulo siguiente aborda la historia de los primeros nosocomios psiquiátricos en México. En lo que respecta al hospital Fray Bernardino Álvarez, es posible

conocer acerca de los servicios que brinda desde sus diferentes modalidades, así como en hospital de día y en hospital parcial de fin de semana, área en donde se llevó a cabo esta investigación.

Los últimos capítulos 5, 6 y 7, abarcan el método, los resultados y la discusión en el orden antes mencionado.

## **CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA**

### **1.1 Antecedentes**

En la historia de la esquizofrenia, se han hallado descripciones de textos de todas las culturas antiguas, que sugieren la presencia en aquellos tiempos de enfermos que hoy llamaríamos esquizofrénicos. Es hasta finales del siglo XVIII y en el XIX cuando aparecen las primeras descripciones precisas de lo que hoy llamamos esquizofrenia (Jeste *et al.*, 1985 en Carlson, 2006).

Se atribuye la paternidad del concepto central a dos grandes maestros de la psiquiatría germánica, Emil Kraepelin y Eugen Bleuler. Kraepelin (1896) fue el primero en identificar el trastorno, en los años de cambio de siglo agrupando unas entidades ya conocidas, estas son: la catatonía, la hebefrenia y la “dementia paranoides”. El nexo común que daba unidad a este conjunto era según Kraepelin, un inicio precoz de la enfermedad y un curso crónico, tendiente al deterioro, a esta enfermedad la llamo “dementia praecox” (Broustra, 1979).

Bleuler (1911) de origen suizo, asumió las ideas de Kraepelin pero rebautizó la “dementia praecox”, con el nombre de “grupo de las esquizofrenias”. Su terminología (“mente escindida” por la etimología griega) tuvo mucho más éxito y ha prevalecido hasta la fecha (Broustra, 1979).

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, se estima que el 1% de la población mundial mayor de 15 años padece esquizofrenia. Esto permite suponer la existencia de 35 a 40 millones de esquizofrénicos en el mundo cuyos requerimientos son diversos: hospitalización en la fase aguda, uso de medicamentos antipsicóticos de por vida, rehabilitación psicosocial, acciones de reinserción a su entorno y tratamiento familiar complementario, así como, eventualmente la posibilidad de espacios para la estancia prolongada en un

número importante de casos, su coste monetario para la sociedad es enorme (Secretaría de Salud, 2002).

Estudios realizados en la Secretaría de Salud (2002) en México, arrojaron como resultado una cifra de entre 500mil y 700mil pacientes esquizofrénicos. Su atención no puede llevarse a cabo por un sólo sector de la sociedad, por lo que es indispensable la participación concertada y decidida de instituciones y organismos públicos sociales y privados, para brindar atención a la salud integral de esta población.

### **1.2 Definición**

Al pie de la letra esquizofrenia significa “mente escindida”; Eugen Bleuler, quien acuñó el término (1911, en Carlson, 2006), quería referirse a una ruptura con la realidad, producida por la desorganización de las diversas funciones de la mente, de modo que pensamientos y sentimientos por lo general ya no van al unísono.

Según la Organización Mundial de la Salud mediante la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (2000), define a la esquizofrenia como: “Un conjunto de trastornos que se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones”.

### **1.3 Etiología**

Diversas líneas de estudio se han dado a la tarea de esclarecer la etiología de dicha enfermedad. Disciplinas encargadas del estudio de la salud mental, así como la ciencia en general han dado explicaciones unicasales, las cuales han quedado atrás debido a falta de evidencias contundentes, esto ha dado pie a perspectivas donde se considera la multifactorialidad. Dichos factores, se refieren

a aspectos genéticos, de estructura y organización cerebral, de desarrollo e interacción psicológica, así como de variables socioculturales.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia, el factor de mayor peso es el genético; aunque se desconoce el mecanismo de transmisión, la mayoría de los expertos señalan a la esquizofrenia como un modelo poligénico y multifactorial. De ahí que los parientes de primero y segundo grado tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad; por lo tanto, los grupos de mayor riesgo para presentar esquizofrenia son familiares de pacientes con esquizofrenia y que tuvieron alteraciones pre y perinatales (Obiols y Vicens, 2008).

Adicionalmente existen estudios que sugieren que los habitantes de las comunidades urbanas con nivel socioeconómico bajo, pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento. El género no es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, pero diversos estudios han señalado que el hombre presenta un inicio más temprano del padecimiento y un peor pronóstico. Los factores sociales no se han asociado como causa de esquizofrenia, pero sí como desencadenante de un primer episodio y de las recaídas (Secretaría de Salud, 2002).

### **1.3.1 Factores biológicos**

#### *Factores genéticos.*

Dentro de los factores biológicos se encuentran los factores genéticos, si la esquizofrenia fuera un rasgo simple producido por un solo gen, se esperaría que este trastorno se manifestara en al menos el 75%, de los hijos de dos padres esquizofrénicos en el caso de que el gen fuera dominante. Si fuera recesivo, todos los hijos de dos padres con esquizofrenia deberían convertirse así mismo en esquizofrénicos. Sin embargo la incidencia real es de menos del 50%, lo cual significa que están implicados varios genes o bien, que tener un gen de la



esquizofrenia confiere una vulnerabilidad a llegar a padecer esquizofrenia, pero la enfermedad en sí misma estaría desencadenada por otros factores (Carlson, 2006).

Si la hipótesis de la vulnerabilidad fuera verdadera, se esperaría que alguno de los individuos fueran portadores de un “gen de la esquizofrenia”, pero que este no se manifestara; es decir su entorno sería tal que la esquizofrenia nunca se desencadenaría. Uno de tales individuos sería el miembro no esquizofrénico de una pareja de gemelos monocigóticos discordantes para la esquizofrenia; la manera más lógica de contrastar esta hipótesis es examinando a los hijos de ambos miembros de las parejas discordantes (Carlson, 2006).

Gottesman y Bertelsen, (1989, en Carlson, 2006) encontraron que el porcentaje de hijos con esquizofrenia era idéntico para ambos miembros de dichas parejas, 16.8% en padres esquizofrénicos y 17.4% en los padres no esquizofrénicos, en cuanto a los gemelos dicigóticos los porcentajes eran de 17.4% y 2.1% respectivamente. Estos resultados aportan una sólida prueba del carácter hereditario del esquizofrénico y también apoyan la conclusión de que ser portador de un “gen de la esquizofrenia”, no significa que una persona inevitablemente llegue a manifestar esquizofrenia.

Otro factor genético descubierto recientemente es la edad de los padres. Malaspina *et al.* (2001, en Carlson, 2006), examinaron las actas de nacimiento de 87,907 personas nacidas en Jerusalén entre 1964 y 1976. De estas personas, 658 fueron diagnosticadas con esquizofrenia o un trastorno relacionado. Tras controlar edad maternal, sexo, etnia, educación, y otros factores, hallaron una relación significativa entre probabilidad de padecer esquizofrenia y edad del padre en la época del nacimiento del paciente; solo 1 de los 121 niños nacidos de hombres que fueron padres al final de la década de los 20 años llegaron a ser esquizofrénicos, en comparación con 1 de los 47 niños con padres de edades entre 50 y 54 años, lo que nos da un incremento superior al 250%.

La mayoría de los investigadores creen que el aumento de incidencia se debe a mutaciones de los espermatozoides, (células que producen el espermatozoides) y que después de la pubertad se dividen cada 16 días, lo que significa que a los 30 años se han dividido alrededor de 40 veces. Por el contrario los ovocitos de la mujer se dividen 23 veces antes del momento del nacimiento y solo una vez después de este. La probabilidad de un error de transcripción en las réplicas de ADN cuando se divide una célula, aumenta con el número de divisiones celulares, y un aumento de los errores de transcripción puede ser la causa del aumento de la incidencia en la esquizofrenia (Carlson, 2006).

Hasta el momento no se han localizado todavía un “gen de la esquizofrenia”, pese a que se han encontrado varios candidatos. En la revisión que llevo a cabo Shastri (2002, en Carlson, 2006), se indica que se ha informado de pruebas de relación con la vulnerabilidad a la esquizofrenia que implican a los cromosomas: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 22 y X; sin embargo esto está sujeto a próximas investigaciones. Si la vulnerabilidad a la esquizofrenia está causada por un número pequeño de genes, sin duda los genetistas lograrán identificarlos un día (Carlson, 2006).

### *Estudios en gemelos*

Los gemelos dicigóticos y monocigóticos, comparten nueve meses de vida intrauterina, las incidencias de parto, y en general una educación e influencias tempranas muy similares, por lo tanto la concordancia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos, ofrece datos reveladores de la importancia de la transmisión hereditaria.

La dotación genética de hermanos gemelos es idéntica, lo cual ha demostrado de forma repetida que la tasa de concordancia para la esquizofrenia, es más alta en gemelos monocigóticos (entre 31 y 58%) que en los dicigóticos (entre 4 y 27%), evidenciando la intervención de otros factores para el desarrollo de la enfermedad,

ya que a pesar de que los gemelos monocigotos tienen el 100% de sus genes idénticos, la concordancia para la esquizofrenia es menor del 50%. Por lo tanto los principales estudios de concordancia han demostrado porcentajes superiores en las parejas de monocigóticos, lo cual puede predecir que si un esquizofrénico tiene un gemelo idéntico, este padecerá también la enfermedad en un 50% de los casos (Saiz, 1999).

Es difícil saber realmente la influencia de la herencia en la esquizofrenia, pero un primer paso lo constituyen los raros estudios de concordancia en gemelos separados al poco tiempo de nacer. Gottesman y Shields (1972, en Saiz, 1999), resumieron dichos estudios, hallando de las 17 parejas de gemelos, 11 concordantes para la esquizofrenia. Sin duda este es un dato muy sugestivo de transmisión genética.

#### *Estudios en adoptados*

Los hijos adoptados crecen en un medio que no está influido por ningún condicionamiento de los padres biológicos, o sea que comparten los genes pero no el ambiente, este es un experimento sociocultural, que se puede aprovechar como mecanismo de control para separar las influencias ambientales de las de la herencia. Dentro de estos estudios se han utilizado tres estrategias básicas:

1. Investigar el riesgo comparativo de hijos de padres esquizofrénicos y de hijos de padres normales, adoptados en edades tempranas.
2. Investigar las cifras de riesgo para la esquizofrenia en los padres biológicos de sujetos esquizofrénicos que fueron adoptados de pequeños.
3. El análisis de crianza cruzada, en el cual los hijos de padres biológicos normales y criados por padres esquizofrénicos fueron comparados con hijos de padres afectados criados por padres normales.

El primer estudio de adopción y esquizofrenia fue el de L. Heston en Oregón (1966, en Obiols y Obiols, 1989), quien estudió a 47 hijos de madres esquizofrénicas adoptados, comparados con un grupo control de características similares, cuyas madres biológicas eran normales. El seguimiento por más de tres décadas permitió a Heston concluir que los hijos de madres esquizofrénicas presentaban esquizofrenia en un 11% contra un 0.01% en los hijos de madres normales. También halló una proporción aumentada en el primer grupo, de trastornos de la personalidad y deficiencia mental. Los niños adoptados cuyos padres eran normales tenían una tasa de trastornos mentales mucho más baja. Por lo tanto el aumento en los hijos de esquizofrénicos, no puede atribuirse al hecho de criarse con padres adoptivos (Obiols y Obiols, 1989).

Los datos de concordancia entre gemelos mono y dicigóticos apoyan los factores genéticos. Se han realizado estudios en sujetos adoptados que habían sido diagnosticados con esquizofrenia, estudiando la prevalencia de esta enfermedad entre sus familiares biológicos y adoptivos, observando que era mayor entre los primeros. A partir de esto se ha observado que los hijos de los esquizofrénicos, padecen la enfermedad en la misma proporción si se criaron con padres tanto sanos como enfermos. La predisposición genética ha de desarrollarse en un medio, por ende el interactuar de diversos factores puede explicar el desarrollo del trastorno (Obiols y Obiols, 1989).

### *Anomalías estructurales*

Existen estudios que parecen apoyar la hipótesis del trastorno del desarrollo como la disminución del volumen cerebral (lóbulo temporal, sobre todo el giro temporal superior, áreas hipocampales y temporolímbicas). El hallazgo más aceptado hasta el momento parece ser el aumento del tamaño de los ventrículos, (laterales y tercer ventrículo) sin embargo esto no aumenta con el progreso de la enfermedad. En los últimos estudios que han utilizado imágenes tridimensionales de tomografía axial computarizada (TAC) y de resonancia magnética (RM), se ha encontrado en

el lóbulo frontal la mayor pérdida de sustancia gris, los pacientes pierden hasta 13% en el prefrontal inferior (Colodrón, 2002; Elkin, 2000).

### **1.3.2 Factores psicológicos desde diferentes modelos**

#### *a) Modelo psicoanalítico*

La etiología de una psicosis según el modelo psicoanalítico es la Privación, o sea el incumplimiento de deseos infantiles, esta privación parece partir del Superyó el cual se ha atribuido la representación de las exigencias de la realidad. El efecto patógeno depende de que el Yo, permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior, e intente amordazar al Ello, o que por el contrario, se deje dominar por el Ello y desviarse de la realidad. Pero en esa situación, aparentemente sencilla, introduce una complicación la existencia del Superyó, que reúne en sí influencias del Ello y otros de mundo exterior constituyendo un ideal hacia el que tienden las aspiraciones del Yo, la conciliación de múltiples dependencias. Se observan en los psicóticos dos procesos; fuga inicial de la realidad y transformación de la realidad. Así podemos decir que en la psicosis domina el influjo del Ello, y la pérdida de la realidad (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

Freud consideraba que el mecanismo fundamental de la psicosis, está basado en la negación del deseo y la satisfacción clandestina de éste por medio de lo imaginario, el delirio que se presenta tiene como función investir el deseo de manera imperiosa al precio de una negación de la realidad, persistiendo como un modo de comunicación, ya que se expresa a los otros (Broustra, 1979).

En la esquizofrenia se presenta un mecanismo de defensa denominado Forclusión, similar a la represión para la neurosis. Para Freud, la Forclusión no era exactamente la represión de la memoria, sino de una parte de la realidad, así este sujeto no entraría de lleno en la realidad, sin embargo no olvidará sus deseos al contrario de lo que sucede en la neurosis. Se trata de un Yo débil que se adapta

poco a la realidad, donde los delirios y alucinaciones rigen el aparato psíquico en los que el desplazamiento o la simbolización tienen un papel preponderante (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

En la actualidad la mayoría de las teorías psicoanalíticas postulan, ya sea una predisposición al estrés o un trastorno en la relación madre-hijo, o ambas cosas a la vez para que pueda desarrollarse la esquizofrenia. Estos trastornos de las funciones del Yo, deben atribuirse a desviaciones en su desarrollo, maduración e integración en la infancia y pueden ocurrir como consecuencia de factores genéticos, ambientales o constitucionales, aunque también pueden ser distorsiones en la relación madre-hijo (Rendueles, 1990).

#### b) *Modelo sistémico*

Este modelo afirma que la esquizofrenia es una alteración de la comunicación, donde la discriminación de mensajes sufre perturbaciones y se favorece la aparición de hábitos comunicacionales no convencionales, es decir, el sujeto esquizofrénico vive en un sistema comunicacional aparte. El individuo con esta enfermedad, no sabe descifrar el lenguaje analógico, o sea la comunicación no verbal y digital que es la comunicación verbal, confunde el nivel de contenido que es un aspecto referencial que transmite la información y el nivel relacional, lo que le da un aspecto connotativo referente al tipo de mensaje que debe entenderse en la comunicación (Colodrón, 2000; Rendueles 1990).

El enfoque sistémico señala que la esquizofrenia es una enfermedad familiar y no individual, generalmente las familias de esquizofrénicos son aglutinadas y utilizan paradojas, es decir la acción para poder solucionar el problema se desarrolla en un nivel equivocado, en estas familias suelen darse también las paradojas pragmáticas, estas son ocasionadas por órdenes contradictorias (Colodrón, 2000; Rendueles, 1990).

### *c) Modelo conductual*

Este considera a la esquizofrenia, como el cuadro crónico de una forma de respuesta aprendida y desadaptadora debido a pautas de reforzamiento alteradas de las experiencias primarias. Las contingencias desadaptadoras de refuerzo de respuestas, son las que interfieren en la discriminación perceptiva y cognitiva (Rendueles, 1990).

En primer lugar se habla de un déficit psicológico en la esquizofrenia, que puede ser resultado de una falta en cualquiera de por lo menos cuatro niveles de procesamiento de datos, es decir la falta puede ocurrir a nivel del receptor, en la percepción del estímulo, puede tener lugar en el nivel de procesamiento de datos, que consiste en la organización preliminar de los estímulos, que entran para la presentación ulterior a los niveles corticales superiores, ya que se ha colocado de manera tentativa en la subcorteza. El tercer nivel de análisis se refiere a los niveles superiores corticales o mediadores, aquí la información organizada o desorganizada que entra, se liga con la masa aperceptiva de aprendizajes previos y estructuras asociativas para producir elementos de decisión, el nivel final se refiere al nivel ejecutivo, en el que los procesos de decisión se traducen a complejos de respuestas (Rendueles, 1990).

Se ha supuesto que el déficit en la esquizofrenia se encuentra en el nivel cortical mediador, como se manifiesta en el trastorno del pensamiento que se afirma como la característica fundamental de la esquizofrenia (Rendueles, 1990).

### **1.3.3 Factores sociales**

La teoría más aceptada dentro de los factores sociales, apoya la distribución sectorial de la esquizofrenia de forma desigual dependiendo de la clase social, refiriendo que la esquizofrenia se concentra de forma desproporcionada entre las

áreas con las personas más pobres de grandes ciudades, y en las ocupaciones que perciben bajos ingresos (Sue y Sue, 1996).

Esta correlación entre clase social y esquizofrenia tiene dos posibles explicaciones: primera, la posición socioeconómica baja de por sí es estresante, aunado a agentes estresantes físicos y psicológicos asociados con la pobreza, como un empleo mal remunerado, carencia de educación, etc., incrementan la posibilidad de que la esquizofrenia pueda desarrollarse; se ha sugerido que las familias de clase baja transmiten a sus hijos un sistema de orientación demasiado limitado y rígido para afrontar situaciones complejas, cambiantes o cargadas de tensiones (hipótesis de la crianza). Segunda, las personas esquizofrénicas tienden a derivar hacia áreas urbanas más pobres y los niveles socioeconómicos más bajos, debido a que no pueden funcionar de manera efectiva en otro lugar de la sociedad (teoría de la deriva descendente) (Sue y Sue, 1996).

Actualmente se ha aceptado que la relación lineal entre enfermedad y clase social, se obtiene sólo para los habitantes de grandes ciudades, en las ciudades pequeñas o en áreas rurales no existe tal relación (Rendueles, 1990).

#### **1.4 Curso**

En relación a la esquizofrenia se tiene establecido que en la mayoría de los casos antes de manifestarse el trastorno, existe una personalidad premórbida en la cual se empieza a mostrar un deterioro en la vida del individuo, no es extraño descubrir que el enfermo ya era raro de pequeño o muy tímido o introvertido, o que siempre fue receloso y desconfiado.

El curso típico de la esquizofrenia consiste principalmente en tres fases:

1. Fase prodrómica: esta se refiere a un periodo de síntomas menores que se manifiestan antes del inicio del trastorno declarado, por ejemplo el retraimiento y aislamiento social y emotivo, realización de actividades



solitarias, ensimismamiento en la fantasía, evitación a la competencia, descuido del arreglo personal y presencia de conductas raras o peculiares, son características clásicas de esta fase.

2. Fase activa: las demandas excesivas y las presiones psicológicas sobre el individuo en la primera fase, dan por resultado el inicio de síntomas psicóticos, por lo tanto ahora se manifiestan los síntomas patognomónicos de la esquizofrenia, los cuales incluyen perturbaciones graves en el pensamiento, deterioro en el desempeño escolar y social, pérdida de la motivación y afecto abatido o inapropiado de manera marcada. Las ideas delirantes y las alucinaciones se manifiestan aunadas a errores de juicio y conducta; se puede decir que esta es la fase más aguda o crítica del trastorno.
3. Fase residual: los síntomas ya no se muestran de manera prominente, la gravedad disminuye y el individuo muestra un deterioro leve o similar al que se manifiesta en la fase prodrómica (Elkin, 2000; Sue y Sue, 1996).

Algunos pacientes pueden iniciar el cuadro de forma más brusca y aguda, en forma de brote, lo que significa que estará dominado por los síntomas positivos de la psicosis, estos son: ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento, conductas bizarras y extravagantes, etc. A pesar de ese inicio tan rápido suele haber un periodo previo, de semanas o incluso meses de duración, en los que están presentes cambios en la persona como irritabilidad, agresividad, depresión, ideas extrañas, comportamientos inhabituales, cambios extravagantes en la apariencia, etc., la evolución posterior de la enfermedad es crónica (Colodrón, 1983).

Las secuelas de la enfermedad derivan en un deterioro esquizofrénico, este concepto es complejo y abarca tanto aspectos neuropsicológicos (trastornos amnésicos, atencionales, apráxicos, cognitivos), como de aspectos sociales (autismo, falta de cuidados personales, dependencia económica, descenso en la escala social, etc.). Estos estados residuales son el camino final común a todos

los esquizofrénicos, y representan la desertización de la persona, muchos de estos enfermos harán una vida más o menos normal, pero se les identificará como raros, excéntricos o apáticos, etc., (Colodrón, 1983).

### **1.5 Criterios para el diagnóstico DSM-V**

Los síntomas principales de la esquizofrenia son en todas partes los mismos, se han elaborado criterios que permiten hacer un diagnóstico fiable de este trastorno en personas de diversas culturas.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*), la esquizofrenia se encuentra dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se define por anomalías en uno más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo incluida la catatonía y síntomas negativos (DSM-V, 2014).

Los criterios que resultan necesarios para su diagnóstico son:

Criterio A. Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de tiempo en un periodo de un mes:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Criterio B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbito principales, como el trabajo, las

relaciones interpersonales o el cuidado personal, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno, (o cuando el inicio es en la infancia o en la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral (DSM-V, 2014).

Criterio C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A, puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno pueden manifestarse sólo por síntomas negativos, o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A presentes de forma atenuada, por ejemplo creencias extrañas o experiencias perceptivas no habituales (DSM-V, 2014).

Criterio D. Se descartan el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) no se ha presentado ningún episodio maníaco o depresivo mayor de forma concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual (DSM-V, 2014).

Criterio E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo una droga o medicamento, o a otra afección médica (DSM-V, 2014).

Criterio F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación al inicio de la infancia, el diagnóstico adicional de la esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (DSM-V, 2014).

Las características esenciales de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas que están asociados con un deterioro del funcionamiento social o laboral. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, debido a que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo (DSM-V, 2014).

Al menos dos de los síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una proporción de tiempo significativa, durante un periodo de 1 mes o más. Al menos uno de esos síntomas debe ser la presencia clara de delirios, alucinaciones o discurso y comportamientos desorganizados o catatónicos, incluyendo los síntomas negativos (DSM-V, 2014).

Se observa un déficit en una o más áreas principales de funcionamiento, Criterio B. La disfunción persiste durante un periodo sustancial a lo largo del curso y no parece ser el resultado de algún síntoma concreto. En cuanto a la duración, algunos de los signos del trastorno deben ser continuos y estar presentes al menos por 6 meses Criterio C (DSM-V, 2014).

### ***1.6 Características clave que definen a la esquizofrenia y a otros trastornos psicóticos***

#### *Delirios*

*Los delirios* son creencias fijas que no son susceptibles al cambio aún con pruebas en su contra, pueden incluir varios temas por ejemplo persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos y de grandeza. Los delirios persecutorios son creencias de que uno va a ser perjudicado, acosado o etc., ya sea por un individuo, organización o grupo. Los delirios referenciales son la creencia de que ciertos gestos, comentarios o señales del medio ambiente se dirigen a uno, estos y los delirios persecutorios son los más comunes. También pueden aparecer los delirios

de grandeza, es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales. Los delirios erotomaníacos son la creencia errónea de que otra persona está enamorado de él o ella. Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y el funcionamiento de los órganos.

Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, inexplicables y no proceden de experiencias de la vida cotidiana, por ejemplo la creencia de que los propios pensamientos han sido “robados” por una fuerza externa (robo del pensamiento), que se le han insertado pensamientos ajenos en la propia mente (inserción del pensamiento), o que existe una fuerza externa que está manipulando o influyendo en el propio cuerpo o mente, (delirios de control) (DSM-V, 2014).

#### *Alucinaciones*

Las *alucinaciones* son percepciones de estímulos que en realidad no están presentes. Son vívidas, claras con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial pero las más frecuentes son auditivas, generalmente se experimentan en forma de voces ya sean conocidas o no, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia, aquellas que se presentan al estar dormido se consideran dentro de las experiencias normales (DSM-V, 2014).

#### *Pensamiento (discurso) desorganizado*

El *pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento)* se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (*descarrilamiento o asociaciones laxas*), y sus respuestas a preguntas pueden estar relacionadas o no estarlo en absoluto (*tangencialidad*). En raras ocasiones,

el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (*incoherencia* o “ensalada de palabras”). El síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial (DSM-V, 2014).

#### *Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)*

El *comportamiento motor muy desorganizado o anómalo* se puede manifestar de diversas maneras, desde “tonterías” infantiloides a la agitación impredecible. Se evidencian problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas (DSM-V, 2014).

El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre resistencia a llevar acabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo o estupor*). Puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (*excitación catatónica*). Otras características son los movimientos estereotipados repetido, la mirada fija, muecas, mutismo y ecolalia. Aunque la catatonía se ha relacionado a lo largo del tiempo con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos pueden presentarse en otros trastornos (DSM-V, 2014).

#### *Síntomas negativos*

Los *síntomas negativos* son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada con la esquizofrenia, presentándose con menor frecuencia en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia, la expresión emotiva disminuida y la abulia. La *expresión emotiva disminuida* consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (*prosodia*) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan énfasis emotivo al discurso. La *abulia* es una disminución de las actividades,

realizadas por iniciativa propia y motivada por un propósito. Otros síntomas negativos son la *alogia* que se manifiesta por una reducción del habla, la *anhedonia* que es la disminución para poder experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. Por último la *asocialidad*, se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales (DSM-V, 2014).

Como es posible observar la esquizofrenia es un trastorno complejo debido a su multifactorialidad, abarcando desde aspectos genéticos hasta el medio ambiente en el cual se desarrolla un individuo, por lo tanto es importante conocer cómo son las familias en las cuales se desenvuelven este tipo de pacientes.

## **CAPÍTULO 2. FAMILIA**

La familia es una estructura dinámica que evoluciona conforme al paso del tiempo y la sociedad de la que forma parte, lo cual es importante tomar en cuenta para poder entenderla. Los factores que determinan su composición, tamaño y cómo se forman no son sólo demográficos sino que tienen que ver también con cuestiones económicas y sociales.

### ***2.1 Definición de familia***

La familia ha sido considerada desde inicios de la humanidad como el principal sistema de la sociedad, a través del cual se van asentando las bases para la educación, la crianza, el desarrollo, la experiencia, la salud y la enfermedad, en aras del desarrollo psicológico del niño, la formación de su personalidad y adaptación que le permiten la integración a la sociedad.

El concepto de familia ha ido modificándose con el paso del tiempo, generalmente se refiere al grupo formado por padre, madre e hijos, dentro del cual cada uno tiene un rol que debe seguir, estableciendo distintas relaciones y alianzas determinadas que hacen importante el lugar que ocupa cada uno de sus miembros.

Whinch (1979 en Gracia y Musitu, 2000) define a la familia como:

“Un grupo de personas relacionadas que ocupan posiciones diferenciadas, tales como marido y mujer, padre e hijo, tía, tíos y sobrinos, que cumplen las funciones necesarias para asegurar la supervivencia del grupo familiar, como son la reproducción, la socialización de los niños y la gratificación emocional”.

Soifer (1979), menciona que una familia es aquel grupo de personas que conviven en una casa habitación durante un lapso prolongado, que están unidos o no necesariamente por lazos consanguíneos y que se asisten recíprocamente en el



cuidado de sus vidas, con la finalidad de poder conseguir mayores posibilidades de supervivencia en el medio ambiente, además de tener como función principal cuidar, alimentar y educar a los hijos.

Sánchez y Hernández (1992), consideran que la familia es la encargada de transmitir conocimientos, valores, actitudes, roles, hábitos, etc., ayudando a desarrollar la personalidad e infundiendo modos de pensar y actuar habituales. Estos autores opinan que la conducta del individuo se determina y se moldea significativamente y de acuerdo a las características de la familia, con la que convive.

Minuchin (1985), considera a la familia como un “sistema” que opera a través de pautas transaccionales que regulan la conducta de los miembros de la familia, mismas que van a intervenir en la dinámica familiar, repercutiendo en el tipo de relaciones e interacciones que se den entre los diferentes miembros que conforman a dicha familia, incluyendo factores o elementos que tengan que ver como los intereses propios, necesidades personales, la propia personalidad de cada uno de los integrantes, entre otros.

Desde el punto de vista de la terapia estructural de la familia, Minuchin (1985) considera que ésta se encuentra conformada por un conjunto de elementos, con funciones y atributos propios, e interacciones múltiples entre todos y cada uno de los cuales van a estar en constante interacción e influencia. Este sistema está compuesto por personas relacionadas entre sí, cuyas pautas de interacción forman subsistemas: marital, paternal, fraternal y los cuales forman parte a su vez de una sistema mayor llamado sociedad.

Ackerman (1994), considero a la familia como una unidad y célula básica de la sociedad, y como una de las instituciones más antiguas que pueda haber en la especie humana, así como el núcleo de convivencia más antiguo que existe.

La familia es el primer grupo en el cual nos desarrollamos y convivimos, de manera que es el primer agente de socialización en el cual un individuo tiene su primer vínculo, o contacto de relación socio-afectiva que se da entre madre e hijo o cualquier otro “cuidador primario”, que se haga cargo de la educación y crianza del niño a partir de su nacimiento, de tal manera ella o ellos van moldeando y adaptando la conducta del bebé, por medio de procesos de aprendizaje.

## **2.2 Tipos de familia**

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado del proceso de evolución, la forma de la familia se ha ido amoldando a las condiciones de vida que dominan ya sea el lugar donde se establecen, el tiempo y las circunstancias en el cual se estén desarrollando, etc. Debido a estos grandes cambios, ajustes y evolución que ha venido teniendo la familia, pero sobre todo la sociedad en la que vivimos actualmente, se han dado gran variedad y serie de conformaciones con respecto a los diferentes tipos de familia, dentro de los cuales podemos encontrar los siguientes:

- a) **Nuclear:** Este tipo de familias se componen por dos personas que comparten un proyecto de vida, en el cual generan fuertes sentimientos de pertenencia al grupo, hay un compromiso personal entre los miembros y son intensas las relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Inicialmente dos adultos concentran esas intensas relaciones en el plano afectivo, sexual y relacional. A la llegada de los hijos el núcleo familiar se hace más complejo, surgiendo nuevas responsabilidades de crianza y socialización de los nuevos miembros. Dentro de la familia nuclear se encuentran los tres subsistemas de relaciones familiares, adulto-adulto (entre la pareja), adulto-niño (entre padres e hijos), y niño-niño (entre hermanos) (Mendoza, 2004).

- b) **Extensa:** Este tipo de familia está conformada hasta por tres generaciones: los abuelos paternos y maternos, los hijos de estos abuelos, constituidos por los respectivos cónyuges, los hijos de la procreación de ambos cónyuges, así como los hijos de los respectivos hermanos de dichos cónyuges. Todos estos dando origen a los tíos, abuelos, sobrinos, primos y otros familiares cercanos, que abarquen hasta tres generaciones y que puedan llegar a tener o no cierta influencia sobre la familia nuclear de origen. Las familias extensas también pueden formarse cuando las familias nucleares se separan o se divorcian, los hijos de estos rompimientos buscan apoyo para su estabilización emocional en los abuelos, tíos, etc., (Suarez, 2002; Mendoza, 2004).
- c) **Monoparental:** Las familias monoparentales son las que por algún motivo los hijos quedan al cuidado solamente de uno de los progenitores, las causas pueden ser diversas por ejemplo: viudez, divorcio, separación, abandono de alguno de los padres o de las personas que deciden ser madres o padres solteros (Zingman, 1996).
- d) **Ensambladas o expandidas:** Son las constituidas a partir de un segundo matrimonio, es decir los segundos matrimonios se realizan a partir de personas que quedan viudas, separadas o divorciadas, constituyendo su nueva familia a partir de los hijos que cada uno de las parejas tuvo por su cuenta. Reestructurándose y conformándose la nueva familia con los hijos que se hayan tenido con anterioridad, y los nuevos que pudieran venir de la nueva unión familiar (Suarez, 2002).

### **2.3 Función de la familia.**

La familia cumple con ciertas funciones, las cuales son:

- ◆ Promover la supervivencia de sus miembros a través de la satisfacción de necesidades básicas, como son: alimento, techo, protección, cuidados, abrigo, necesidades de higiene, salud física y mental, además de proporcionar una educación a los hijos (Escardo, 1974; Gracia y Musitu, 2000).
- ◆ Satisfacer las necesidades emocionales básicas; para que el niño pueda irse desarrollando de manera saludable hablando en términos psicológicos, la familia o persona encargada del cuidado será la responsable de ir creando un ambiente emocional agradable y seguro, lo cual favorece un adecuado desarrollo de la identidad, autoestima, individualidad e independencia del niño, a la par es necesario ir estableciendo límites y obligaciones (Ackerman, 1994; Escardo, 1974).
- ◆ La familia se encarga de proveer los primeros modelos de identificación psicosexual, el niño a través de modelos familiares femeninos y masculinos representados por figuras muy significativas en la familia, irá identificando su sexo y su género, posteriormente el niño se expondrá a otros modelos de identificación psicosexual, en la escuela, en la sociedad, en medios masivos de comunicación, etc., (Giraldo, 2002).
- ◆ Determinar la actitud que el hombre manifieste frente a la sociedad. Por medio de la familia se van a transmitir toda la serie de modelos, valores, normas sociales y patrones de conducta, correspondientes a una sociedad específica y todos estos factores que se van a ir arraigando desde etapas tempranas en el niño, para posteriormente determinar la forma de

adaptación de éste al medio (Ackerman, 1994; Escardo, 1974; Gracia y Musitu, 2000).

- ◆ Lograr el principio de continuidad social y de la conservación de las tradiciones humanas, a través del fomento de las tradiciones humanas se va a procurar la conservación de la civilización (Ackerman, 1994; Soifer, 1979).

Ackerman (1994), opina que la familia se forma a través de vínculos biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Por su parte Giraud (1982), menciona las principales funciones que se deben de cumplir en la familia dentro de las que se encuentran las siguientes:

- ❖ *La función biológica de la familia:* Se considera que la familia es el lugar prioritario tanto para la reproducción como para el mantenimiento de la vida en los grupos humanos. La familia es el escenario en donde encontramos todos los ciclos biológicos de la vida de un ser humano, es el lugar en donde se nace, se crece, se vive, se reproduce, se envejece y se muere.
- ❖ *El papel social de la familia:* Como sabemos la familia es la base de la socialización, del control social, del pilar de las relaciones sociales, basándose casi siempre en los lazos de parentesco.
- ❖ *La función económica de la familia:* Su organización y la manera en que se distribuyen sus recursos económicos, va a depender mucho de su planeación y estructura familiar. Se podría decir que el modo de producción familiar o doméstico, coexiste con respecto al sistema de producción en la sociedad.

- ❖ *El aspecto cultural:* En la familia se va dando un tipo de comportamiento social, de formas de pensar, de sentimientos, normas y valores morales ideológicos, una forma de pensar y de ver la vida, dependiendo de la cultura en que se esté inmerso.

Ackerman (1994), menciona que los primeros años de vida del bebé, se comparten dentro de la familia de origen, por lo tanto considera que dentro de las funciones sociales básicas que cumple la familia se encuentran:

- ψ La provisión de alimento, abrigo, y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen de protección ante peligros externos.
- ψ Provisión de unión social, para el desarrollo del afecto y de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- ψ Brindar la oportunidad para poder desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; lo que proporciona la identidad psíquica y la fuerza para poder enfrentar experiencias nuevas que puedan presentarse a lo largo de la vida.
- ψ Fomentar el desenvolvimiento de los roles sexuales, de manera que se vaya preparando para la madurez y la realización sexual plena.
- ψ Prepara la integración a la sociedad, así como la aceptación de los roles sociales.
- ψ Fomentar el aprendizaje y apoyar la creatividad e iniciativa individual.

Soifer (1979), explica cuáles son los propósitos específicos que se deben de cumplir dentro del núcleo familiar:

- \* Defender la vida humana a través de la procreación.
- \* Favorecer la salud física y mental de sus integrantes.
- \* Introyectar valores éticos y morales.
- \* Asegurar la inserción en la sociedad, dando solidez a los bienes sociales.
- \* Favorecer la producción ética, intelectual y artística.
- \* Promover el desarrollo y educación de los hijos.

Soifer (1979), menciona cuales serían las enseñanzas esenciales a las que toda familia debería de avocarse, estas son las siguientes: el cuidado físico, las relaciones familiares, la actividad productiva y recreativa, el aprendizaje escolar, las relaciones sociales, la inserción laboral, las relaciones sentimentales y la formación y consolidación de un nuevo hogar. La autora habla de enseñanzas que se deben tener en casa, dentro de las cuales se tiene que estar muy pendiente de todos los cuidados y atención a las necesidades, que tengan que ver con la preservación de la salud tanto física, como mental, promoción de conductas relacionadas con el aseo y la higiene personal, con la alimentación, el control de esfínteres, la locomoción y la prevención de accidentes, entre otras.

Con respecto a la enseñanza de las relaciones familiares, así como sociales, Soifer (1979) hace referencia a que es muy importante la labor que desempeñan los padres de familia, en cuanto a poder brindarles a sus hijos todos los elementos necesarios para que se enseñen a compartir y a ser más solidarios, con todos los integrantes que conforman a esa familia, y el hecho de poder tener la oportunidad de convivir con demás familiares como son tíos, abuelos, primos, etc., les ayuda a aprender a ser más tolerantes y a mantener nuevas formas de relación.

Minuchin (1985), nos habla de dos funciones elementales que se deben cubrir dentro del seno familiar:

1. La protección psicosocial de sus miembros. (interna).

Se dice que en todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad, que a su vez este posee dos elementos:

- El sentimiento de identidad de cada miembro: el cual se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica y cada familia o tronco familiar, tiene sus características propias que la van a distinguir de otras familias.

- El sentido de separación e individuación: éste se logra a través de la participación de diferentes subsistemas familiares, tanto dentro como fuera de la familia y en diferentes contextos.

## 2. La acomodación y la transmisión de una cultura. (externa).

Si bien, la familia es el principal medio a través del cual se van a transmitir toda la serie de valores y normas socioculturales, sus miembros deberán aprender a recibir y adaptarse a la sociedad, para garantizar de alguna forma la continuidad de su cultura.

Desde otra perspectiva Núñez (2007), divide a las funciones familiares en dos: materna y paterna, considerando que estas pueden ser ejercidas ya sea por ambos padres, por uno de ellos o por personas sustitutas. La función materna está relacionada con actitudes de cuidados físicos y emocionales básicamente, mientras que la función paterna se asocia con las actitudes que posibilitan el orden dentro de la familia, favoreciendo el desprendimiento, la independencia y la separación del hijo, primero de la madre y después de la familia.

### **2.4 Función de los padres.**

Esteinou (2004), señala que los padres deben de cubrir tres grandes áreas en el transcurso del desarrollo de los hijos: la crianza, educación y socialización de los hijos.

1. *Crianza*: ésta se refiere a toda clase de atención y cuidados físicos y emocionales cotidianos, que los padres deben de tener con sus hijos tales como: darles de comer, estar atentos de sus necesidades básicas, de su crecimiento y desarrollo personal, de su higiene, de sus salud física y mental, así como de sus éxitos, intereses o fracasos, es decir todo lo que conforma y tiene que ver con su vida personal.



2. *Educación:* básicamente es el establecimiento de los límites que constituirán los padres o las figuras de autoridad y los cuales tienen que ser muy claros y bien definidos, ya que serán las reglas que marcarán la forma en que se desenvolverán todos los integrantes de la familia.
  
3. *Socialización:* Proporcionarle al niño toda serie de recursos afectivos y emocionales, así como la transmisión de normas y valores sociales para su adecuado desarrollo y adaptación al medio.

#### **2.4.1 Función del padre**

Desde la antigüedad se ha considerado al padre como el principal proveedor de recursos económicos en el hogar, era quien llevaba a cabo la autoridad además de tener muy poca participación en la crianza de los hijos, lo cual quiere decir que desde tiempos remotos ha sido el padre al que se le ha otorgado el poder de salir a la calle y proveer el alimento, mientras que la madre era la encargada de quedarse al cuidado y atención de la casa y de los hijos.

Actualmente debido a la liberación femenina las cosas se han ido modificando, el principal medio de cambio ha sido su incorporación al medio laboral en donde sus intereses ya no giran únicamente alrededor del cuidado y atención del cónyuge, los hijos y el hogar, si no que se ocupa también de su superación y desarrollo personal. Por tal motivo ambos padres se han visto en la necesidad de hacer un reajuste y acomodo, en cuanto a los roles familiares que fueron otorgados desde antaño, redistribuyendo las actividades dentro del hogar y del cuidado y atención de los hijos.

Ahora entre los dos es que se decide de manera conjunta, poner límites y establecer las normas de autoridad o reglas, que desean que rijan su hogar para la educación de sus hijos (Soifer, 1979). Como dice Escardo (1974): "Ante todas

las situaciones, el padre será una imagen fuerte, protectora y guiadora en el niño”, aunque en la actualidad la madre también puede cumplir con ésta función.

### *Identificación sexual.*

Se considera, que tanto el padre como la madre juegan un papel muy importante en el desarrollo de la identificación sexual en los hijos, esto quiere decir que a través de la imagen o el ejemplo que estos den a sus hijos, del refuerzo a cada uno de los roles correspondientes y de la convivencia cotidiana, los niños van a ir identificando su propio rol sexual (masculino y femenino), adoptados por dichos padres.

Según Santrock (2003), dice que la identidad de género es “La adopción que hace un niño de las características, creencias, actitudes, valores y comportamientos de otra persona o grupo”. Los niños escogen varios rasgos que caracterizan la personalidad de sus padres y junto con su herencia y experiencias que tengan del medio ambiente, van a ir formando tanto su propia identidad como su personalidad.

Kohlberg (1992), en su teoría cognoscitiva del desarrollo humano menciona que la identidad de género es: “La conciencia de ser hombre o mujer”. Considera, que un niño (a) aprende a distinguir y/o hacer conciencia acerca del género al cual pertenece, alrededor de los dos años de edad y a los tres años el niño ya sabe a qué género pertenece, esto lo va a representar de una manera muy activa, el autor identifico esto como “Constancia o conservación del género”.

### *Socialización.*

Se dice que en la medida en que el niño va creciendo, va aprendiendo a interactuar con el mundo que lo rodea incluyendo la relación con otras personas, a partir del ejemplo y la enseñanza de los medios de socialización inculcados por el padre (Escardo, 1974; Soifer 1979). Stolz (s.f en Peña y Rojas 2010), menciona

que los hijos de padres que están ausentes son menos simpáticos, más tímidos, retraídos y muestran relaciones menos satisfactorias con sus semejantes.

#### *Desarrollo intelectual.*

El tipo y el tiempo de calidad de atención otorgado por parte del padre hacia los hijos, en cuanto a todas las actividades relacionadas con la estimulación y el apoyo con respecto a la escuela, es fundamental para que estos muestren interés y se sientan motivados y apoyados para seguir adelante y aprendiendo. La no aceptación, el rechazo, la ausencia o falta de interés de alguno de los dos padres, con respecto a la educación de los hijos puede afectar el desempeño académico del menor (Soifer, 1979).

#### *Desarrollo emocional.*

Escardo (1974), opina que siempre que un hijo busque a su padre, tiene que encontrarlo psicológicamente hablando, es decir cuando un niño acuda a buscarlo su encuentro tiene que ser siempre positivo y favorable. La compañía y seguridad que pueda brindarle el padre a sus hijos es muy importante para su desarrollo, maduración y equilibrio emocional.

Soifer (1979), menciona que desde los primeros días del recién nacido, le corresponde al padre poco a poco ir abriendo la brecha entre el vínculo tan fuerte que se forma entre la madre y el hijo, tal intervención va ayudar a que la madre se rescate de esa adhesión emocional que tiene con el hijo, quien a su vez también va aprendiendo a separarse de su madre para su futuro y pleno desarrollo físico y mental saludable en el niño.

### **2.4.2 Función de la madre**

Como se ha mencionado, dentro de las labores o funciones que se le han otorgado tradicionalmente a la madre se encuentran todas aquellas que están relacionadas con la limpieza, el mantenimiento y el cuidado del hogar, es la encargada de la supervisión y el cuidado permanente tanto del cónyuge como de los hijos.

Soifer (1979), considera que las funciones principales que tiene la mujer son su capacidad de poder gestar, criar y educar a su hijo. Se cree que la mujer ya nace por lo general con la aptitud o actitud materna de poder ejercer su intuición y comprensión psicológica, convirtiéndola como la principal “reguladora de las emociones en el hogar”. Es decir es ella quien tiene la mayor capacidad y habilidad para reconocer, entender y comprender las emociones, los sentimientos y los problemas que susciten dentro de la familia.

Se dice que compete a la madre, el enseñarle a sus hijos el respeto que deben tener entre hermanos, la elaboración positiva en cuanto a la envidia, la rivalidad, los celos y el egoísmo, que por lo general es muy común que se dé entre ellos.

#### *Identificación sexual.*

Respecto a este punto es muy importante considerar tanto el ejemplo, como la imagen que dé ella misma a sus hijos, la forma en cómo se relaciona con los demás, como encara y resuelve los problemas etc., todo esto va sirviendo de modelo para sus hijos con el cual van a desear o no identificarse con ella en un futuro. También influye en la elección de compañera (o) o pareja, que en algún momento dado busquen los hijos para relacionarse sentimentalmente (Soifer, 1979).

### *Socialización*

Una función importante que tendrá la madre con su hijo (a), es la de fungir como un intermedio y agente de socialización para él mismo, tratando de poder transmitirle todo el bagaje de información y conocimientos, para la enseñanza de valores y normas sociales que van a ir determinando y modelando su conducta, para una mejor adaptación y éxito en sus relaciones interpersonales futuras del hijo (Soifer, 1979).

Si se presentara algún evento que llegara a desorganizar el tipo de vínculo o relación primaria con la madre como por ejemplo: separaciones, divorcio, abandono, etc., serían determinantes o podrían influir en un desarrollo distorsionado y de dificultades, que se pudieran presentar en las relaciones personales futuras.

### *Educación*

Se podría decir que el primer contacto en cuanto a la educación en el niño y que funge como maestro es la madre. Es importante considerar las enseñanzas que a través de la escuela y de los maestros reciba el hijo, para que la madre sólo sirva como supervisora proporcionando apoyo constante.

Es a través de ella que se van a asentar las bases de la disciplina en la práctica cotidiana y en su casa, el niño tendrá que aprender, aceptar y obedecer, para que esta función pueda llevarse a cabo, debe estar respaldada por el padre con una actitud de apoyo hacia la madre (Soifer, 1979).

### *Afecto*

Para poder lograr una óptima maduración del niño en su vida futura, es importante considerar el primer vínculo de relación socio-afectivo que se establece entre la madre y el hijo desde el momento de su nacimiento. La madre representa el primer "objeto de amor" que tiene el niño, es de ella quien recibe las primeras

muestras de cariño, es la primera persona en la cual el niño (a) puede depositar toda su confianza, además de recibir toda la seguridad, protección y sensibilidad que el niño necesite (Bowlby, 1986; Escardo, 1974; Soifer, 1979).

### **2.4.3 Función de los hijos**

El niño que se encuentra inmerso en el seno de su familia, no sólo se encuentra en carácter de beneficiario sino que también tiene deberes y obligaciones, aunque tales deberes no le conciernen como persona en singular puesto que aún carece de responsabilidad, éstas si le pertenecen funcionalmente, en cuanto que forma parte de una unidad social preestablecida como la familia (Escardo, 1974).

Este mismo autor plantea que la obligación básica del niño, consiste también en respetar absolutamente los límites de los campos funcionales intrafamiliares, para lo cual debe permanecer siempre en la función del hijo, sin interferir en las funciones interconyugales ni en la vida personal de cada uno de sus padres, debe ser capaz de compartir sin desniveles el afecto tanto a la madre como al padre y los hermanos.

La función principal de un hijo es la de aprender, obedecer y respetar a los padres, Soifer (1979) nos dice que aprender significa: “Aceptar el modelo propuesto y recrearlo, cumpliendo los pasos de la experimentación, el error y la rectificación”.

### **2.5 Familias funcionales y disfuncionales.**

Al hablar de cualquiera de estos tipos de familias, es importante tomar en cuenta todos los factores que pueden intervenir, en cuanto al modo de actuar o interrelacionarse entre todos los integrantes que la conforman, dentro de estos factores podemos encontrar problemas personales, sociales, económicos, laborales, profesionales, etc., periodos de crisis o momentos difíciles por los que esté pasando la familia.

Lo verdaderamente importante es poder evaluar que tanta consistencia tienen las familias a la hora de convivir y relacionarse, para así poder ser diferenciadas dentro de una familia funcional o disfuncional, también es importante considerar y ver qué tipo de relación es la que se establece dentro de la dinámica familiar que se maneje.

### Familias Funcionales

Zingman (1996), menciona algunas de las principales características de una familia funcional:

- ❖ Dentro del sistema familiar todos los roles, las funciones y el lugar que ocupa cada miembro que conforma a la familia, debe ser respetado y estar bien delimitado y especificado, lo cual favorece a que el papel que cumple cada individuo pueda llevarse a cabo de la mejor manera.
- ❖ Debe haber un clima o medio ambiente familiar emocional abierto, positivo, de espontaneidad y de poder compartir todo lo bueno, lo malo y lo doloroso que pudiera suceder, aunque puedan llegar a existir diferencias, enojos, problemas, desilusiones, etc., ante todo debe predominar siempre el amor, el respeto, el apoyo y la comprensión.
- ❖ En cuanto al aspecto emocional, los padres que se llevan bien con sus hijos lo logran a través de un buen acercamiento y un adecuado intercambio emocional, esto quiere decir que están al pendiente de sus intereses, necesidades, logros y fracasos, se valoran y se respetan mutuamente sus espacios y sus trabajos, pero al mismo tiempo buscan momentos para poder tener un acercamiento, intercambio y encuentro familiar.

- ❖ Se tiene una unión sana entre los integrantes, no se les ve ni se les trata como objetos o como personas ajenas a la familia, son respetados en su esencia e individualidad.
- ❖ La comunicación se lleva a cabo por medio de mensajes claros y coherentes predominando el diálogo, por lo que pueden ser muy bien escuchados y escuchar, debe haber un espacio para poder escuchar las diferencias y las discusiones, las cuales tienen que ser respetadas.
- ❖ Estas familias buscan el crecimiento y desenvolvimiento con el medio exterior, fomentando todo tipo de intercambios externos, conocen bien con qué tipo de gente se relacionan los miembros de la misma familia, también reciben e intercambian relaciones con otros miembros, amigos y conocidos del exterior.

Satir (2002), hace una diferenciación acerca de las familias nutridoras y las conflictivas. Las familias nutridoras se caracterizan por ser proveedoras de autoestima, existe una comunicación clara, abierta y directa inmersa en un diálogo positivo. Hay un medio ambiente familiar agradable, con armonía y fluidez en sus relaciones, son familias que tienen límites claros y reglas bien establecidas, la mayor parte de las normas se han hablado, negociado y son explícitas.

Los padres se consideran guías y no jefes, cuando hay calma se refiere a una calma pacífica, no a la quietud que provoca el miedo y la cautela, mientras que cuando hay ruido es el de una actividad significativa y no el ruido que provoca una agresión, en conclusión es un hogar lleno de luz, alegría y color (Satir, 2002).

Casi en todos los casos las familias funcionales forman seres humanos felices, responsables y comprometidos con lo que hacen, personas que pueden amar y luchar por lo que quieren, disfrutan de la vida y de sus relaciones familiares.



## Familias disfuncionales

Este tipo de familias se caracterizan por establecer límites y reglas muy rígidas, además de que casi nunca admiten algún tipo de cambio dentro de la familia, existe mucho control entre sus miembros ya sea por amenazas, intimidaciones o miedo, de manera que sus encuentros suelen ser dolorosos. También hay familias disfuncionales en donde las normas están ausentes y el llevarlas o no acabar depende del estado de ánimo, de las condiciones o circunstancias que se estén viviendo (Polanco, 2013).

Ante la necesidad de adaptación continua, la familia debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y con flexibilidad para movilizarlas, de tal manera que pueda cambiar de acuerdo con las demandas externas e internas. Cuando la familia no cuenta con los elementos necesarios para el cambio y la adaptación, pueden presentarse dos tipos de relación que provocan problemas familiares, los cuales tienen una relación directa con la claridad de los límites en el interior de una familia; estos dos extremos del funcionamiento de los límites son el aglutinamiento y el desligamiento (Minuchin, 1985)

Según Minuchin (1985), los problemas en la estructura familiar surgen ante las siguientes circunstancias:

- Conflicto de pertenencia a los subsistemas (dificultada en el subsistema conyugal, parental, filial).
- Disfunción de las fronteras (cuando el subsistema de padres eleva al subsistema de hijos a su mismo nivel).
- Trastornos en la relación de la familia con el entorno (fronteras).
- Reacción inadecuada, exagerada o insuficiente.

Polanco (2013), menciona que existen relaciones de “oposición o polarizadas” entre sus miembros, como dominante-sometido, hay una ruptura de las barreras generacionales por lo que no están claros los lugares y funciones que ejerce cada

integrante de la familia, no hay límites claros ni diferenciados, son familias en donde los hijos pueden asumir el doble rol de “padres y de hijos”, esto se relaciona ampliamente con lo antes mencionado por Minuchin.

La comunicación que se da en este tipo de familias es indirecta, vaga o incluso inexistente. No se pueden comentar las contradicciones ni cuestionarlas, hay familias en donde la comunicación es tan caótica que todos hablan a la vez y nadie escucha lo que el otro dijo, en lugar de haber un diálogo hay un monólogo (Polanco, 2013).

Estas familias tiene una gran dificultad para poder aceptar cambios, pérdidas o separaciones y aunque parezca curioso a pesar de ser tan rígidas, son muy frágiles antes cualquier cambio. Por la misma razón de ser familias tan cerradas tienden a ser aglutinadas, se mueven como un sistema con un muy escaso intercambio con el exterior, a sus miembros les cuesta mucho trabajo socializar con el mundo externo, mientras más sobrecargadas están las relaciones dentro de la familia, más empobrecidas están con el afuera (Polanco, 2013).

Se puede llegar a la conclusión como menciona Satir (2002), que las familias disfuncionales o conflictivas, crean individuos que se encuentran poco satisfechos con su vida y con la vida familiar en el momento actual, no se sienten entre amigos ni entre personas que se quieran o en las que puedan confiar, a los integrantes de estas familias no les importa formar parte del grupo.

## ***2.6 La familia de los esquizofrénicos***

Es importante tomar en cuenta que el estudio de estas familias tiene como raíz el concepto de que el paciente sólo es un síntoma de la patología familiar, guardando una estrecha relación con la existencia de alguna psicopatología en alguno de los padres, se considera que el enfermo mental es un exponente de las tensiones que se dan dentro de la familia, este concepto es muy importante ya que

deja ver a la enfermedad como algo más que sólo el resultado de procesos fisiopatológicos (Jackson, 1980).

Estudios de la terapia familiar han podido cambiar el concepto que se tenía del paciente esquizofrénico como víctima pasiva, describiendo la capacidad de ésta persona para poder controlar el destino de la familia, también se ha hablado de las recompensas que obtiene el paciente al desempeñar el papel del miembro enfermo de la familia (Boszormenyi-Nagi, 1991).

Las aproximaciones con respecto a la influencia que tiene el ambiente familiar en el paciente esquizofrénico, han evolucionado de tener un papel etiopatogénico hasta convertirse en un factor útil en el tratamiento. Levy (1943, en Boszormenyi-Nagi, 1991), introdujo el concepto de la madre sobreprotectora, la cual aun durante la adultez del paciente, lo infantilizaba y le impedía su independencia; postuló que existía un rasgo patógeno en la madre y la conducta perturbada de los hijos.

Fromm-Reichmann (1948, en Benítez, Chávez, y Ontiveros, 2005), describió a la madre esquizofrenogénica, la cual era agresiva, con trato poco amoroso, distante, dominante, insegura, hostil y amenazante, mientras que al padre lo describió como inadecuado, pasivo y más bien indiferente.

Otro grupo de investigadores norteamericanos encabezados por Theodore Lidz (1957, en Benítez *et al.*, 2005) describieron el ambiente hostil del paciente esquizofrénico, en el que uno de los padres se disputaba el dominio del hogar imponiéndose sin dar a los demás la más mínima posibilidad de discusión (marital skew) o bien, compiten para tener la autoridad familiar la cual puede ser ostentado por un marido rígido, dominante, violento, o bien por una mujer que trata de anular a su esposo con el fin de afianzar su propio dominio, fracasando al cumplir con sus roles complementarios (marital schism).

Bateson (1956, en Broustra, 1979) trata de explicar la génesis de esta psicosis por un trastorno fundamental en la comunicación en el seno de la familia, Bateson habla acerca de la teoría del doble vínculo, se trata de un trastorno de la comunicación observado con mucha frecuencia en las familias de esquizofrénicos.

Este doble vínculo se refiere a una situación contradictoria que se da entre dos personas que tiene relaciones intensas y continuas, estas situaciones si no son permanentes si son muy repetitivas, comienzan desde la primera infancia del sujeto. El doble vínculo define una situación absurda sin salida posible, en todos los casos existe una advertencia negativa primaria que puede ser una amenaza de castigo o de abandono, en contradicción con una advertencia negativa secundaria y menos explícita, a lo que le sigue por último una advertencia negativa terciaria que priva al sujeto de toda solución posible, invalidando su conflicto y considerándolo sin objeto (Broustra, 1979).

Las familias con pacientes esquizofrénicos son en la mayoría de los casos familias disfuncionales, ya que bajo tensión incrementan la rigidez de sus pautas y límites evitando o resistiendo a nuevas formas de interacción. Este tipo de familias bajo circunstancias en las que los pacientes están en crisis y las saca de su homeostasis, intentan actuar de alguna manera y en ocasiones modifican ciertas pautas de conducta; sin embargo estas movilizaciones también son disfuncionales, por lo tanto las familias son ineficientes para la resolución de problemas (Barrios y Cortés, 2003).

Castilla (1998), realizó varias investigaciones demostrando que las familias de pacientes esquizofrénicos están sobrecargadas, lo cual quiere decir que cuentan con un grado elevado de estrés por la difícil y dura función de cuidar al paciente.

Estas familias se diferencian de las no patológicas, sobre todo en su capacidad para tolerar y superar la tensión, algunas están tan poco integradas que la menor desviación por parte de un miembro amenaza a la familia con su disolución,

trastornando las relaciones familiares a tal punto que es imposible relacionarse de manera armoniosa. En otras familias el desviado cumple con la función integradora, Ackerman (1958) cita a Vogel y Bell quienes mencionan que el hijo esquizofrénico permite a la familia mantener su unidad; es conveniente que la familia intervenga de manera importante en el tratamiento de estos pacientes (Barrios y Cortés, 2003).

Dentro de las condiciones familiares del desarrollo de la esquizofrenia, se pueden identificar configuraciones significativas con dispositivos comunes, en primer lugar aparece la “insularidad familiar”, ella explica el carácter cerrado y de escaso intercambio con el exterior que tienen estas familias, por lo regular siempre atrincheradas en un discurso aparentemente muy unido, en estas condiciones el sujeto no se percata de las agresiones dentro de la familia, por lo cual el peligro provendrá siempre del exterior (Demangeat y Barges, 1972, en Broustra, 1979).

El siguiente punto registrado en estas familias, es la existencia de una tiranía ejercida por el integrante que posea mayor capacidad de intimidación sobre las expresiones espontáneas de los demás miembros, es ejercida bajo un aspecto engañoso de actitudes benévolas. Esta tiranía puede tener varias acepciones:

- ❖ El Re-bis o tiranía que es frecuentemente materna, la cual prohíbe al niño cualquier manifestación posible de autonomía, situación que perdurará hasta su vida adulta.
- ❖ La confusión basada en exhortaciones contradictorias, de manera que el sujeto y su familia se ven entrelazados en un nexo que mantiene al conjunto de estas personas en un clima de angustia e infelicidad.

Demangeat y Barges (1972, en Broustra, 1979), hablan de tres periodos familiares sucesivos en el desarrollo de la esquizofrenia:

1. *La era de las catástrofes:* esta se refiere a la cantidad de sucesos o circunstancias difíciles por las cuales paso un sujeto que llega a esquizofrénico, desde su concepción, el nacimiento o sus primeros años de infancia.
2. *La era de la sumisión:* el niño es notablemente prudente, su carácter tranquilo y apartado de los demás, crea una satisfacción en la madre de haber logrado hacerlo dependiente.
3. *La era de la rebelión:* muy comúnmente simultánea a la aparición de los delirios. El sujeto se vuelve primero malo y luego “loco”, los delirios aparecen con frecuencia fuera del recinto familiar.

Como se mencionó anteriormente las familias de esquizofrénicos son en su mayoría disfuncionales, observando en ellas pautas de comportamiento y de comunicación muy rígidas, dando lugar a conflictos entre sus integrantes. Es importante considerar la influencia que tiene el ambiente familiar en el paciente esquizofrénico, ya que este puede repercutir tanto en el tratamiento como en el curso de la enfermedad.

## **CAPÍTULO 3. EMOCIÓN EXPRESADA**

Para poder hablar acerca del constructo de emoción expresada (EE), es importante comenzar por describir qué es emoción en el comportamiento humano, de manera que pueda dejarse más claro el término de EE.

### ***3.1 Definición de emoción***

Las emociones poseen un valor adaptativo y juegan un papel fundamental en la vida de los seres humanos, por esta razón han sido motivo de estudio en el campo de la psicología. Existe una diversidad de descripciones en cuanto a la definición de la emoción, por lo cual resulta un tanto complicado quedarse sólo con una de ellas. Chóliz (2005), define a la emoción como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.

Campos, Campos y Barret (1989), mencionan que las emociones son procesos que sirven para establecer, romper o mantener, relaciones entre el individuo y su ambiente ya sea interno o externo, siempre y cuando dichas relaciones sean significativas para el individuo. Teorías similares postulan que una función esencial del sistema de respuesta emocional, se da por medio de estímulos medioambientales y las respuestas conductuales, evaluando eventos para el bienestar o valoración de metas (Roseman, 1991).

De acuerdo con investigaciones llevadas a cabo por Frijda (1993), la emoción es un fenómeno multifacético, de manera que incluye varios procesos tales como la evaluación de un determinado evento, expresiones faciales, respuestas corporales, estados de humor, tendencias de acción y estrategias de afrontamiento.

Palmero y Fernández-Abascal (1988), consideran que las personas tenemos emociones porque nos son útiles y adaptativas. El papel adaptativo de las

emociones no se limita a simples reacciones para sobrevivir, sino que las emociones son un proceso complejo y responsable de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica, con claras repercusiones en la salud y el bienestar de un individuo. Sin embargo, en algunas ocasiones las emociones pueden jugar un papel que perjudica el de la adaptación, contribuyendo a que se pueda quebrantar la salud y el ajuste emocional de las personas.

Según estos autores la emoción es un concepto que utiliza la psicología para describir y explicar los efectos producidos por un proceso multidimensional, encargado del análisis de situaciones especialmente significativas, la interpretación subjetiva de las mismas en función de la historia personal, la expresión emocional o comunicación de todo el proceso, la preparación para la acción o movilización de comportamiento y los cambios en la actividad fisiológica.

Heller (1980 en Díaz y Flores, 2001), propuso una clasificación de los sentimientos en impulsivos (como los instintos), orientativos (de cara a la voluntad), emociones (cognitivo-situacionales que varían con las circunstancias), afectos (sexual, miedo, vergüenza, alegría, tristeza), el talante, las pasiones, los sentimientos del carácter, o la personalidad y las predisposiciones emocionales.

El tono emocional depende de las condiciones del sistema nervioso, cuando el tono emotivo es normal; es decir cuando los acontecimientos o fenómenos que recoge la sensibilidad no tienen una repercusión en el sistema nervioso de un modo exagerado, las funciones orgánicas y psíquicas están equilibradas, el ánimo es tranquilo y ecuánime, de manera que no se producen cambios bruscos ni sobresaltos. Sin embargo, cuando la tensión emotiva es fuerte y las conmociones del ánimo son violentas, las emociones actúan sobre las funciones orgánicas y psíquicas excitando o deprimiendo sensiblemente su actividad. La baja tensión que hay en el sistema nervioso debido a estas situaciones produce un choque lento, retardado y grave, esto puede manifestarse como apatía, indolencia afectiva e indiferencia, lo cual puede llegar a crear un tono emocional crónico donde



siempre existe una desproporción entre la causa que motiva la emoción y el afecto que lo produce (Roseman, 1984)

Puede decirse que las emociones son el resultado de la valoración de eventos, con respecto a las implicaciones que estos puedan tener en cuanto al bienestar o la satisfacción de metas, motivos o inquietudes, las cuales son producto de evaluaciones de los estímulos medioambientales. La mayoría de los investigadores hacen referencia a las valoraciones y a los aspectos medioambientales, a la probabilidad de ocurrencia de algún evento y la organización de nuestra estructura social. Cabe resaltar que como seres humanos todos tenemos una manera distinta de responder a ciertos estímulos, por ejemplo, una situación que sea estresante para alguna persona puede no serlo para otra, en esto radican las diferencias que existen entre los seres humanos.

Es importante mencionar que los familiares de pacientes con esquizofrenia, viven situaciones en donde constantemente se encuentran bajo algún tipo de estrés, ya sea desde el inicio de la enfermedad con el diagnóstico, hasta situaciones en donde ellos no pueden tener el control de las actitudes o comportamientos que puede llegar a tener su paciente, de manera que son más vulnerables a encontrarse bajo situaciones donde las tensiones emotivas son muy fuertes, generándoles sobresaltos en el estado de ánimo, lo cual complica el poder mantener la estabilidad emocional.

### ***3.2 Diferentes tipos de emociones***

A lo largo del tiempo diversos autores se han dado a la tarea de tratar de encontrar una tipología de las emociones, sin embargo y aún con toda la información que las rodea esto no ha sido posible.

Existe la idea de que hay emociones fundamentales o primarias, las cuales inician con rapidez y duran algunos segundos. Aunque no todos los autores están de acuerdo con el número de ellas, la mayoría concuerdan y las reconocen como: la

alegría o felicidad, la aflicción o tristeza, el miedo, el asco, la sorpresa y la ira. Estos investigadores tienen argumentos empíricos que son las expresiones faciales de cada una de las emociones humanas básicas, ya que estas son fácilmente discernibles y se producen ante estímulos similares manifestándose y reconociéndose en todas las culturas. Estas emociones son innatas lo cual nos dice que no son aprendidas (Ekman, 1972; Izard, 1977, en Díaz y Flores, 2001).

Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2001), clasifican las emociones en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras, describiéndolas de la siguiente manera:

- Ψ **Emociones primarias:** se cree que éstas poseen una alta carga genética, presentan respuestas emocionales preorganizadas, y aunque pueden estar modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas.
- Ψ **Emociones secundarias:** éstas emanan de las primarias, se deben en gran medida al desarrollo personal y sus respuestas difieren ampliamente de una persona a otra.
- Ψ **Emociones negativas:** Este tipo de emociones implican sentimientos desagradables y la valoración de la situación como dañina, dando como resultado la movilización de muchos recursos para su afrontamiento; como por ejemplo: el miedo, la ira, la tristeza y el asco.
- Ψ **Emociones positivas:** Al contrario de las negativas éstas implican sentimientos agradables y la valoración de la situación como beneficiosa, tienen una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento, un ejemplo de ellas es la felicidad.
- Ψ **Emociones neutras:** Este tipo de emociones no producen reacciones ni agradables ni desagradables, de manera que no se consideran ni positivas ni negativas, teniendo como finalidad facilitar la aparición de posteriores estados emocionales, por ejemplo la sorpresa.

## **Emociones Primarias**

A partir de los aportes realizados por Marina y López, (1996), Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, (2001), Greenberg, (2000 en Vivas, Gallego, y González, 2007), se presenta a continuación la descripción de algunas emociones:

### *Felicidad*

Estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien, facilita la empatía promoviendo la aparición de conductas altruistas. Contribuye al rendimiento cognitivo, la solución de problemas, la creatividad, el aprendizaje y la memorización. Algunos de los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o los logros, la consecución de los objetivos que se pretenden, etc. Igualmente puede ser producida por la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales, y en la comparación con las demás personas. La felicidad se asocia principalmente a los siguientes términos: jovialidad, contento, triunfo, dicha, alegría, júbilo, entusiasmo, deleite, regocijo, buen humor, gozo, embeleso, entre otros (Vivas, *et al*, 2007).

### *Sorpresa*

Ésta es considerada como la más breve de las emociones, regularmente es causada por algo imprevisto o extraño, como un trueno o una celebración no anunciada. La sorpresa también se da cuando se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso. La función principal de esta emoción, es preparar al individuo para afrontar eficazmente acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias, de manera que esta puede convertirse rápidamente en otra emoción. Se asocian a la sorpresa los siguientes términos: asombro, pasmo, estupefacción, extrañeza, etc., (Vivas, *et al*, 2007).

## *Miedo*

Emoción primaria negativa que se activa por la aparición de un peligro que está presente e inminente, se encuentra muy ligada al estímulo que la genera, ésta emoción es una señal que advierte la aproximación de un daño físico o psicológico. El miedo implica inseguridad respecto a la propia capacidad para afrontar una situación de amenaza y la intensidad de la respuesta emocional del miedo, depende de la incertidumbre sobre el resultado. El miedo es una de las emociones más intensas y desagradables generando aprensión, desasosiego y malestar. Su principal característica es la sensación de tensión nerviosa, preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, habitualmente está acompañada por la sensación de pérdida de control. Otro efecto subjetivo típico es la sensación de cierta tendencia a la acción evitativa. Pueden asociarse al miedo los siguientes términos: alarma, terror, nerviosismo, pánico, tensión, pavor, desasosiego, susto, temor, preocupación, horror y ansiedad (Vivas, *et al*, 2007).

## *Ira*

También es una emoción primaria negativa, se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas, que atentan en contra de valores morales o la libertad personal, situaciones que ejercen un control externo sobre nuestro comportamiento, personas que nos afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales consideramos que se producen tratamientos injustos y el bloqueo de metas (Vivas, *et al*, 2007).

La ira produce sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, va acompañada de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos. Esta emoción a su vez produce una sensación de energía o impulsividad, con una necesidad de actuar física o verbalmente de forma intensa e inmediata para solucionar de forma activa la situación problemática (Vivas, *et al*, 2007).

Es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras que se perciben. Se asocian a ella los siguientes términos: enfado, enojo, malhumor, indignación, amargura, venganza, desprecio, irritación, exasperación, furia, odio, desagrado, cólera, aversión, resentimiento, celos, hostilidad, menosprecio, violencia, rencor, entre otros (Vivas, *et al*, 2007).

### *Tristeza*

Es una emoción que denota pesadumbre o melancolía, se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros; es una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo, cuya satisfacción resulta imposible. Los desencadenantes de la tristeza pueden ser la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso y la decepción, especialmente si se han desvanecido las esperanzas puestas en algo. Los efectos subjetivos se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Se pueden asociar a la tristeza los siguientes términos: pesimismo, pesar, decepción, remordimiento, rechazo, bochorno, sufrimiento, añoranza, depresión, aislamiento, melancolía, vergüenza, abandono, desánimo, infelicidad, desaliento, condolencia (Vivas, *et al*, 2007).

### *Asco*

Es una emoción compleja que implica una respuesta de rechazo a un objeto deteriorado, a un acontecimiento psicológico, o a valores morales repugnantes. Esta respuesta emocional es causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo. Los desencadenantes del asco son los estímulos desagradables, fundamentalmente los químicos, los potencialmente peligrosos o los molestos como por ejemplo, comida descompuesta, olores corporales desagradables, etc. Los efectos subjetivos del asco se caracterizan por la necesidad de evitar o alejarse del estímulo desencadenante (Vivas, *et al*, 2007).

## **Emociones secundarias**

### *Amor/cariño*

Es el afecto que sentimos por otra persona, animal, cosa o idea. La reacción de amor puede implicar dos tipos de reacción: el amor apasionado y el de compañero; el amor apasionado, llamado también “amor obsesivo” o “enamoramiento”, es una emoción intensa que se refiere a un estado de anhelo por la unión con el otro. El amor de compañero, llamado “amor verdadero”, “cariño” o “amor conyugal”, es una emoción menos intensa, que combina sentimientos de profundo cariño, compromiso e intimidad. El procesamiento cognitivo del amor se inicia ante una situación que suele poseer una alta novedad, pero con cierto grado de predictibilidad, este suceso se valora como relevante para el bienestar general y psicológico. Los efectos subjetivos del amor, especialmente del apasionado, son sentimientos que están mezclados con otras experiencias emocionales intensas como la alegría, celos, soledad, tristeza, miedo e ira. Se asocian al amor los siguientes términos: atracción, añoranza, afecto, deseo, ternura, pasión, cariño, compasión, capricho, simpatía, etc., (Vivas, *et al*, 2007).

### *Ansiedad*

Es un estado de agitación, inquietud y zozobra, parecida a la producida por el miedo; sin embargo, la ansiedad es desproporcionalmente intensa con relación a la supuesta peligrosidad del estímulo. Ésta, como todas las emociones es en principio un conjunto de procesos adaptativos y reacciones defensivas innatas que garantizan la supervivencia del individuo. Pero la ansiedad es a su vez, el componente patológico de los llamados “trastornos por ansiedad”, los cuales se relacionan con una reacción de miedo desmedida e inapropiada, también es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprehensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico, además de producir dificultades en el mantenimiento de la atención y la concentración (Vivas, *et al*, 2007).

## *Hostilidad*

Ésta es una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Los desencadenantes de la hostilidad pueden ser la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta, se puede desencadenar cuando percibimos o atribuimos en otras personas hacia nosotros, o hacia personas queridas de nuestro entorno, actitudes de irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelo, etc. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. Los efectos fisiológicos son básicamente similares a los de la ira, pero más moderados en intensidad y, en cambio, más mantenidos en el tiempo (Vivas, *et al*, 2007).

## **Emociones sociales**

Evans (2002), propone incluir una tercera categoría denominada emociones cognoscitivas superiores, las cuales serían menos innatas que las emociones básicas, pero más innatas que las culturalmente específicas. Estas emociones según Evans, son universales porque forman parte de la naturaleza humana y se encuentran más expuestas a la influencia de los pensamientos conscientes, por lo tanto son más susceptibles a la variación cultural, su desarrollo y extinción toman más tiempo que en las emociones básicas. Entre las emociones cognoscitivas superiores se incluyen las siguientes:

- ❖ Vergüenza: emoción negativa desencadenada por una creencia en relación con el propio carácter.
- ❖ Desprecio y odio: emociones negativas desencadenadas por creencias sobre el carácter de otros. (El desprecio lo induce el pensamiento de que el otro es inferior; el odio, el pensamiento de que es malo).
- ❖ Culpa: emoción negativa desencadenada por una creencia sobre la acción de otro.

- ❖ Amor propio o dignidad: emoción positiva provocada por una creencia sobre el propio carácter.
- ❖ Simpatía: emoción positiva provocada por una creencia sobre el carácter de otro.
- ❖ Orgullo: emoción positiva provocada por una creencia sobre la propia acción.
- ❖ Admiración: emoción positiva provocada por una creencia sobre la acción realizada por otro.
- ❖ Envidia: emoción negativa causada por el merecido bien de alguien.
- ❖ Indignación: emoción negativa causada por el bien inmerecido de alguien.
- ❖ Congratulación: emoción positiva causada por el merecido bien de alguien.
- ❖ Compasión: emoción negativa causada por la desgracia no merecida de alguien.

### ***3.3 Antecedentes del constructo Emoción Expresada***

El clima afectivo de las familias con un paciente esquizofrénico ha sido objeto de estudio desde hace varias décadas, teniendo como planteamiento que dentro de estas familias, existen factores estresantes que pueden llegar a influir tanto en la exacerbación y presencia de los síntomas como en las recaídas.

Alrededor de los años 50 George Brown y sus colegas del Instituto de Psiquiatría Social en Londres: Medical Research Council (MRC), iniciaron una serie de investigaciones con el propósito de comprender, que sucedía con los pacientes esquizofrénicos dados de alta, que regresaban a vivir con su familia, donde generalmente los cuidadores responsables son los padres, específicamente trataban de encontrar algunas explicaciones ambientales de recaída (Rascón, Gutiérrez, Valencia y Morow, 2008; Sánchez, 2001).

Brown (1959, en Gutiérrez, 2011), observó que un año tras el alta, el índice de recaídas de jóvenes esquizofrénicos era mayor en aquellos que volvían al hogar paterno, que entre los que vivían solos o con algún hermano. Los datos no se



explicaban totalmente por la severidad anterior de la enfermedad, ni por la duración de ésta, ni por las distintas condiciones clínicas tras el alta. La naturaleza y la frecuencia del contacto "cara a cara", del enfermo con sus padres parecía ser el causante de la recaída (Gutiérrez, 2011; Rascón *et al*, 2008; Sánchez, 2001).

El estudio los llevó a dos resultados: primero que había un nexo muy importante entre la recaída sintomática y el tipo de grupo de convivencia al que el paciente regresaba al salir del hospital, los pacientes que volvían a vivir con sus padres o cónyuge tenían más probabilidad de recaer que los que no lo hacían. Segundo, aquellos pacientes que volvían a vivir con su madre, la recaída dependía en términos de si la madre el paciente o ambos trabajaban fuera del hogar, encontrando que los lazos emocionales más fuertes se relacionaban con un mayor número de ingresos hospitalarios, especialmente cuando el contacto personal con el familiar era por tiempo prologado (Sánchez, 2001).

Estos resultados permitieron considerar si al reducir el efecto del contacto "cara a cara", permitiría combatir la atmósfera adversa que puede vivir el paciente en su propio hogar, tres fuentes de datos apoyaron esta idea:

1. Los pacientes que vivían solos o con algún hermano, recaían con menos frecuencia que los que vivían con sus padres o con algún cónyuge.
2. Aquellos pacientes que cambiaron de grupo familiar tras el alta, debido a una estancia más prolongada en el hospital, recayeron en menor medida que los que volvían a su grupo familiar inicial.
3. Si la madre trabajaba, era índice de mejor pronóstico.

Estos puntos llevaron a la conclusión, de que existen algunas características de las relaciones familiares y conyugales, que no son favorables para el enfermo esquizofrénico (Sánchez, 2001).

Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (1983, en Gutiérrez 2011), afirman que los esquizofrénicos son vulnerables a dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. Ambos tipos de estrés son equivalentes en sus efectos sobre el paciente.

Dentro del estrés crónico, se incluye la Emoción Expresada familiar (EE) que en un inicio fue llamada “Implicación Emocional”, considerada como el mejor predictor de recaída en esquizofrenia que se conoce y que podría caracterizarse, por un estilo comunicativo del familiar con el paciente esquizofrénico, que aunque no genere la enfermedad, influye de manera importante en su curso (Gutiérrez, 2011).

Posteriormente Brown y cols., (1972 en Sánchez, sf), realizaron un estudio en donde por primera vez se describen todas las medidas que componen a la emoción expresada, redefiniendo el término “implicación emocional”, a una forma mucho más operativa cambiando su nombre al de “Emoción Expresada” (EE), depurando las escalas del instrumento presentado por Brown y Rutter (1966, en Sánchez, sf.) y que contemplan cinco aspectos: criticismo, insatisfacción, Hostilidad, sobre implicación emocional y calidez.

De acuerdo con Lemos (1985, en Muela y Godoy, 2001), Brown y sus colaboradores utilizaron una metodología estricta y criterios específicos de calificación, citando y definiendo por primera vez todas las medidas que componen la EE; éstas en un principio eran: criticismo, hostilidad, sobreinvolucramiento emocional o sobreprotección, calidez (comentarios críticos del familiar que bien por su entonación o por su contenido, denotaban sentimientos positivos de afecto hacia el enfermo) y la insatisfacción (expresiones del familiar que denotaban descontento con la actitud del enfermo en áreas como la economía familiar, el cuidado de los hijos o la ayuda en las labores domésticas). Finalmente estas dos últimas categorías fueron excluidas de la formación del índice de EE, por no ser independientes de las otras tres dimensiones, además de que estos componentes muestran el mayor nivel valor predictivo en relación a las recaídas, sobre todo en la esquizofrenia.

Leff y Vaughn (1985 en Muela y Godoy, 2001), realizaron estudios en donde dividieron a familias de esquizofrénicos en EE alta y baja, comprobando que los pacientes que tras el alta hospitalaria retornaban a un hogar de elevada EE, tenían

hasta cuatro veces mayor riesgo de recaída que aquellos que regresan un hogar de baja EE.

Las familias que presentan altos niveles de EE, se caracterizan por ser familiares que presentan alta crítica hacia el paciente, sobreinvolucramiento emocional o sobreprotección y hostilidad, los cuales pueden producir desde una recaída sintomática hasta la hospitalización, en contraste, las familias con bajos niveles no muestran actitudes negativas u hostiles hacia el paciente (Vaughn y Leff, 1976; MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone, 1986).

Kuipers y Bebbington (1988), encontraron que las familias con altos niveles de EE muestran respuestas de enfrentamiento menos afectivas, afectando desfavorablemente al paciente por un ambiente familiar estresante; la EE puede cambiar con el tiempo y suponen que es el reflejo tanto de estresores externos, como de problemas reales del paciente y respuestas de afrontamiento inapropiadas de la familia.

La EE ha sido evaluada en diferentes estudios y de diversas maneras, como principal instrumento de evaluación se encuentra la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI), es semiestructurada y requiere ser grabada, se basa en el contenido y en los atributos vocales, en la entonación de la voz, la velocidad y el grado de excitación, fue desarrollada por Brown y Rutter (1966 en Montero y Ruiz, 1992).

Otro instrumento de medición que toma aspectos de la anterior, es la Muestra del Habla de Cinco Minutos (FMSS por sus siglas en inglés o MH), en esta prueba se le incita al familiar a que hable durante cinco minutos, sobre los pensamientos y sentimientos que el enfermo causa en él, así como de la relación que ambos mantienen; ésta también requiere ser grabada para una mejor codificación (Becerra, 2008).

Un tercer instrumento para medir la EE es el Cuestionario Encuesta-Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), elaborado por Guanilo y Seclén (1993) a

diferencia de las anteriores es autoaplicable y estructurado, sus criterios de calificación son cuantitativos.

Los dos primeros instrumentos están formados por cinco escalas que agrupan las actitudes de los familiares, la crítica, la hostilidad, el sobreinvolucramiento emocional o sobreprotección, la calidez y los comentarios positivos (Leff y Vaughn, 1985); en lo que respecta al CEEE este consta sólo de tres escalas: la crítica, la hostilidad y la sobreprotección o sobreinvolucramiento emocional. (Guanilo y Seclén, 1993). Los resultados que se obtienen de estos instrumentos son calificados en un índice global de alta o baja EE, al igual que cada uno de sus componentes.

Como se puede observar la EE en los familiares tiene una gran relevancia dentro de la mejoría de los pacientes, por lo tanto seguir ahondando al respecto en una población mexicana será de gran importancia, dado que la mayoría de los estudios realizados se han llevado a cabo en otros países.

### **3.4 Definición de Emoción Expresada**

La emoción expresada (EE) refleja el ambiente emocional que se vive en casa, y se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad, y la sobreprotección o el sobreinvolucramiento emocional, que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los familiares, se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes tiempo después de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente, conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas semanales (Rascón *et al.*, 2008).

La EE, constituye un concepto sólido en la investigación sobre la esquizofrenia y se ha convertido en una medida operativa del estrés ambiental (Freeman, 1989 en Zipursky y Schulz, 2003). Es considerada también como una forma de

comunicación del familiar con el enfermo esquizofrénico, en la que el primero vierte Críticas, comentarios Hostiles o muestra actitudes de Sobreinvolucramiento Emocional hacia el paciente (Muela y Godoy, 2001).

La alta EE está asociada a entornos con menos flexibilidad y más coerción y vigilancia, las familias con alta EE muestran menos estrategias efectivas de afrontamiento y sus patrones de interacción se caracterizan por una predisposición a generar conflictos. Los familiares con alta EE presentan pobres habilidades de escucha y tienden a hablar más durante la entrevista familiar, por el contrario, los familiares con baja EE hacen más comentarios positivos, dan más soporte y tienen más habilidades para poder afrontar los conflictos de una mejor manera (García, Moreno, Freund, y Lahera, 2012).

### ***3.5 Definición de los componentes de Emoción Expresada***

La Emoción Expresada se divide en 3 dimensiones: Crítica o criticismo, Hostilidad y Sobreinvolucramiento Emocional o Sobreprotección, los cuales se describen a continuación:

- ψ Crítica o criticismo (CC): La CC es definida como aquellos comentarios críticos o aseveraciones, que por la manera en que son expresados constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta, el comportamiento o la personalidad del individuo a quien se refieren, es una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en contenido como en la entonación de lo dicho (Kuipers y Bebbington, 1988; Leff y Vaughn, 1985 en Rascón, Rascón, Díaz y Valencia, 1998). Para algunos autores la CC hace referencia a la frecuencia de comentarios o declaraciones que indican disgusto, molestia, sentimientos negativos o resentimientos, por una conducta en particular o características de la personalidad del individuo (Bolton, Calam, Barrowelough, Peters, Roberts, Wearden y Morris, 2003; King y Dixon, 1996; Peris y Baker, 2000).

- ψ Hostilidad (H): Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace, es un tipo más extremo de comentario crítico que implica una evaluación negativa generalizada, o un rechazo manifiesto del paciente. Generalmente la Hostilidad se presenta si existe Crítica, no obstante los comentarios críticos pueden variar bastante en intensidad y en el rango de conductas a las que se refieren, ya que un cuidador altamente crítico no es necesariamente hostil, lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y a veces comprender la situación del familiar enfermo (Leff y Vaughn, 1985; Kuipers y Bebbington, 1988 en Rascón *et al.*, 1998).
  
- ψ Sobreprotección o sobreinvolucramiento emocional (SE): éste se puede ver reflejado más comúnmente en los padres que en algún otro familiar, él padre expresa una respuesta emocional exagerada y desproporcionada con respecto al paciente, o tiende a sobreidentificarse con él o ella; este sobreinvolucramiento suele presentarse muy frecuentemente como preocupación, pero tiende a cruzar una línea y se convierte en intrusivo (Hall y Docherty, 2000).

La sobreprotección se basa en criterios que incluyen una respuesta emocional exagerada, se caracteriza por conductas de autosacrificio, intromisión y sobreprotección conductual, todas éstas llevadas al extremo (Bolton *et al.*, 2003; King y Dixon, 1996 en Mora, 2005). Intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, hace referencia a la desesperanza, tristeza, sentimientos de compasión, sobreprotección, etc., el familiar muestra niveles inapropiados de preocupación por el paciente, el cual es visto como menos competente que antes y más vulnerable (Kuipers y Bebbington 1988, en Rascón *et al.*, 2008).

El índice o nivel de EE de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de criticismo o crítica, hostilidad y sobreimplicación emocional o sobreprotección, ya que estos muestran el mayor valor predictivo.

Se ha comprobado que existe una fuerte asociación de los componentes de la EE con las recaídas tanto en un seguimiento a los nueve meses (Brown *et al.*, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976 en Vizcarro y Arévalo, 1987), como a los dos años (Leff y Vaughn, 1981 en Vizcarro y Arévalo, 1987). En estos mismos estudios se ha comprobado que existen algunas variables que pueden modular la relación que existe entre la EE con el pronóstico, como por ejemplo: el sexo, la edad o la relación del paciente con sus familiares (ya que no es lo mismo que sea el hijo o el esposo), las cuales parecen matizar las relaciones observadas entre los niveles de EE y las recaídas (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn *et al.*, 1984 en Vizcarro y Arévalo, 1987).

Se ha encontrado, que la toma regular de los medicamentos como la reducción de la interacción directa del paciente con sus familiares, son factores protectores contra las recaídas cuando el medio familiar es alto en EE. Estos factores también han revelado un efecto beneficioso, para evitar las recaídas de pacientes procedentes de familias de baja EE, en seguimientos más a largo plazo (Vaughn y Leff, 1976; Vaughn *et al.*, 1984; Leff y Vaughn, 1981 en Vizcarro y Arévalo, 1987).

Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (1983 en Vizcarro y Arévalo, 1987), realizaron un estudio en el cual fue posible delimitar, los distintos factores que se consideran importantes en la aparición de las recaídas, estos incluyen: las variables del ambiente familiar recogidas por la EE, el nivel de contacto entre el paciente y el familiar, la ausencia de toma de medicación regular y la aparición de eventos estresantes. Una vez conocidos estos factores es posible modificarlos diseñando intervenciones terapéuticas adecuadas.

Todas las investigaciones que se han llevado a cabo en cuanto a la intervención para la modificación de la EE, han sido evaluadas de manera controlada, lo que permite conocer de modo objetivo su eficacia, la utilidad de sus componentes y su

valor frente a otras formas de tratamiento. Desde este punto es importante resaltar la atención prestada dentro de éstas, al aspecto puramente educativo en el tratamiento, ya que es notable en todas ellas la relevancia que adquiere la educación de los familiares en torno al conocimiento de la esquizofrenia en todas sus facetas, desde la etiología, sintomatología, curso y tratamiento. Esta característica supone un nuevo papel de los familiares ante el tratamiento de la esquizofrenia, eliminando los posibles sentimientos de culpa o vergüenza, que los familiares suelen padecer al tener un miembro esquizofrénico, dejando de ser considerados como agentes tóxicos, para pasar a jugar un papel de suma importancia en la recuperación de sus pacientes (Vizcarro y Arévalo, 1987).

### ***3.6 Antecedentes de la psicoeducación.***

Los procesos de desinstitucionalización de las últimas décadas, han dado lugar a una nueva era en las relaciones terapéuticas entre familiares y profesionales de la salud mental, pasando a ser los familiares de los pacientes un importante recurso terapéutico en el manejo de estas enfermedades. Diversas investigaciones señalan importantes influencias mutuas en cuanto al contexto familiar; entre ellas la Emoción Expresada (EE) como un potente predictor de recaídas sintomáticas.

El mecanismo patogénico de las enfermedades mentales es poco comprendido por los pacientes y su familia, de manera que al conocerlos pueden ser mejores colaboradores en el tratamiento de la enfermedad. Conocer la enfermedad, comprenderla y participar en su atención, parecen ser los pilares básicos de un nuevo modelo del cuidado en salud mental; y es en este punto donde la psicoeducación resulta de gran utilidad en el tratamiento de la misma. Los actuales protocolos de manejo, buscan además de eliminar los síntomas e intervenir en la etiología de la enfermedad, mejorar la funcionalidad, la independencia del paciente, y una mejor calidad de vida en su entorno familiar, social y laboral (López, 2011).



El creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias, al enfrentarse con la enfermedad mental y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, es determinante para el proceso terapéutico de la esquizofrenia. Esto influyó en el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar, de los cuales las intervenciones familiares, conductuales y las psicoeducativas, han sido las más utilizadas e investigadas y las que mejores resultados han producido (Vallina y Lemos, 2000).

Uno de los antecedentes más importantes en el camino de la psicoeducación son los trabajos realizados por Brown, Birley, y Wing, 1972; Leff y Vaughn, 1981; Vaughn y Leff, (1976 en Vallina y Lemos, 2000), al describir la “emoción expresada” (EE). Concepto que como ya se mencionó anteriormente, nació de la observación empírica de interacciones entre esquizofrénicos y sus familiares, encontrando que donde más sobreinvolucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos.

Estos familiares, designados como de alta EE y de alto contacto con los pacientes, fueron objetivos prioritarios de una intervención terapéutica que constó inicialmente de tres elementos: programa educativo, grupo de familiares y sesiones familiares, observando cambios en el ambiente familiar después de su aplicación. En desarrollos posteriores es que se fueron enriqueciendo los programas y ajustando los componentes necesarios, para una intervención familiar más eficaz (Albarrán y Macías, 2007; Vallina y Lemos, 2000).

Cabe señalar que aunque la familia es una parte muy importante en cuanto al curso y pronóstico de los trastornos psiquiátricos, ésta no es la causante de la enfermedad, únicamente tiene influencia en cuanto a la exacerbación de la sintomatología y las recaídas.

El punto de partida del trabajo psicoeducativo, lo constituyeron las necesidades de las familias de los enfermos con esquizofrenia; en la década de los sesenta y

debido al uso reciente de fármacos antipsicóticos para estos enfermos, la ocupación de los hospitales psiquiátricos disminuyó drásticamente, modificando la política de hospitalización que hasta entonces existía, sustituyendo los asilos permanentes de forma paulatina, por propuestas de inserción comunitaria y familiar (López, 2011). Algunos de los pioneros en utilizar el término de “psicoeducación”, fueron los autores Anderson, 1983; Anderson, Griffin, Rossi, Pagonis, Holder, y Trieber, (1986 en Vallina y Lemos, 2000), utilizando este término para referirse a una serie de principios metodológicos.

En la actualidad no basta con tratar de contener la sintomatología del paciente, se considera necesario mejorar su calidad de vida reintegrándolo a su entorno familiar, social y laboral, evitando las recaídas. El nuevo modelo de cuidados para la salud se concentra en conocer la enfermedad, comprenderla y participar en su atención, dando lugar a la psicoeducación.

### ***3.7 Definición de grupo psicoeducativo.***

De acuerdo con Anderson, Douglas y Hogarty (1998), la psicoeducación es un proceso educativo mediante el cual el facilitador, detalla y sintetiza información científica actual y relevante, para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

El concepto de psicoeducación puede definirse también como la aproximación terapéutica, en la cual se proporciona a los familiares de un paciente, información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para el manejo de la enfermedad (Díaz, González, y Varela, 2001; Muela y Godoy, 2006).

En resumen, la psicoeducación procura establecer en los familiares conocimientos acerca del trastorno, la importancia del tratamiento farmacológico y el involucramiento de la familia como principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga un ambiente emocional tranquilo. Se intenta que los

familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo y facilitando la reinserción al medio social.

En cuanto a la esquizofrenia, la psicoeducación tiene como finalidad brindar al familiar responsable, el entrenamiento necesario en cuanto a la solución de problemas, favoreciendo la comunicación entre ellos y tratando de reducir la alta EE o los conflictos que puedan llegar a presentarse. Detectar a familiares con alta EE para poder contribuir a la disminución de la misma, y en la medida de lo posible limitar el contacto “cara a cara” entre familiares y pacientes; apoyándose en el aumento de las redes sociales tanto de los familiares como de los pacientes, tratando también de modificar expectativas no realistas de las familias hacia sus pacientes.

### ***3.8 Principios metodológicos del grupo psicoeducativo.***

Como ya se mencionó anteriormente, diversos autores han estudiado la influencia de la familia en el curso y pronóstico de la esquizofrenia y en general de las enfermedades mentales.

Por lo tanto existen diversas técnicas para la intervención psicoeducativa. Sin embargo, éstas pueden esquematizarse con las siguientes indicaciones: crear una alianza terapéutica promoviendo una relación de apoyo con el paciente y su familiar, proporcionar información necesaria en cuanto a la enfermedad y su manejo, intentar propiciar un ambiente que vincule al paciente con la comunidad, integrar gradualmente al paciente en su rol familiar, y por último dar continuidad en el tratamiento tanto del paciente como de su familia (Albarrán y Macías, 2007).

Todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos básicos: brindar la ayuda necesaria a los familiares del paciente, hacer el reconocimiento de que el ambiente no necesariamente está implicado en la etiología, y finalmente ofrecer a los familiares el reforzamiento de habilidades y competencias (Albarrán y Macías, 2007).

Estos principios se concretan a lo largo de las siguientes fases del tratamiento:

- ❖ Conexión con las familias: estos contactos iniciales de los clínicos con los familiares, contribuyen al establecimiento de un vínculo terapéutico, lo cual se realiza a través de cinco puntos fundamentales que cimientan las bases de todo el proceso terapéutico, estos son: establecer una relación de trabajo con la familia con el objetivo de ayudar al paciente; comprender las problemáticas familiares que puedan llegar a causar estrés, ya sea en el paciente o en el familiar; comprender los recursos que tiene la familia para afrontar la enfermedad destacando los puntos fuertes con que cuenta; establecer reglas; y expectativas del tratamiento mediante metas mutuas y específicas (Vallina y Lemos, 2000).
  
- ❖ Taller psicoeducativo: el cual está basado en la hipótesis, de que la información ayuda a los familiares a adquirir una sensación de control, sobre el proceso que suele ser caótico y a veces ingobernable. Favorece la disminución del miedo, la angustia y la confusión, ayudando a crear un ambiente más controlado y predecible. Permite establecer expectativas y planes realistas para el futuro. El contenido del taller se centra en cuatro elementos: definición de la esquizofrenia y su fenomenología; tratamientos psicosociales y farmacológicos; la familia y la esquizofrenia, necesidades, problemas comunes y acciones de afrontamiento eficaces; y preguntas sobre problemas específicos (Vallina y Lemos, 2000).

- ❖ Reintegración a la sociedad: esta etapa se inicia en el momento del alta y dura hasta que el paciente se centra en los ámbitos laboral y social. Su duración viene determinada por la capacidad del paciente para reasumir responsabilidades en su familia. Las sesiones son individuales, se mantienen de forma periódica, normalmente cada dos semanas, a través del teléfono o por contactos en crisis, insisten en el mantenimiento de la medicación, el establecimiento gradual de metas, el desarrollo de estrategias de convivencia y la detección de señales tempranas de recaída (Vallina y Lemos, 2000).
  
- ❖ Rehabilitación social y profesional: es una continuación de la fase anterior, centrada principalmente en el re-enganche del paciente en actividades sociales y laborales (Vallina y Lemos, 2000).

Estos procedimientos se complementan con el trabajo individual con los pacientes, de forma paralela a las sesiones familiares, y que incluyen entrenamiento en habilidades sociales, manejo de ansiedad y una aproximación cognitiva para los síntomas psicóticos persistentes.

Como se ha revisado la Emoción Expresada en el familiar responsable del paciente esquizofrénico, tiene repercusiones directas en el curso y tratamiento de la enfermedad. Ha sido posible observar que los grupos psicoeducativos contribuyen a tener un mejor conocimiento acerca del trastorno, lo cual ayuda a disminuir los niveles de Emoción Expresada, favoreciendo la relación entre los familiares y el paciente, de manera que éste pueda tener un mejor pronóstico.

## **CAPÍTULO 4. HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

Como se mencionó con anterioridad, la presente investigación fue llevada a cabo en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de manera que conocer acerca de sus antecedentes y de los servicios que ofrece a los usuarios, brinda un panorama más amplio acerca de cómo es que labora y de los resultados que pueden llegar a obtenerse en los pacientes con la intervención.

### ***4.1 Antecedentes***

El primer modelo asistencial para la enfermedad mental en México nació en 1566, fue instituido por un español de nombre Fray Bernardino Álvarez, el cual inició la construcción del hospital de San Hipólito en la ciudad de México, para posteriormente ser reproducido en varios estados de la República (Castañeda y Freyre, 1991).

El 1 de Septiembre de 1910, se inauguró el manicomio general La Castañeda, donde fueron trasladados todos los pacientes que habitaban en otros nosocomios, aquí habitaron hombres, mujeres y niños, quienes sufrieron de iatrogenia e insalubridad. Posteriormente llegaron a México avances farmacológicos que poco a poco permitieron tener un mejor control sobre las enfermedades psiquiátricas, alrededor de los años 50's tanto la introducción de las teorías Freudianas, como los progresos de la psicofarmacología, hicieron que se dejaran de usar varios métodos poco eficaces, y que se usaran otros con mayor precisión, como la terapia electroconvulsiva (Castañeda y Freyre, 1991).

La Castañeda desapareció en el año 1960 pues resultaba insuficiente, se fundaron otros hospitales repartidos a lo largo de la república mexicana, a donde los enfermos fueron trasladados según su diagnóstico. Finalmente en el año 1967 se fundó el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en honor al fundador del

primer hospital destinado a tratar la enfermedad mental (Castañeda y Freyre, 1991).

La desaparición de La Castañeda y la creación de nuevos hospitales, abrió en México una estrategia de modernización del aparato institucional de la salud mental, en donde surgieron hospitales que han ido transformando paulatinamente la concepción amarillista que rodeo a esta disciplina y a las primeras instituciones.

El principal eje de la modernización, lo constituyen: el “Fray Bernardino Álvarez”, destinado a paciente adultos de ambos sexos, que cursan cuadro agudos; el “Juan N. Navarro” para infantes crónicos o agudos; el “Hospital Granja Samuel Ramírez Moreno”, para mayores de 18 años considerados recuperables; el “Hospital Granja Adolfo M. Nieto” para mujeres subagudas; y el asilo “Ocaranza” para población mixta, sin criterio de edad o de exclusión para pacientes no recuperables y considerados riesgosos para la comunidad (Castañeda y Freyre, 1991).

#### **4.2 Servicios**

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se ha caracterizado desde sus inicios por contar con programas de enseñanza, es sede de la residencia de psiquiatría y cuenta con programas de pre y post grado, de actualización y capacitación para todo el personal, como psiquiatras, psicólogos, trabajadoras (es) sociales, enfermeras (os), etc. Cuenta con servicio de medicina preventiva, con interconsultas de diversas especialidades médicas, funciones medicoquirúrgicas y de atención intensiva psiquiátrica, dispone de auxiliares para el diagnóstico como electroencefalografía, tomografía, rayos X, laboratorio clínico y servicio dental.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, atiende a pacientes con distintas enfermedades mentales y a sus familiares, desde diversas modalidades como son:

### *Hospitalización continúa*

Es en donde permanece hospitalizado el paciente que atraviesa por un episodio agudo y requiere de atención constante, se trata farmacológicamente además de que cuando se encuentra en mejores condiciones, tiene actividades de rehabilitación como son: sesiones de orientación, terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva, etc., mientras tanto los familiares de los paciente internos acuden a actividades como programas de orientación familiar, visita de puertas abiertas, etc., (Barrios y Cortés, 2003).

### *Psiquiatría comunitaria*

Éste servicio pretende promover y difundir la salud mental por medio del trabajo comunitario, principalmente en escuelas, hospitales y empresas, informando acerca de lo que son las enfermedades mentales, sus diferentes diagnósticos y tratamientos.

### *Servicios de urgencias y observación*

Ésta área brinda atención a pacientes adultos de ambos sexos, que cursan episodio agudo, en casos de trastornos transitorios que no puedan ser manejados en su domicilio se ingresan en la sala de urgencias, con el fin de lograr un mayor cuidado. De éste servicio se canalizan a consulta externa, hospitalización continua y parcial, u otras unidades según lo requiera, pueden acudir solos o acompañados por un familiar responsable, o referidos por otras instituciones. El servicio se presta ininterrumpidamente los 365 días del año, durante las 24 horas del día (Barrios y Cortés, 2003).



## *Servicios ambulatorios*

Brindan atención a pacientes, que ya no cursan con un grado exacerbado de sintomatología y que ya no requieren el ingreso a hospitalización continua, pero si requieren de la terapia de mantenimiento, o sea que acuden a tratamiento de forma externa para controlar la enfermedad. Dentro de estos servicios se cuenta con:

- Consulta externa: en ésta área se cubre la atención individual, grupal, de pareja y familiar, a pacientes neuróticos, deprimidos, farmacodependientes, mujeres agredidas, etc.
- Servicios de hospital parcial: la cual es una modalidad de asistencia más operativa e intermedia, entre la hospitalización continua y el regreso a casa, su finalidad es lograr un enlace terapéutico del paciente con el hospital y con la comunidad, tratando de favorecer la resocialización y la reinserción de este al medio como una persona productiva, evitando en gran medida las recaídas e ingresos a hospitalización continua. Este servicio cuenta con 2 modalidades, Hospital de día (lunes a viernes) y Hospital Parcial de Fin de Semana (sábados y domingos) (Barrios y Cortés, 2003).

### **4.3 Hospital de día**

Éste es parte de los servicios ambulatorios que presta el hospital, apareció en el año de 1979 y tiene como objetivo emprender acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientadas a pacientes que han presentado algún cuadro psicótico. El abordaje se lleva a cabo en tres ejes: individual, grupal y familiar, el servicio requiere de la participación de una familiar que se comprometa a supervisar y a participar en el tratamiento, de igual manera que el paciente acude al hospital un día o más a la semana (Barrios y Cortés, 2003).

Dentro de las actividades para pacientes se encuentra la asistencia terapéutica individual, donde el paciente asiste por lo menos una vez por semana, se abordan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se observa la evolución sintomática y se detectan problemas personales y familiares, el nivel de funcionamiento que contribuye a adecuar el tratamiento farmacológico; los pacientes pueden asistir las veces que sea necesario durante el tratamiento.

También se aplican estudios clinimétricos en cada ingreso de cada paciente y cada 6 meses para conocer su evolución. Se aplican pruebas psicológicas en la mayoría de los casos por indicación del médico, estudios y entrevistas de trabajo social, visitas domiciliarias, asisten a grupos psicoeducativos, de psicoterapia, de psicodrama y grupos de afrontamiento de problemas (Barrios y Cortés, 2003).

Se cuenta con talleres terapéuticos, actividades deportivas, expresión corporal, terapia ocupacional y salidas recreativas culturales. Se realiza una actividad llamada asamblea que tiene el propósito de que los pacientes expresen sus quejas y sugerencias con respecto al servicio. Las actividades para familiares son principalmente de exploración, diagnóstico, aplicación de instrumentos de medición, grupos psicoeducativos, grupos de terapia cognitiva para familiares y su participación en eventos sociorecreativos (Barrios y Cortés, 2003).

#### ***4.4 Hospital parcial de fin de semana***

El presente apartado fue tomado del programa general de trabajo hospital parcial de Fin de Semana (2008). El hospital parcial nació en 1991, inicialmente el trabajo se realizaba con los pacientes egresados de Hospital de Día, continuándose el manejo a través de una "psicoterapia grupal", talleres de terapia ocupacional y la consulta psiquiátrica, de tal manera que al principio se trataba solo de un programa y no de un servicio. Se realizaba una especie de vigilancia (seguimiento) de la evolución de los pacientes del Servicio de Día, incluyendo en las actividades a psicólogos, psiquiatras y "maestros" de terapia ocupacional. Posteriormente, se

empezó a trabajar con pacientes psicóticos ambulatorios que tenían algún impedimento para asistir al Hospital de Día.

Para 1993, lo que inició como un modesto programa de seguimiento, se constituye en un servicio formal contemplado como una alternativa, ya no tan sólo de rehabilitación, sino como una modalidad de manejo integral. De tal manera que se han podido conformar una serie de actividades, que consideran una variedad de procedimientos enriquecidos desde diversas disciplinas, como la psiquiatría, psicología, psicoterapia analítica, psicodrama, teoría de la comunicación, teoría de sistemas, etc.

En el hospital parcial las estrategias de abordaje incluyen acciones de índole preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque interdisciplinario con acciones terapéuticas de tipo grupal básicamente, en donde la participación de los familiares de los pacientes es una característica común, a fin de favorecer la mejor reinserción posible en los ámbitos familiar, social y laboral.

Los lineamientos que guían el trabajo son los siguientes:

- ψ La continuidad del tratamiento.
- ψ El planteamiento de trabajo terapéutico a través del manejo grupal.
- ψ El involucramiento de los familiares.
- ψ La focalización clara de la problemática del paciente.
- ψ La creación de un medio ambiente terapéutico.
- ψ La orientación de la ergoterapia y actividades recreativas hacia una adaptación del paciente al medio.
- ψ La utilización de la psicofarmacoterapia, como instrumento para un control sintomático que posibilite los demás aspectos del manejo integral.
- ψ La supervisión clínica continuada.

El objetivo general, es proporcionar diagnóstico y tratamiento integral a pacientes con trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia. En general el trabajo

pretende un abordaje integral, dentro de un proceso clínico bien fundamentado e incluido dentro de un marco institucional de optimización, y mejora continua.

La clínica de esquizofrenia proporciona atención médico psiquiátrica y terapéutica, bajo la modalidad analítico-grupal a pacientes con trastornos esquizofrénicos que tengan un control sintomático mínimo, de manera que permita a los usuarios participar en actividades grupales, adquiriendo conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica, con la finalidad de favorecer su reinserción a la vida familiar y laboral, y de tal manera disminuir la reincidencia hospitalaria y aumentar la integración de los familiares al proceso de atención, favoreciendo el cambio de actitud hacia la enfermedad mental.

Es necesario revisar los criterios de inclusión para poder entrar al programa, estos deben ser usuarios con psicosis activa o en remisión que presenten un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente, para poder desempeñarse en actividades que demandan atención permanente, integración en un grupo y posibilidades de aprendizaje. Pacientes que cuenten de preferencia con un soporte familiar o comunitario, que posibilite la contención de la patología, pueden ser hombres y mujeres mayores de 18 años y menores de 60.

Deben ser pacientes a quienes se pueda atender ambulatoriamente, es decir que no ameriten manejo en hospitalización continua como en el caso de riesgo suicida, riesgo de agresión auto y heterodirigida, negación a aceptar cualquier tipo de tratamiento o que presenten alguna alteración metabólica que impida su adecuado funcionamiento. El ingreso al servicio debe ser voluntario, tanto del paciente como de su familiar responsable, aceptando participar en el programa integral de actividades calendarizadas, médico-psiquiátricas y psicoterapéuticas.

También se encuentran los criterios de exclusión, dentro de los cuales están los pacientes que debido a su padecimiento presenten riesgo suicida, dificultades graves en sus relaciones interpersonales o que no controlan sus impulsos y esto les impida controlar sus conductas agresivas, etc.

Pacientes en estado de confusión mental, intoxicados, con retardo mental moderado o profundo, o que se encuentren en un proceso demencial equiparable, cuya situación o estado médico imposibilite su funcionamiento dentro del servicio, que cuenten con alguna alteración metabólica o impedimento físico importante. Pacientes que cuenten con un familiar atendido simultáneamente en el mismo servicio, que presenten marcados rasgos de personalidad sociopática, trastorno de personalidad antisocial, trastorno límite de personalidad que le impida y/o afecte el buen funcionamiento del resto de los integrantes del grupo.

Criterios de suspensión:

- Usuarios que soliciten el alta voluntariamente.
- Usuarios que se den de alta por petición familiar.
- Usuarios que dejen de acudir al servicio por dos semanas consecutivas y que a pesar de haber notificado a sus familiares y de intentar el rescate, continúen sin acudir al servicio.
- Pacientes que no sigan las indicaciones médicas y pongan en riesgo su evolución clínica.

Las actividades de Hospital Parcial de Fin de Semana se dividen en:

Actividades con pacientes:

- *Actividades interdisciplinarias individuales:*
  - ◆ Entrevistas de evaluación (ingreso y egreso).
  - ◆ Entrevistas de evaluación subsecuentes.
  - ◆ Ingresos.
  - ◆ Egresos.
  - ◆ Asistencia terapéutica individual.
  - ◆ Aplicación de estudios psicométricos.
  - ◆ Estudios de trabajo social.
  - ◆ Entrevistas de trabajo social.
  - ◆ Rescate de pacientes.
  - ◆ Visitas domiciliarias.

- *Actividades psicoterapéuticas grupales:*
  - ◆ Grupos psicoeducativos.
  - ◆ Grupos de psicoterapia.

Actividades con familiares:

- *Actividades de exploración y diagnóstico:*
  - ◆ Entrevistas diagnósticas de ingreso y egreso.
  - ◆ Entrevistas diagnósticas subsecuentes.
- *Actividades de manejo complementario:*
  - ◆ Grupo psicoeducativo.
  - ◆ Grupo de reflexión.
  - ◆ Intervención familiar.
  - ◆ Participación en actividades sociorecreativas.

Dentro de las actividades interdisciplinarias individuales, se encuentran la entrevista de evaluación de primera vez, donde los pacientes canalizados de otros servicios del hospital y que acuden por primera vez, son valorados inicialmente por el médico psiquiatra, para determinar las condiciones clínicas del usuario y evaluar su posible ingreso a la clínica correspondiente. De ser así pasará con el equipo de psicología y finalmente con trabajo social, de lo contrario se hará la referencia al servicio que se adecúe más a las necesidades clínicas del usuario en ese momento.

Las entrevistas de evaluación subsecuentes las continúa realizando el médico que atendió al usuario por primera vez, teniendo como objetivo elaborar la historia clínica del paciente si fuera necesario y dar la pauta para realizar una determinación diagnóstica. Este tipo de entrevista permite evaluar el grado de conciencia de enfermedad del paciente, e ir haciendo labor para favorecer su ingreso de manera informada y voluntaria para el usuario y sus familiares.

Cuando se decide el egreso del servicio de algún usuario, se realiza una entrevista de evaluación de egreso, con el fin de facilitar su alta del servicio y dar recomendaciones sobre la continuación del tratamiento, y así poder aplicar los instrumentos psicométricos que tanto al ingreso como al egreso, deberán ser realizados.

La asistencia terapéutica individual se lleva a cabo una vez a la semana para cada paciente, y se le otorga consulta con su médico tratante. Esta actividad permite observar la evolución sintomática, detectar problemas de índole personal y familiar, el nivel de funcionalidad, ayudando a adecuar el tratamiento farmacológico. En general sirve para plantear de manera objetiva las maniobras de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación individualizados, al mantener interacción constante con el paciente y su entorno.

En la aplicación de pruebas psicológicas, se observan actividades destinadas a realizar una evaluación integral, desde el punto de vista psicológico de los pacientes que están en proceso de evaluación para su ingreso, una vez que se ha realizado una batería de pruebas a algún paciente, se procederá a la integración de un estudio, que comprenderá la interpretación y análisis con una nota clínica de integración al expediente del usuario evaluado.

Dentro del área de trabajo social se realizan estudios socioeconómicos y psicosociales, que se aplican con la finalidad de establecer un nivel socioeconómico, así como conocer más a fondo la problemática y condiciones sociales en las que se encuentra el paciente, lo cual permite realizar una evaluación integral que será de gran importancia, para la planeación del tratamiento y del abordaje rehabilitatorio. Los estudios socioeconómicos se realizan a todos los pacientes ingresados, además de los realizados cuando deban actualizarse por caducidad de vigencia cada 6 meses, los estudios psicosociales son la ampliación de los estudios socioeconómicos, ya que se

complementa con la dinámica familiar y el familiograma, todos los pacientes ingresados deberán contar con uno.

Las entrevistas de trabajo social, fungen como actividades de orientación e información al respecto de las características administrativas en el funcionamiento del servicio, permiten que el paciente y familiar tengan un mejor conocimiento de los derechos y obligaciones de estos, dentro del funcionamiento del programa terapéutico y rehabilitatorio.

En lo que respecta a las actividades de rescate de pacientes, éstas se llevan a cabo mediante llamadas telefónicas, correos electrónicos, etc., se establece contacto con los pacientes y familiares que se han ausentado del servicio, con la finalidad de conocer las causas y en la medida de lo posible, intentar que continúen con el programa de tratamiento y rehabilitación establecido.

En las visitas domiciliarias, acude el equipo interdisciplinario responsable del caso al domicilio del usuario, posibilitando un mejor conocimiento de las circunstancias ambientales en las que se encuentra inserto el paciente y su familia, conociendo características de tipo social que son de suma importancia en la atención y manejo de la conflictiva.

Las actividades grupales son el eje de acción clínica del servicio, éstas tienen la finalidad de ser claros en el abordaje clínico de los usuarios. El grupo psicoeducativo incluye un método de intervención para familias y pacientes en el tratamiento, como una alternativa más al trabajo del enfermo crónico.

El diseño de un modelo psicoeducacional además de ser complejo, no es fácil de implementarlo; sin embargo, esta forma de intervención ha sido diseñada a partir de la experiencia de varios años en el trabajo con las familias y pacientes, ayudados de los aportes teóricos. El diseño es claro y sencillo pese a lo complejo que implica el trabajar con los trastornos psicóticos, específicamente si de



esquizofrenia se trata, siendo el trastorno predominante en la población que se atiende en el servicio. A partir de las actividades de orientación y reflexión, como actividades grupales se busca que los pacientes se involucren cada vez más con su padecimiento, para lograr que se hagan cargo no sólo de su enfermedad, sino de aspectos de la vida cotidiana.

Los grupos de orientación, son una alternativa más en el trabajo con pacientes y familias en donde se incluye a la familia en el tratamiento, complementa el trabajo más profundo que es la intervención familiar, ejecutada por un médico experto del servicio. En la realización de este trabajo se proporciona información científica acerca de la naturaleza de la enfermedad, los beneficios de la medicación a fin de reducir la angustia del paciente y por ende de la familia, sirviendo como soporte adicional en el tratamiento integral de los pacientes.

La importancia de los programas psicoeducativos en el ambiente institucional, parte de la educación a las familias y los pacientes, hasta el apoyo que se les brinda para asegurar un tratamiento continuo, bajo una alianza de trabajo en vías de obtener conciencia de la enfermedad y adherencia terapéutica, tratando de ayudar a superar problemas relacionados con la falta de motivación. Una adecuada actitud hacia la enfermedad mental, posibilita en la medida de lo posible la recuperación del paciente o familiar enfermo.

Los principales objetivos de los grupos psicoeducativos son:

- ❖ Proporcionar información amplia sobre la enfermedad mental, específicamente la esquizofrenia como fundamento básico.
- ❖ Favorecer la conciencia de enfermedad en los familiares de los pacientes, para reducir el cuadro sintomatológico y lograr la adaptación del paciente a su medio.
- ❖ Facilitar la adherencia terapéutica.
- ❖ Promover el "cambio de actitud hacia la enfermedad mental" principalmente.
- ❖ Coadyuvar a la reintegración familiar, laboral y social del paciente.

- ❖ Promover el conocimiento y habilidades prácticas, sobre aspectos específicos de la vida cotidiana y el manejo del paciente psicótico.
- ❖ Definir los problemas a los que se enfrenta el paciente y la familia en torno a su padecimiento.
- ❖ Identificar el tipo de relaciones que se tiene en el ambiente familiar.
- ❖ Encontrar alternativas y desarrollar otras más, para enfrentar los problemas en relación a la enfermedad mental.

Para que esta tarea se lleve a cabo con eficiencia y se pueda implementar con éxito, es necesario abarcar tres campos: el primero es tener y proporcionar información amplia sobre la enfermedad mental, el segundo es informarse e informar sobre las necesidades, problemas y perspectivas de las familias, y por último tener habilidades terapéuticas específicas, que sirvan para tratar los problemas especiales que plantea la convivencia con una enfermedad crónica, y ayudar a los pacientes y a sus familias.

El modelo psicoeducativo se basa en el concepto de un curso didáctico, son sesiones predeterminadas y abarca todas las etapas de la terapia, puede prolongarse si se cuenta con más recursos. El programa psicoeducativo, pone en estrecha colaboración a las familias de los pacientes y a los pacientes, con profesionales para lograr objetivos específicos que entre ambas partes se proponen, ayudando en el proceso terapéutico y rehabilitatorio del paciente.

El encuadre de las sesiones es principalmente heterodirigido, la disposición de los lugares es del tipo conferencia, lo que permite atender todas las dudas de inmediato sin extenderse demasiado, para que no se pierda el propósito de la sesión, al finalizar se resume brevemente lo expuesto y se hace el cierre de sesión.

En lo que respecta a la técnica se pueden utilizar varias como conferencia, el apoyo, esclarecimiento y connotación positiva, etc., el material que se utiliza son rotafolios, diapositivas, transparencias, acetatos, proyecciones, etc. Los grupos de

orientación son de suma importancia, ya que a partir del conocimiento se movilizan aspectos psicológicos en los usuarios y sus familiares.

Los grupos de reflexión están dirigidos a los familiares, tiene como objetivo abarcar un campo en donde los participantes se reúnan a filosofar, a dramatizar inconscientemente según Dellarossa (1979), en un campo más restringido que el campo de lo terapéutico; en un campo donde se considere únicamente aspectos específicos siendo en este caso para nuestro trabajo con familias y partiendo de esta idea, el considerar la enfermedad mental como tema central, donde se definan sus relaciones con su familiar enfermo, con la institución, con sus compañeros de aprendizaje y con los coordinadores de tal actividad.

Es necesario que se establezca el encuadre, de manera que pueda considerarse que cada uno de los miembros, opera con su personalidad y su carácter y gravita con sus conflictos dentro del grupo, siendo el caso en que se ponga de manifiesto algún componente personal de los participantes, el coordinador tiene la obligación desde esta perspectiva de respetar ese material, el cual no deber ser interpretado ya que esto invadirá la vida privada de sus participantes.

La conducción de los grupos reflexivos se basa en las tensiones experimentadas en el grupo, éstas deben de explorarse en términos de procesos de aprendizaje donde el objetivo es aprender y la tarea se establece mediante la aspiración de centrarse en el trabajo, tratando que los miembros puedan explorarse a sí mismos en relación a la enfermedad mental de su familiar. No se deben esperar modificaciones de los miembros en su realidad de vida privada y así pues, esperar un beneficio personal del grupo de reflexión; tampoco se debe condicionar el trabajo reflexivo a un condicionamiento en vías de una acción terapéutica, aunque es válido promover un trabajo profundo.

En los grupos de reflexión existe un coordinador, siendo su actividad principal detectar y mostrar los temas principales para que trabajen los participantes como

familiares de un enfermo mental, de lo contrario se eliminará como tema mientras que no tenga que ver con los propósitos del programa. Explicitar los conflictos latentes que dificulten el trabajo lo que es diferente a interpretar las manifestaciones subyacentes, mostrar las leyes de funcionamiento del grupo llevando a los participantes a que relacionen las diferentes experiencias vivenciales con los temas expuestos para su aprendizaje y así evitar las manifestaciones regresivas, a partir del relato vivencial en relación a la enfermedad mental del familiar tratado.

Es necesario ayudar al grupo a pasar del nivel de la redramatización en el aquí y ahora del grupo, a otro nivel que es la conceptualización a partir de la información obtenida anteriormente y de la misma redramatización. En el grupo de Reflexión se apunta a señalar los temas aportados y el éxito que han obtenido en relación al desarrollo y elaboración de esos temas. Se rescatan la capacidad de pensar de los miembros, y no la emotividad que los estancaría para que a partir de lo racional, pueda conformarse en un grupo de trabajo.

La actividad del coordinador debe estar dirigida a mantener centrados a los miembros en el trabajo o en un grupo de trabajo, sin que éste desvíe su atención en sus propias vivencias, para lo cual deber estar atento a la sobrecarga afectiva del mismo lo que dificulta la tarea, sin perder de vista que el centro de acción es el trabajo con el tema.

El encuadre de las sesiones de los grupos de reflexión está encaminado a tratar de constituir una experiencia psicoeducativa, el número de integrantes debe ser de 10 a 15 miembros máximo, el tiempo requerido para esta experiencia es de seis meses aproximadamente, con una duración de las sesiones de 75 minutos, debe de contar con cinco miembros como mínimo para empezar la sesión incluyendo a los coordinadores. Se utiliza cámara de Gesell donde hay un observador que se encarga de hacer el registro de la actividad, lo cual debe ser informado a los miembros del grupo de reflexión.

La psicoterapia grupal cuenta con varios principios, dentro los cuales se encuentra el manejo terapéutico de limitaciones temporales en cuanto a objetivos psicoterapéuticos, tratando de centrarlos en el presente. Se debe llevar un manejo directo de las sesiones por el terapeuta y de esa manera poder lograr una valoración e intervención rápida, contar con flexibilidad por parte del terapeuta para favorecer a la catarsis como un elemento importante en el proceso y por último tratar de hacer una selección adecuada de pacientes.

Las funciones y objetivos del grupo psicoterapéutico son:

- Mejoría sintomática.
- Promover un eficiente uso de los recursos del paciente.
- Desarrollo de la comprensión del paciente en torno a su padecimiento.
- Desarrollo de habilidades para enfrentar el futuro.

Se recomienda pactar objetivos limitados, específicos, conscientes, explícitos y acordados entre terapeutas y pacientes; estos deben ser alcanzables y de acuerdo a las necesidades y recursos de los pacientes, tomando en cuenta las características de su padecimiento, sus problemáticas actuales y los alcances a lograr.

Los criterios de selección son un factor muy importante, todos son jóvenes o adultos de ambos sexos con diagnóstico de psicosis esquizofrénicas, no pueden encontrarse en un estado confusional ya que eso impediría su participación adecuada dentro del grupo, el paciente debe tener un nivel aceptable tanto de inteligencia como de capacidad interpersonal para poder interactuar con los demás participantes, un grado de motivación razonable para la terapia y el cambio, debe existir una expectativa de ganancia por el hecho de comprometerse con la terapia.

Se propone no admitir pacientes que presenten otra patología particular como estados paranoides, sociopatías severas o psicosis con agudización sintomática,

los cuales no cuentan con el síntoma principal, no se aceptan pacientes con riesgo de ideación suicida evidente. El paciente debe definir sus problemas e identificar que su problemática necesita cambiar, estar dispuesto a recibir la influencia del grupo, informando acerca de los beneficios que ha obtenido por su participación en el mismo, por último debe estar dispuesto ayudar a otros.

Se establece un contrato mutuo que es de suma importancia en la terapia breve así como en la prolongada y de tiempo ilimitado, sirve de foco para el trabajo de identificación tratando la resistencia y así otorgar al terapeuta autoridad para realizar su trabajo. El contrato debe incluir una valoración de los principales problemas del paciente en relación al padecimiento, se hará un acuerdo para ver los objetivos de tratamiento y se discutirán los roles de todos los participantes. Se explicará la naturaleza, duración del proceso y los enfoques de la terapia, haciendo aclaraciones respecto a las reglas de la terapia.

En cuanto al método éste tiene varios factores que son de suma importancia, debe existir una adecuada composición del grupo y selección de pacientes, se pactan metas adecuadas y viables tratando de encontrar una cohesión rápida con la finalidad de construir una atmósfera de trabajo grupal. Es necesario el reconocimiento de los niveles estructurales de enfoque y tener un manejo adecuado de la transferencia y contratransferencia, de manera que pueda lograrse el reconocimiento de los factores curativos.

Las metas del grupo de psicoterapia son principalmente tener el control sintomático recobrando el sentido de equilibrio, para promover el control y el manejo de las dificultades de la vida cotidiana que hayan sido afectadas por el padecimiento, recibir ayuda para atender los problemas y facilitar una reestructuración cognoscitiva.

Se plantean dos convenios, uno compartido a nivel grupal y otro a nivel individual (Médico y Psicológico), los objetivos son definidos claramente para que la tarea de estos grupos de pacientes no resulte vaga o ambiciosa.

Se pretende lograr una atmósfera de trabajo grupal y para ello se requiere de ciertos aspectos como la cohesión, lo que ayuda a que los miembros se sientan parte y dentro del grupo, que puedan ir incorporando patrones sanos de comportamiento interaccional grupal, fomentar los intercambios continuos y el análisis rápido de dichos intercambios.

El liderazgo es compartido entre el terapeuta y los miembros del grupo, para que todos participen de las funciones y responsabilidades del liderazgo, de manera que todos los miembros expresen y analicen problemas de manera alternativa, se intentará que el grupo sea capaz de desarrollar la habilidad para interactuar espontáneamente.

El terapeuta debe ser flexible y brindar confianza, hará interpretaciones sencillas y directas que los pacientes puedan asimilar y trasladar a términos personales, en el aquí y ahora y en relación a su problemática, no deben reforzar la regresión de los pacientes. Se tratará de evitar errores como ser demasiado controlador, menospreciar la capacidad y entrenamiento para trabajar en grupo, o ser demasiado pasivo.

La coterapia que se lleva a cabo en estos grupos busca que ambos terapeutas compartan una orientación teórica semejante, las parejas formadas que presentan diferentes estilos de carácter y estilos interpersonales, deberán homogenizar enfoques teóricos y metodológicos impactando en la técnica aplicada, se deberán tener reuniones previas a la sesión y después de la misma, habrá una supervisión de las sesiones realizadas con la finalidad de llevar un registro de las mismas.

Los grupos tuvieron una sesión por semana de hora y media de duración, fueron atendidos en la modalidad de coterapia, trabajando por periodos de dos años en terapia breve para pacientes con esquizofrenia, los grupos son de tipo abierto-cerrado y se trata de homogenizar los grupos de acuerdo a su edad y problemáticas.

Las actividades con familiares están encaminadas a la exploración y diagnóstico; se les realizan entrevistas diagnósticas de ingreso y egreso, una entrevista de evaluación de primera vez mediante la cual se evalúan a los familiares que acuden por primera vez al servicio, definiendo quién será el responsable del paciente durante su estancia. En caso de que el paciente no sea ingresado al servicio, se le informa al familiar y al paciente sobre otras opciones de tratamiento a donde se le canaliza.

Con los familiares se realizan actividades de manejo complementario, el encuadre de éstas son los Grupos de Orientación, incluyendo el grupo psicoeducativo, los grupos de reflexión, intervención familiar, participación en actividades socio recreativas, etc. Los familiares cuentan con la oportunidad de proporcionar y recibir información directamente de su equipo tratante, cada vez que así lo requieran y el día en que el paciente reciba su consulta semanal.

Las entrevistas diagnósticas y entrevistas de evaluación subsecuentes, se realizan cuando el paciente es un candidato al servicio y el familiar está de acuerdo con él en ingresar al programa, y sobre la responsabilidad que debe adquirir el familiar una vez ingresado el paciente.

En los eventos sociorecreativos participan los pacientes, sus familiares, y el personal del servicio, teniendo fines lúdicos, culturales y recreativos, que fomentan la interacción entre profesionales y pacientes.

Existe también el servicio de terapia ocupacional, donde pueden asistir una o más veces a la semana, esta actividad la coordina personal de dicho servicio, y los



pacientes son canalizados mediante indicación del equipo tratante. Este servicio cuenta con talleres de carpintería, pirograbado y repujado, trabajos manuales, macramé, mecanografía, dibujo y pintura. Sus objetivos, más que una capacitación para el trabajo, encierran la posibilidad de rehabilitar habilidades psicomotrices, cognitivas, y sociales.

Las actividades de manejo complementario para familiares se dividen en grupo psicoeducativo, grupo de reflexión e intervención familiar y participación en actividades sociorecreativas.

El grupo principal es el grupo psicoeducativo, la duración de cada ciclo es de 6 meses, por lo que se cuenta con un programa de 23 sesiones una vez por semana, la duración de cada una de las sesiones es de 120 minutos con un receso de 10 minutos. Se tienen dos grupos psicoeducativos y el cupo máximo en cada uno de estos grupos es de 15 integrantes.

Los grupos psicoeducativos para familiares son divididos en 2 por el tipo de temas programados: en un primer nivel se manejan los mismos temas que se han programado para los pacientes, con tópicos básicos sobre la enfermedad mental; en un segundo nivel los temas giran en torno al desarrollo biopsicosocial del individuo, así como a la dinámica familiar.

El equipo tratante conformado por un psiquiatra y un psicólogo decidirá a qué nivel psicoeducativo deberá incluirse a cada uno de los familiares, no siendo forzoso seguir el orden del primer al segundo nivel, sobre todo si el equipo considera que el familiar ya cuenta con los conocimientos básicos que proporciona la información de primer nivel.

La finalidad de este grupo psicoeducativo es brindar una herramienta para que el profesional de la salud (psiquiatra y psicólogo) pueda informar y educar a los familiares usuarios del servicio desde la perspectiva biopsicosocial,

proporcionando los conocimientos y aspectos esenciales en torno a la enfermedad mental.

La psicoeducación enriquece y aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos.

Los principales objetivos del grupo psicoeducativo son:

1. Adquirir información sobre el trastorno mental.
2. Promover la adherencia al tratamiento involucrando los aspectos médicos, psicológicos y sociales, con el fin de cumplir con la recomendación terapéutica prescrita.
3. Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las actitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida.
4. Reconocer los síntomas de alerta en caso de recaídas.
5. Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
6. Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad mental y la necesidad de afrontar asertivamente el estigma.
7. Promover estrategias de integración y formación de redes de apoyo social.

Los temas que se abordan en el grupo se dividen por módulos y son los siguientes:

Módulo 1. Introducción a la enfermedad mental.

Los objetivos generales de éste módulo son:

1. Que el participante adquiera información y conocimientos sobre los trastornos mentales.
2. Mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de cumplir con el régimen terapéutico prescrito (toma de medicamentos, citas clínicas, controles terapéuticos, etc.).

3. Reconocer los síntomas de alerta en caso de recaídas.
4. Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
5. Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las aptitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida.
6. Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad mental y encontrar la mejor manera de enfrentar el estigma.
7. Promover estrategias de formación de redes de apoyo social.

Objetivos de aprendizaje:

1. Identificar el contenido del módulo en cuanto a las características del curso psicoeducativo.
2. Identificar la prevalencia de las enfermedades mentales.

Módulo 2. Reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad.

Objetivo general: identificar las reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad por parte del familiar responsable.

Objetivos de aprendizaje:

1. Reconocer la importancia del proceso de aceptación de la persona enferma y del familiar cuidador.
2. Admitir la nueva condición de vida, cómo poder afrontarla y sobrellevarla hacia una mejor calidad de vida.

Módulo 3. Conociendo el trastorno de la esquizofrenia.

Objetivo general: conocer el trastorno de la esquizofrenia y problemas relacionales.

Objetivo de aprendizaje: identificar la prevalencia, causalidad, sintomatología, herencia y genética del trastorno mental.

Módulo 4. Información sobre el funcionamiento cerebral, el tratamiento médico y psicosocial de la enfermedad mental.

Objetivo general: conocer el funcionamiento cerebral, las etapas del tratamiento médico y su pronóstico. Además de otros tipos de intervenciones.

Objetivos de aprendizaje:

1. Identificar el funcionamiento cerebral.
2. Ubicar las etapas del tratamiento médico y su pronóstico.
3. Identificar los fármacos.
4. Reconocer la importancia de los diferentes tipos de intervenciones terapéuticas.

Módulo 5. El cuidado del paciente y del cuidador familiar.

Objetivo general: El cuidador reconocerá su papel como tal, así como el manejo de su autocuidado.

Objetivo de aprendizaje: El cuidador orientará en la construcción de estrategias del cuidado del paciente y sobre todo de su autocuidado relacionado con la salud física, emocional y espiritual.

Módulo 6. Prevenir las recaídas y el apoyo en situación de crisis.

Objetivo general: conocer que es una recaída, el riesgo de sufrirla, la importancia de prevenirlas y de recibir apoyo en situación de crisis.

Objetivos de aprendizaje:

1. Identificar los síntomas de una probable recaída.
2. Reconocer las posibles fuentes de apoyo y atención en situación de crisis.
3. Identificar situaciones de alto riesgo en que la integridad del paciente se vea amenazada.

Módulo 7. Creencias, mitos y discriminación hacia la enfermedad mental.

Objetivo general: distinguir las diferencias en relación con las creencias, mitos y la realidad de la enfermedad mental.

Objetivos de aprendizaje:

1. Conocer los derechos básicos de un paciente con un problema de salud mental.
2. Identificar el momento adecuado para ingresar al paciente a un hospital, incluso de manera involuntaria para prevenir riesgos mayores.

Las familias con mayor información, un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad; por otra parte, aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en la pobreza o que son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. Así que la actitud de la familia y del paciente resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas.

En este capítulo fue posible conocer todos los servicios con que cuenta el hospital psiquiátrico, así como su programa de trabajo en el área de hospital parcial de fin de semana. En lo que respecta al grupo psicoeducativo exclusivo de esta institución, pudo observarse la influencia que tiene tanto en los familiares como en los pacientes, lo cual fue de gran importancia para este trabajo.

## **CAPÍTULO 5. MÉTODO**

### ***5.1 Justificación***

El clima afectivo de las familias con un miembro esquizofrénico ha sido objeto de estudio desde hace décadas, se ha planteado que dentro del núcleo familiar existen factores estresantes que pueden influir en las recaídas o en la presencia y exacerbación de síntomas en el paciente enfermo (Rascón, Rascón, Díaz y Valencia, 1998).

El constructo de Emoción Expresada (EE) tiene como propósito reflejar la atmósfera emocional, que existe dentro de un grupo familiar y que se manifiesta hacia alguno de sus miembros diagnosticado con esquizofrenia o con algún trastorno mental; los componentes de la EE (crítica, sobreprotección y hostilidad) son considerados como predictores importantes de recaídas en la esquizofrenia.

A lo largo del tiempo y de diversas investigaciones, se ha observado que un mayor conocimiento del familiar responsable acerca de la sintomatología, tratamiento y curso del trastorno que padece su paciente, ayuda a llevar un mejor manejo de la enfermedad reduciendo los niveles de estrés por parte del cuidador, lo cual se puede ver reflejado en las recaídas de los pacientes ya que éstas tienden a disminuir. Por lo tanto se consideró importante observar si el modelo psicoeducativo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, modifica o no la Emoción Expresada.

## **5.2 Pregunta de investigación e hipótesis**

¿Qué impacto tiene el modelo psicoeducativo de Hospital Parcial para la modificación de la Emoción Expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia?

### **Ψ Planteamiento de la hipótesis:**

- Hipótesis de trabajo:  
H<sub>1</sub>: La Emoción Expresada se modifica con la intervención psicoeducativa.
- Hipótesis nula:  
H<sub>0</sub>: La Emoción Expresada no se modifica con la intervención psicoeducativa.

## **5.3 Variables:**

- VI: Modelo psicoeducativo.
- VD: Emoción Expresada.

### **Ψ Definición conceptual de las variables:**

- I. Modelo psicoeducativo: consiste básicamente en una aproximación terapéutica, en la cual se le proporciona a los familiares de pacientes con algún trastorno mental, información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para poder afrontar el problema (Hogarty, 1983, citado en López, 2011).
- II. Emoción Expresada: se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad, y la sobreprotección, que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia (Rascón *et al.*, 1998).

Ψ Definición operacional de las variables:

- I. Modelo psicoeducativo aplicado en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez: éste tiene como objetivo proporcionar información amplia sobre las principales características del trastorno, favoreciendo la conciencia de enfermedad en los familiares de los pacientes, de manera que pueda reducirse el cuadro sintomatológico y así poder lograr una mejor adaptación del paciente a su medio familiar, laboral y social. Contribuye a la adquisición de habilidades prácticas en cuanto al manejo del paciente psicótico. Identifica el tipo de relaciones familiares y trata de encontrar y desarrollar alternativas para enfrentar los problemas en relación a la enfermedad mental, como pueden ser las crisis o la exacerbación de síntomas.
  
- II. Emoción Expresada (EE): La EE refleja la atmósfera emocional del ambiente que vive en casa un paciente diagnosticado con esquizofrenia, o con algún otro trastorno mental, englobando aspectos de la conducta emocional de los familiares o personas que conviven con el paciente y que ejercen una influencia en cuanto al curso de la enfermedad. La EE está conformada por tres componentes que son crítica, sobreprotección y hostilidad, se midió a través del Cuestionario Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), cada componente está conformado por 10 reactivos.



#### **5.4 Muestra**

Se invitó a 30 familiares responsables de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que asistían al grupo psicoeducativo en el servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. La muestra total estuvo conformada por 23 cuidadores, ésta disminución se debió a diversos factores como son: el abandono del tratamiento, rechazo a participar en la investigación y algunos participantes que no cumplían con los criterios de inclusión. La mayoría madres de los pacientes con edades que oscilaban desde los 42 hasta los 70 años, una menor proporción estuvo compuesta por padres y hermanos.

Muestreo: El tipo de muestreo que se empleó fue no probabilístico de tipo intencional por cuota, en el cual el conocimiento de los estratos de la población como sexo, raza, región, entre otros es usado para seleccionar los miembros de la muestra que son representativos “típicos” y acordes con ciertos propósitos para la investigación (Kerlinger, 2002).

##### Criterios de inclusión:

- ❖ Ser cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (diagnosticados por el médico de valoración del servicio), pertenecientes al programa de Hospital Parcial de Fin de semana.
- ❖ Que tenga convivencia cotidiana con el paciente y que vivan en el mismo domicilio.
- ❖ Asistir a las sesiones del grupo psicoeducativo del servicio de hospital parcial de fin de semana.

### **5.5 Diseño y tipo de estudio**

El diseño fue no experimental y de comparación.

El tipo de estudio fue descriptivo, ex post-facto, de una sola muestra y de comparación intragrupos. Éste tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables, el procedimiento consiste generalmente en medir un grupo de personas en dos momentos distintos, evaluando una o más variables para así poder hacer una comparación. En la investigación no experimental, no se pueden manipular deliberadamente las variables independientes, se basa en variables que se dieron en la realidad sin la intervención directa del investigador, también es llamada ex post-facto debido a que los hechos y las variables ya ocurrieron y observa variables y relaciones entre éstas en su contexto natural (Kerlinger, 2002).

### **5.6 Procedimiento**

Como prestadora de servicio social en el área de Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se solicitó el permiso correspondiente para poder llevar a cabo ésta investigación; una vez autorizado se procedió a seleccionar la muestra por medio de una entrevista para verificar si cumplían o no con los criterios de inclusión.

Posteriormente se aplicó a los participantes el Cuestionario Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE) al inicio del grupo psicoeducativo (preevaluación), al concluir el grupo luego de seis meses se realizó nuevamente la aplicación (postevaluación), para poder llevar a cabo el análisis estadístico de los cuestionarios con ambas aplicaciones.

### **5.7 Descripción del instrumento**

Cuestionario Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), elaborado por Guanilo y Seclén (1993). Éste instrumento tiene como finalidad medir los niveles de Emoción Expresada (EE), así como cada uno de sus componentes: Crítica (C), Sobreprotección (SE) y Hostilidad (H), que presentan los cuidadores que convivan frecuentemente con un paciente diagnosticado con alguna enfermedad mental, evaluando las reacciones y sentimientos del cuidador hacia el paciente o hacia su comportamiento. Es un instrumento autoaplicable, estandarizado y estructurado, el cual cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.85 para la población mexicana (Rascón, 1999). Cada componente está formado por 10 reactivos, la calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la Emoción Expresada es más alta.

Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala tipo likert de 1 a 4 puntos, donde “nunca” es igual a 1, “casi nunca” igual a 2, “casi siempre” igual a 3 y “siempre” igual a 4. Los reactivos se agrupan en tres: Crítica, Sobreprotección y Hostilidad, se suman los puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la Emoción Expresada, y se suman los totales de cada uno de los componentes para obtener el nivel de Emoción Expresada. Para determinar si el nivel es alto o bajo tanto en cada uno de los componentes, como para determinar el nivel de Emoción Expresada, se utiliza un punto de corte tal y como se observa en las siguientes tablas.

<b>Componentes</b>	<b>Puntajes</b>
Alta	40-25
Baja	24-10

<b>Nivel de emoción expresada</b>	<b>Puntajes</b>
Alta	120-65
Baja	64-30

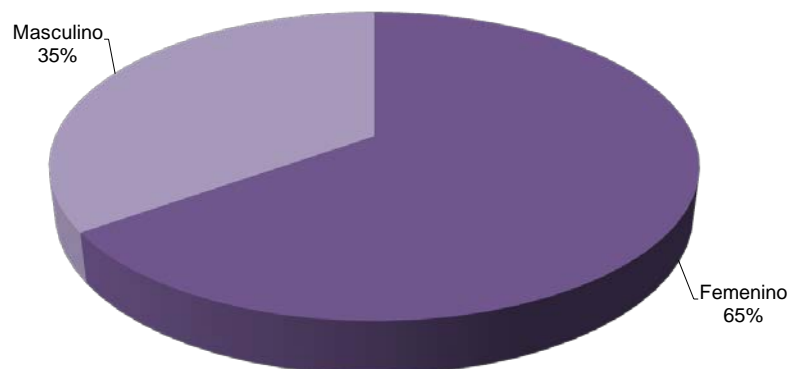
El CEEE se encuentra conformado por 10 reactivos de Crítica, 10 reactivos de Sobreprotección y 10 reactivos de Hostilidad, se agrupan como se muestra en la siguiente tabla.

<b>Componentes:</b>	<b>Reactivos</b>
<i>Crítica</i>	1, 3, 5, 9, 15, 16, 18, 27, 29, 30
<i>Sobreprotección</i>	2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 20, 26
<i>Hostilidad</i>	7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 28

## RESULTADOS

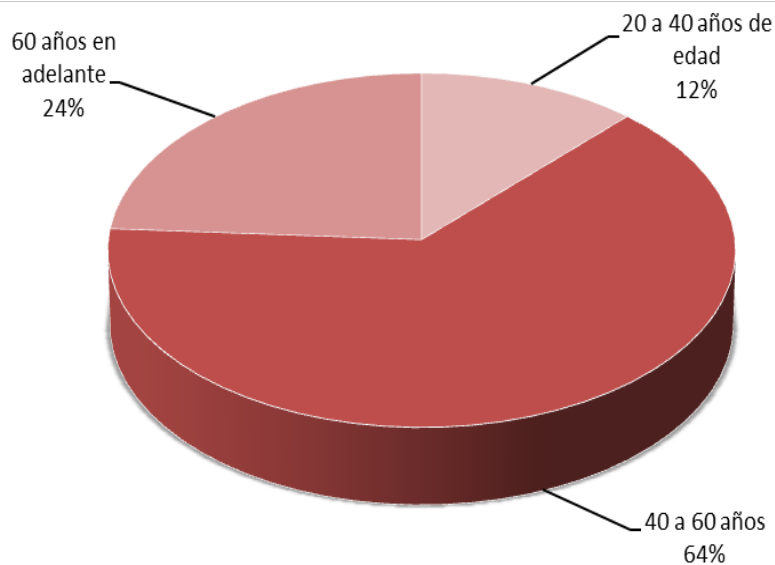
Para poder llevar a cabo la investigación presentada, se tomó en cuenta el grupo de familiares responsables de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, del área de hospital parcial de fin de semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, que asistían al grupo psicoeducativo. La muestra inicial fue de 30 familiares pero la deserción del tratamiento y algunos más que no cumplían con los criterios de inclusión, hicieron que se redujera a 23 sujetos que fue el total de la población. El estudio se realizó con ayuda del personal del hospital y pasantes en la carrera de psicología que apoyaron principalmente en la aplicación del instrumento, se realizó una preaplicación y una postaplicación para poder observar si el asistir al grupo psicoeducativo tenía alguna influencia en cuanto a la modificación de la Emoción Expresada. Los resultados obtenidos se presentaran en el siguiente orden, primero se describen los datos sociodemográficos de la muestra, seguido de los datos pre y post a la aplicación del instrumento dividido por sexo, edad y parentesco.

Con respecto al género se observó que la mayor proporción (65%), correspondió a mujeres. (Ver fig. 1)



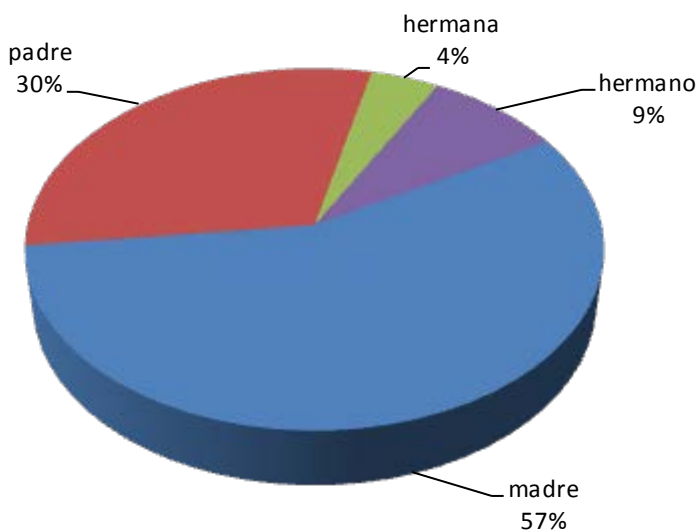
**Figura 1 Distribución de la muestra por género**

La mayoría de los participantes se encontraban entre los 40 a 60 años de edad, con un porcentaje de (64%). (Ver fig. 2)



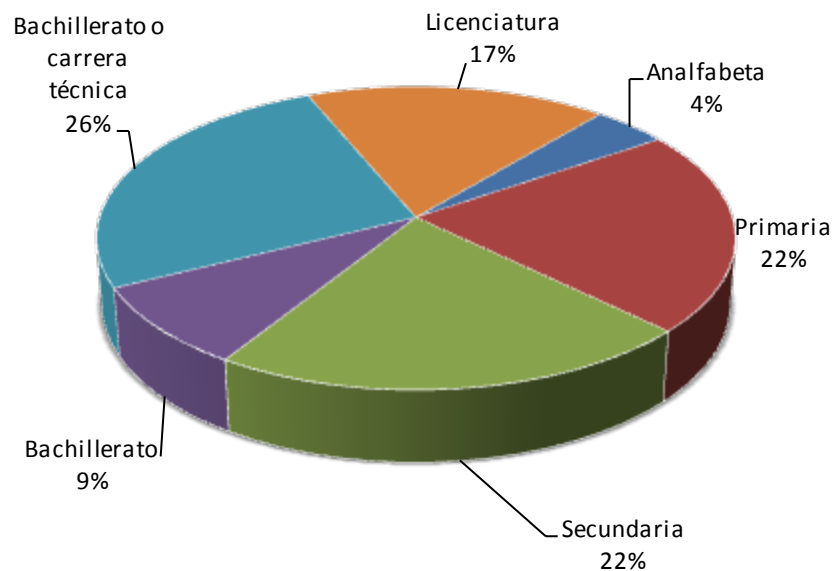
**Figura 2 Distribución de la muestra por edad**

En cuanto al parentesco del paciente con el familiar responsable, la muestra arrojó que la mayor proporción (57%), correspondió a las madres. (Ver fig. 3)



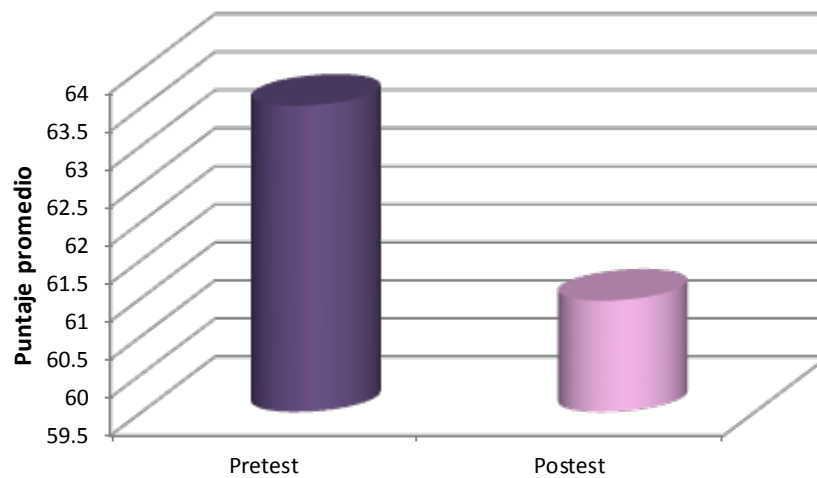
**Figura 3 Distribución de la muestra por parentesco**

Se observó que la mayoría de los familiares responsables tenían un nivel educativo de bachillerato o carrera técnica (26%). (Ver fig. 4)



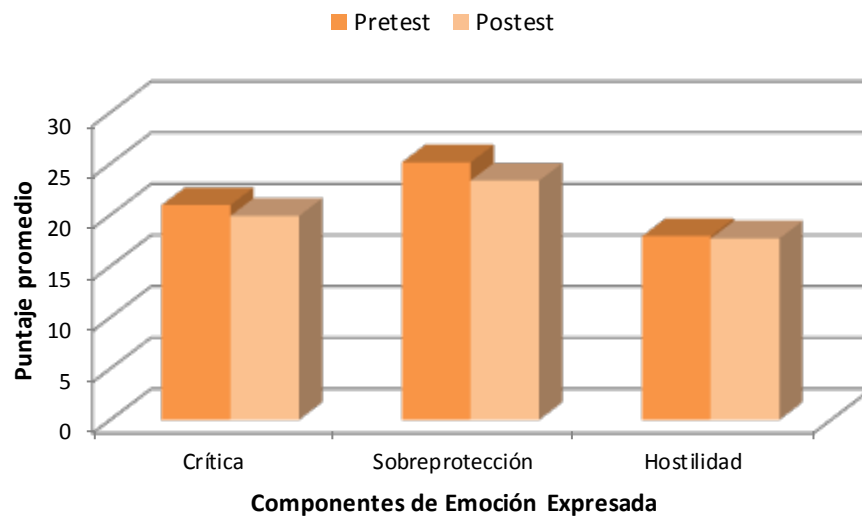
**Figura 4 Distribución de la muestra por escolaridad**

Una vez concluida la presentación de datos relacionados con la descripción demográfica de los participantes, se procedió a realizar un análisis descriptivo del promedio total de la Emoción Expresada antes y después del programa psicoeducativo. De igual manera se incluyeron los puntajes promedio de cada uno de los componentes de este factor (crítica, sobreprotección y hostilidad); este análisis se dividió en muestra total, por sexo, por edad y por parentesco.



**Figura 5 Distribución total de Emoción Expresada Pre y Post**

Con respecto a los resultados del total de la Emoción Expresada antes y después del grupo psicoeducativo, fue posible observar que sí hubo una disminución después de la asistencia por parte de los participantes a dicho grupo, aunque la disminución fuera muy pequeña. (Ver fig. 5)

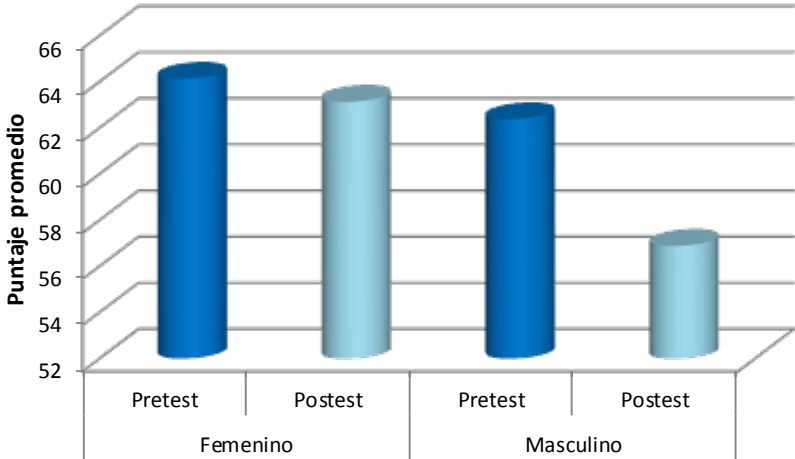


**Figura 6 Distribución total por componente Pre y Post**

De manera particular se observaron cambios en cada uno de los componentes de la Emoción Expresada, aún en el caso del componente de Hostilidad cuya variación fue mínima. (Ver fig. 6)

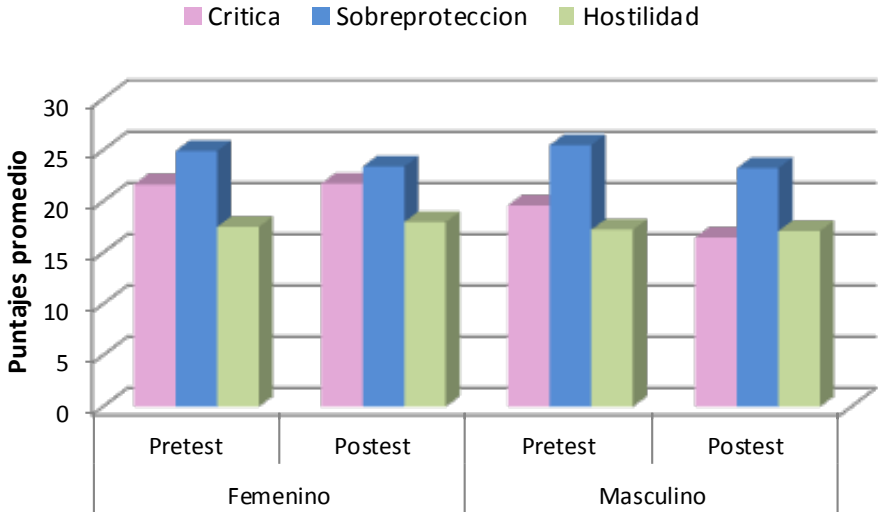


El análisis que se realizó por sexo mostró las diferencias en Emoción Expresada que había entre hombres y mujeres. La muestra total refirió una disminución en ambos sexos, pero en el caso de los hombres fue mayor. (Ver fig. 7)



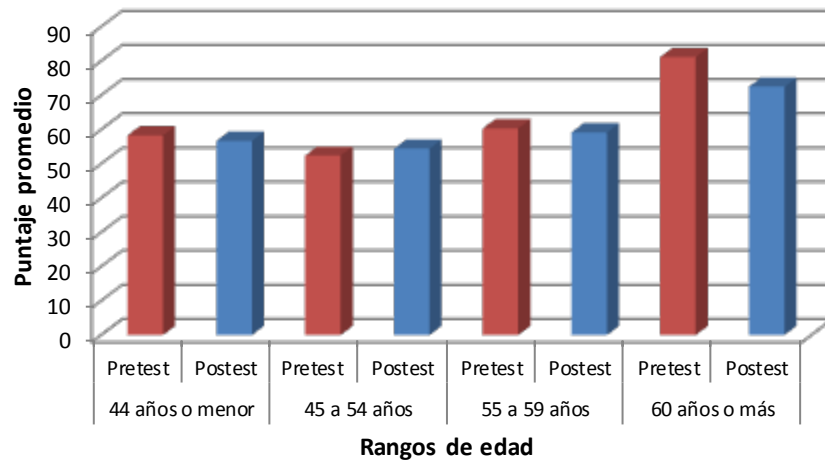
**Figura 7 Distribución total de Emoción Expresada Pre y Post por sexo**

Con respecto a los componentes de la Emoción Expresada, nuevamente fueron los hombres quienes tuvieron mayores cambios; principalmente en el componente de la Crítica, mientras que las mujeres sólo mostraron una disminución en el componente de Sobreprotección. (Ver fig. 8)



**Figura 8 Distribución por componente Pre y Post por sexo**

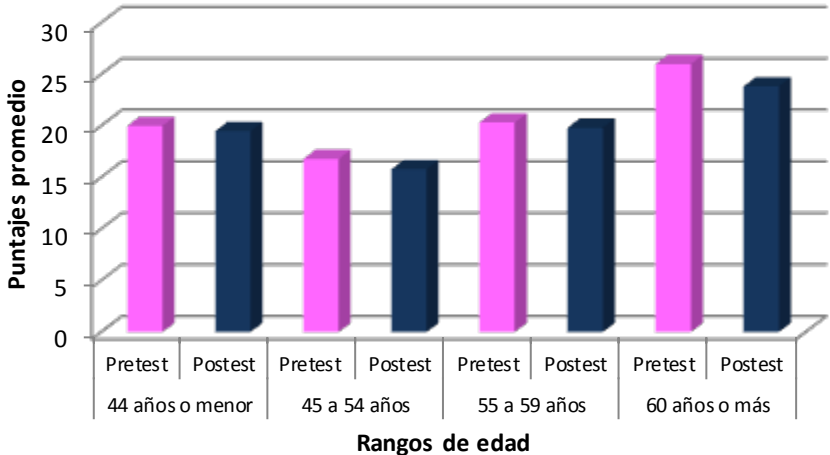
Siguiendo con el análisis, los resultados del total de la Emoción Expresada en cuanto a la edad de los participantes, mostraron que los familiares responsables que se encontraban entre los 45 y 54 años, tuvieron un aumento en el total de ésta, mientras que los que estaban en el rango de 60 años o más tuvieron la mayor disminución en el total de la Emoción Expresada, de toda la muestra. (Ver fig. 9)



**Figura 9 Distribución total de Emoción Expresada Pre y Post por edad**

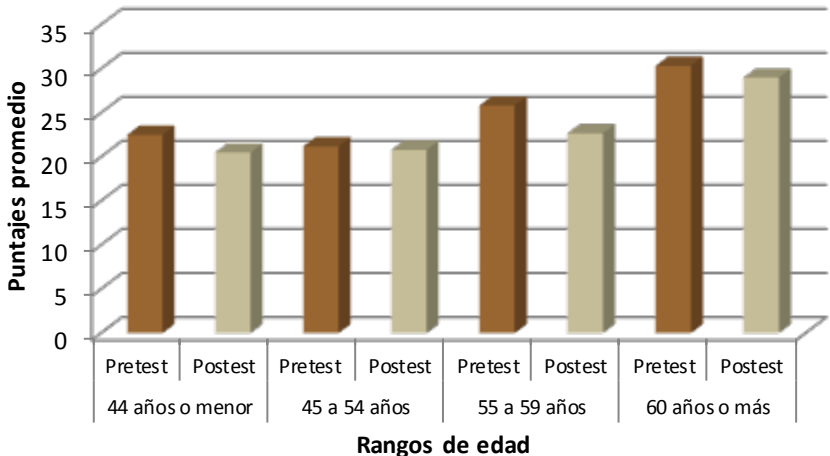
Se realizó un análisis de cada uno de los componentes de la Emoción Expresada por rangos de edad, de manera que se muestran inicialmente los resultados del componente Crítica, en seguida Sobreprotección y por último Hostilidad.

Los participantes que se encontraban entre los 60 años o más, fueron los que mostraron mayores puntajes en el componente de crítica, tanto en el pretest como en el postest, mientras que los participantes que se encontraban en los 44 años o menos tuvieron una modificación casi mínima de este componente. (Ver fig. 10)



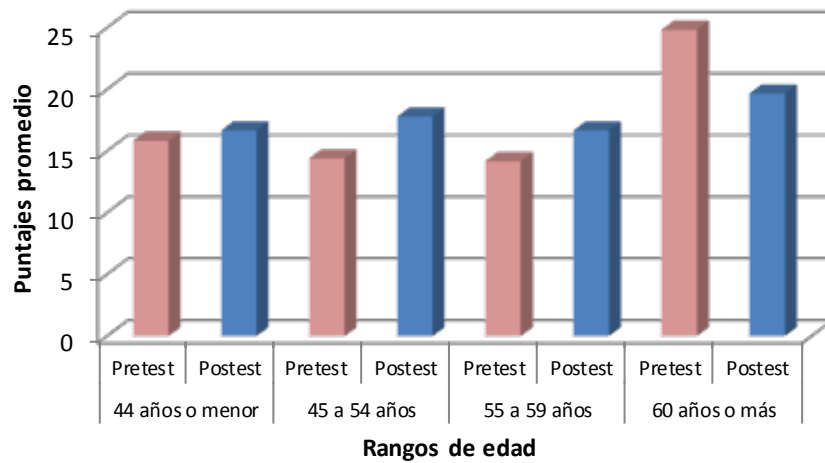
**Figura 10 Distribución del componente Crítica Pre y Post por edad**

En lo que respecta a la Sobreprotección el rango de edad de 55 a 59 años mostró el mayor cambio en cuanto a una disminución de este componente, aunque los resultados de los demás participantes también tuvieron una disminución, ésta fue mínima. (Ver fig. 11)



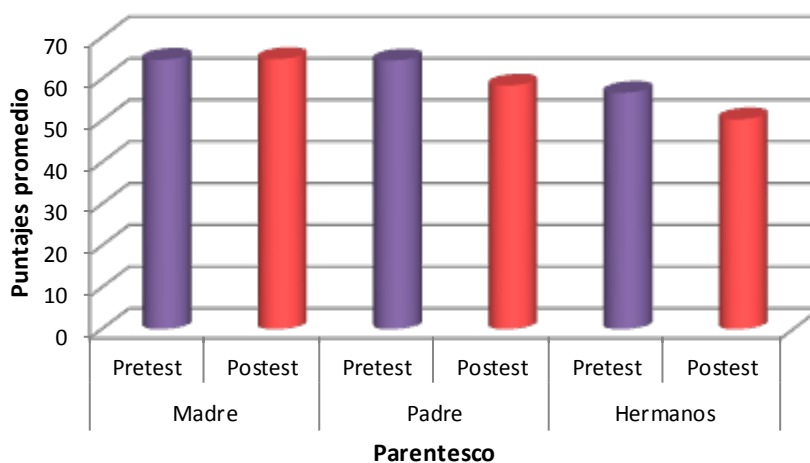
**Figura 11 Distribución del componente Sobreprotección Pre y Post por edad**

**Figura 12 Distribución del componente Hostilidad Pre y Post por edad**



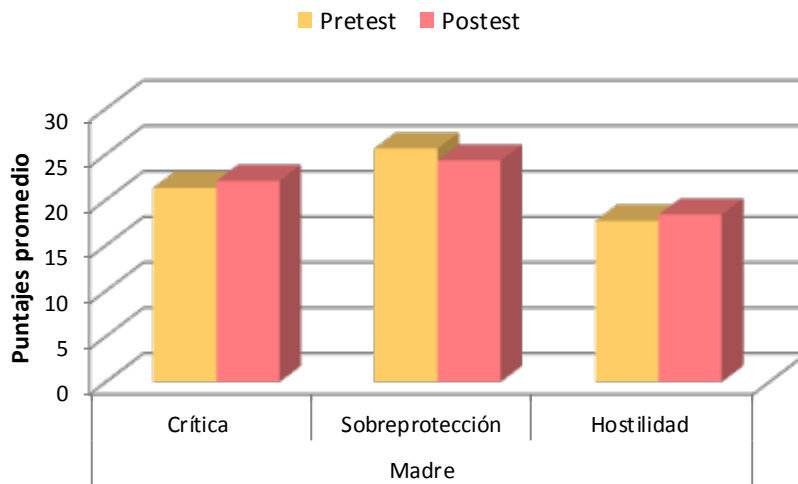
El componente de hostilidad pudo mostrar que los participantes que se encontraban en el rango de 60 años o más, fueron los que tuvieron el mayor cambio de toda la muestra, en tanto que los que se encontraban entre los 45 a 54 años tuvieron un aumento importante en este componente. (Ver fig. 12)

En lo que respecta a los resultados del análisis descriptivo pre y post por parentesco, fue necesario hacer una división entre los totales de la Emoción Expresada y sus componentes dependiendo del parentesco. Se iniciará con los totales de la Emoción Expresada, en seguida los resultados de la madre, luego los del padre y por último los hermanos, de manera que las gráficas estarán divididas del mismo modo.



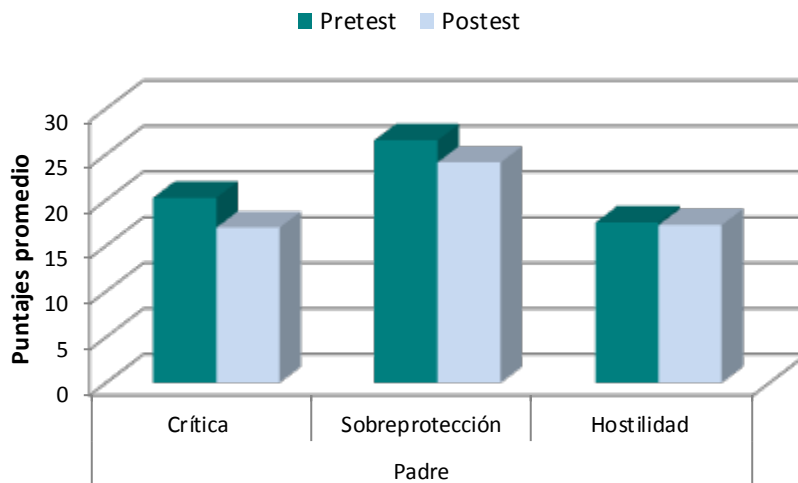
**Figura 13 Distribución total de Emoción Expresada Pre y Post por parentesco**

Estos resultados mostraron que la madre tuvo un ligero aumento en el total de la Emoción Expresada después de la asistencia al grupo psicoeducativo, mientras que los hermanos mostraron los menores niveles en el pretest como en el postest. (Ver fig. 13)



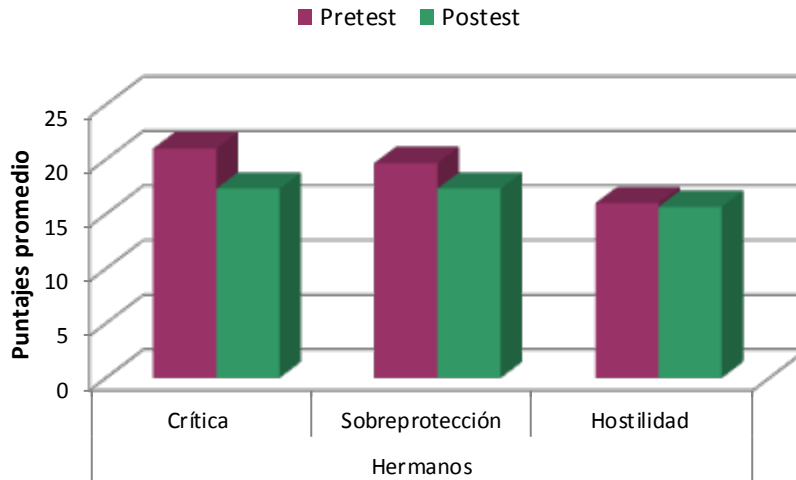
**Figura 14 Distribución Pre y Post por parentesco (Madre)**

Siguiendo con el análisis de resultados de los componentes de la Emoción Expresada por parentesco, estos arrojaron que la madre sólo tuvo una disminución en el componente de sobreprotección, mientras que hubo un incremento en los demás, que si bien no es grande no deja de ser un aumento. (Ver fig. 14)



**Figura 15 Distribución Pre y Post por parentesco (Padre)**

En lo que respecta al padre, éste tuvo una disminución importante tanto el componente de Crítica como en el de Sobreprotección, mientras que el componente de hostilidad tuvo una disminución casi mínima. (Ver fig. 15)



**Figura 16 Distribución Pre y Post por parentesco (Hermanos)**

En cuanto a los hermanos, ellos fueron quienes mostraron los menores puntajes de los componentes, pero fue en el de la Crítica donde hubo un mayor cambio. (Ver fig. 16)

Una vez que se concluyó con el análisis de los datos sociodemográficos de la muestra y descriptivos de las variables de estudio, se procedió a realizar las comparaciones estadísticas para determinar si las diferencias observadas entre los grupos antes y después de la intervención psicoeducativa resultaron estadísticamente significativas.

El grupo psicoeducativo es parte de la intervención familiar, tiene como objetivo proporcionar información científica acerca de la naturaleza de la enfermedad, los beneficios de la medicación etc., a fin de reducir la angustia del familiar responsable, favoreciendo la conciencia de enfermedad en los familiares de los pacientes y promoviendo un cambio de actitud hacia la enfermedad mental.

Para determinar si la aplicación de la intervención psicoeducativa resultó significativa, se realizaron diversas comparaciones que se resumen de la siguiente forma:

- ❖ Comparaciones en los componentes de la Emoción Expresada entre los grupos de: sexo, edad, parentesco. Las cuales se realizaron en dos fases:
  - Fase 1: Comparaciones pretest, las cuales se aplicaron con la finalidad de demostrar los efectos de la intervención psicoeducativa, probando que los grupos no eran diferentes de antemano.
  - Fase 2: Comparaciones posttest, las cuales se aplicaron con la finalidad de demostrar la efectividad de la intervención psicoeducativa y diferenciarla en cada uno de los componentes de la Emoción Expresada.
  - Fase 3: Comparaciones pretest-posttest por componente de la emoción expresada para determinar las diferencias en cada uno de estos, como resultado de la intervención psicoeducativa.



En primer término se realizó una comparación por sexo con los valores obtenidos en el pretest, la **Tabla 1** muestra que tal y como se esperaba no existieron diferencias significativas entre los grupos, lo cual demostró que los grupos no eran diferentes de antemano.

**Tabla 1 Comparación por sexo Pretest**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>Crítica</b>	Femenino	21.67	5.39	21	.827	.417
	Masculino	19.63	6.09			
<b>Sobreprotección</b>	Femenino	24.93	5.78	21	-.20	.84
	Masculino	25.50	7.52			
<b>Hostilidad</b>	Femenino	17.53	5.99	21	.10	.91
	Masculino	17.25	6.79			
<b>Total EE</b>	Femenino	64.13	14.02	21	.25	.80
	Masculino	62.38	19.04			

Posteriormente se procedió a realizar una comparación por sexo con los puntajes obtenidos en el postest, observando que en términos generales los hombres disminuyeron todos sus puntajes, resultando que el factor de postcrítica obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (Ver tabla 2)

**Tabla 2 Comparación por sexo Postest**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>Crítica</b>	Femenino	21.73	4.65	21	2.70	.01
	Masculino	16.50	3.89			
<b>Sobreprotección</b>	Femenino	23.40	4.18	21	.06	.95
	Masculino	23.25	7.28			
<b>Hostilidad</b>	Femenino	18.00	2.82	21	.56	.57
	Masculino	17.13	4.85			
<b>Total EE</b>	Femenino	63.13	8.96	21	1.29	.21
	Masculino	56.86	14.38			

La comparación por grupos de edad, pudo mostrar que ésta es una característica que influye en la Emoción Expresada, aún antes de la intervención psicoeducativa. Otro elemento importante a señalar, fue el hecho de que los participantes que se encontraban en el rango de edad de 60 años o más fueron quienes mostraron los mayores puntajes, tanto en cada uno de los componentes como en el total, sin embargo también fue el grupo que mayor disminución presentó después de la intervención. (Ver tablas 3 y 4)

**Tabla 3 Comparación pretest por grupos de edad**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b><i>Crítica</i></b>	44 años o menor	20	5.29	3	3.53	.03
	45 a 54 años	16.80	2.77			
	55 a 59 años	20.33	5.31			
	60 años o más	26	5.09			
<b><i>Sobreprotección</i></b>	44 años o menor	22.5	4.84	3	3.09	.05
	45 a 54 años	21.2	4.07			
	55 a 59 años	25.83	6.43			
	60 años o más	30.33	6.18			
<b><i>Hostilidad</i></b>	44 años o menor	15.83	4.16	3	7.69	.00
	45 a 54 años	14.40	2.60			
	55 a 59 años	14.17	3.43			
	60 años o más	24.83	6.33			
<b><i>Total EE</i></b>	44 años o menor	58.33	11.75	3	6.60	.00
	45 a 54 años	52.40	8.32			
	55 a 59 años	60.33	12.25			
	60 años o más	81.17	13.25			

De manera específica cabe señalar que el postest mostró resultados favorables, dada la disminución de los promedios en los componentes de la EE y en el total, exceptuando el componente de Hostilidad que fue el único factor que tuvo un aumento. (Ver tabla 4)

**Tabla 4 Comparación posttest por grupos de edad**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b><i>Crítica</i></b>	44 años o menor	19.50	4.46	<b>3</b>	<b>3.01</b>	<b>.05</b>
	45 a 54 años	15.80	3.34			
	55 a 59 años	19.83	3.43			
	60 años o más	23.83	5.84			
	44 años o menor	19.50	4.46			
<b><i>Sobreprotección</i></b>	44 años o menor	20.50	4.08	<b>3</b>	<b>5.10</b>	<b>.05</b>
	45 a 54 años	20.80	2.77			
	55 a 59 años	22.67	5.57			
	60 años o más	29.00	3.79			
	44 años o menor	20.50	4.08			
<b><i>Hostilidad</i></b>	44 años o menor	16.67	2.65	<b>3</b>	<b>1.00</b>	<b>.41</b>
	45 a 54 años	17.80	1.92			
	55 a 59 años	16.67	2.58			
	60 años o más	19.67	5.35			
	44 años o menor	16.67	2.65			
<b><i>Total EE</i></b>	44 años o menor	56.67	9.79	<b>3</b>	<b>4.43</b>	<b>.01</b>
	45 a 54 años	54.40	4.87			
	55 a 59 años	59.17	10.38			
	60 años o más	72.50	10.21			
	44 años o menor	56.67	9.79			

En cuanto a la comparación por parentesco, ésta mostró que fueron las madres quienes tuvieron los puntajes más altos casi en todos los componentes y en el total de la EE, excepto en el componente de Sobreprotección y únicamente en la evaluación pretest, donde los padres fueron los que tuvieron el mayor puntaje. (Ver tabla 5)

**Tabla 5 Comparación pretest por parentesco**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b><i>Crítica</i></b>	Madre	21.31	5.67	2	.07	.93
	Padre	20.29	6.26			
	Hermanos	21.00	5.56			
<b><i>Sobreprotección</i></b>	Madre	25.62	5.76	2	1.41	.26
	Padre	26.57	7.43			
	Hermanos	19.67	3.78			
<b><i>Hostilidad</i></b>	Madre	17.69	6.30	2	.08	.91
	Padre	17.57	7.27			
	Hermanos	16.00	3.60			
<b><i>Total EE</i></b>	Madre	64.62	14.942	2	.31	.73
	Padre	64.43	19.595			
	Hermanos	56.67	9.018			

También fue posible observar una disminución en los niveles tanto del total de Emoción Expresada como de cada uno de sus componentes. Sin embargo dicha diferencia solo resultó significativa en el componente de Crítica en la evaluación posttest. (Ver tabla 6)

**Tabla 6 Comparación posttest por parentesco**

	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Crítica</b>	Madre	22.08	4.92	<b>2</b>	<b>3.40</b>	<b>.05</b>
	Padre	17.00	3.91			
	Hermanos	17.33	3.78			
<b>Sobreprotección</b>	Madre	24.31	3.66	2	2.53	.10
	Padre	24.14	7.38			
	Hermanos	17.33	1.52			
<b>Hostilidad</b>	Madre	18.38	2.46	2	.81	.45
	Padre	17.29	4.92			
	Hermanos	15.67	3.51			
<b>Total EE</b>	Madre	13	64.7	2	2.59	.10
	Padre	7	58.4			
	Hermanos	3	50.3			

Posteriormente se llevó a cabo la comparación entre los componentes y el total de la Emoción Expresada antes y después de la intervención psicoeducativa, en la **Tabla 7** es posible observar que en el caso de la muestra total sí hubo una disminución como se esperaba, mientras que los puntajes de los componentes de la EE disminuyeron excepto la Hostilidad y únicamente el componente de Sobreprotección resultó con una diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 7 Comparación Pretest y Postest por componente**

<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estandar</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>Precrítica</b>	20.96	5.59	22	1.23	.23
<b>Postcrítica</b>	19.91	5.00			
<b>Presobreprotección</b>	25.13	6.27	<b>22</b>	<b>2.82</b>	<b>.01</b>
<b>Postsobreprotección</b>	23.35	5.29			
<b>Prehostilidad</b>	17.43	6.13	22	-.28	.78
<b>Posthostilidad</b>	17.70	3.45			
<b>Pretotal</b>	63.52	15.53	22	1.46	.15
<b>Posttotal</b>	60.96	11.23			

Una vez que se corroboró que la mayoría de los componentes y el total de la EE disminuyeron su promedio tal y como se esperaba, se procedió a realizar otra comparación pretest contra postest, separando a los participantes por grupo de edad, sexo y parentesco.

En los resultados de comparación pre y post por grupo de edad, fue posible observar que los participantes que se encontraron en el rango de edad de 45 a 54 años tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en el componente de Hostilidad. Los que se encontraron en el rango de edad de 60 años o más, fueron los que tuvieron los mayores puntajes tanto en el pre como en el post, pero también fueron ellos los que tuvieron la mayor disminución en el total de la EE. (Ver tabla 8)

**Tabla 8 Comparación pretest y postest por grupos de edad**

<b>Edad en rangos</b>	<b>Grupo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estandar</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>44 años o menor</b>	Precrítica	20.00	5.29	5	.28	.79
	Postcrítica	19.50	4.46			
	Presobreprotección	22.50	4.84	5	1.93	.11
	Postsobreprotección	20.50	4.08			
	Prehostilidad	15.83	4.16	5	-.69	.51
	Posthostilidad	16.67	2.65			
	Pretotal	58.33	11.75	5	.49	.64
	Posttotal	56.67	9.79			
<b>45 a54 años</b>	Precrítica	16.80	2.77	4	.40	.70
	Postcrítica	15.80	3.34			
	Presobreprotección	21.20	4.08	4	.40	.70
	Postsobreprotección	20.80	2.77			
	Prehostilidad	14.40	2.60	<b>4</b>	<b>-2.63</b>	<b>.05</b>
	Posthostilidad	17.80	1.92			
	Pretotal	52.40	8.32	4	-.44	.68
	Posttotal	54.40	4.87			
<b>55 a 59 años</b>	Precrítica	20.33	5.31	5	.40	.70
	Postcrítica	19.83	3.43			
	Presobreprotección	25.83	6.43	<b>5</b>	<b>2.78</b>	<b>.03</b>
	Postsobreprotección	22.67	5.57			
	Prehostilidad	14.17	3.43	5	-1.57	.17
	Posthostilidad	16.67	6.43			
	Pretotal	60.33	12.25	5	.37	.72
	Posttotal	59.17	10.38			
<b>60 años o más</b>	Precrítica	26.00	5.09	5	1.25	.26
	Postcrítica	23.83	5.84			
	Presobreprotección	30.33	6.18	5	.77	.47
	Postsobreprotección	29.00	3.79			
	Prehostilidad	24.83	6.33	<b>5</b>	<b>5.04</b>	<b>.00</b>
	Posthostilidad	19.67	5.35			
	Pretotal	81.17	13.25	<b>5</b>	<b>3.58</b>	<b>.01</b>
	Posttotal	72.50	10.21			

**Tabla 9 Comparación Pretest y Postest por sexo**

<b>Grupo</b>		<b>Media</b>	<b>Desv. Estandar</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>Femenino</b>	Precrítica	21.67	5.39	14	-.07	.94
	Postcrítica	21.73	4.65			
	Presobreprotección	24.93	5.78	14	1.76	.09
	Postsobreprotección	23.40	4.18			
	Prehostilidad	17.53	5.99	14	-.35	.72
	Posthostilidad	18.00	2.82			
	Pretotal	64.13	14.02	14	.48	.63
	Posttotal	63.13	8.96			
<b>Masculino</b>	Precrítica	19.63	6.09	7	1.91	.09
	Postcrítica	16.50	3.89			
	Presobreprotección	25.50	7.52	<b>7</b>	<b>2.61</b>	<b>.03</b>
	Postsobreprotección	23.25	7.28			
	Prehostilidad	17.25	6.79	7	.11	.91
	Posthostilidad	17.13	4.58			
	Pretotal	62.38	19.04	7	1.75	.12
	Posttotal	56.88	14.38			

La comparación que se llevó a cabo por sexo, mostró que fueron los hombres quienes tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en el componente de Sobreprotección, mientras que las mujeres tuvieron un aumento en los componentes de Crítica y Hostilidad. (Ver tabla 9)



**Tabla 10 Comparación Pretest y Postest por parentesco**

Parentesco	Grupo	Media	Desv. Estandar	gl	t	Sig.
<b>Madre</b>	Precrítica	21.31	5.67	12	-.96	.35
	Postcrítica	22.08	4.92			
	Presobreprotección	25.62	5.76	12	1.35	.20
	Postsobreprotección	24.31	3.66			
	Prehostilidad	17.69	6.30	12	-.45	.65
	Posthostilidad	18.38	2.46			
	Pretotal	64.62	14.94	12	-.06	.94
	Posttotal	64.77	8.18			
	<b>Padre</b>	Precrítica	20.29	6.26	6	1.75
Postcrítica		17.00	3.91			
Presobreprotección		26.57	7.43	<b>6</b>	<b>2.49</b>	<b>.04</b>
Postsobreprotección		24.14	7.38			
Prehostilidad		17.57	7.27	6	.21	.83
Posthostilidad		17.29	4.92			
Pretotal		64.43	19.59	6	1.67	.14
Posttotal		58.43	14.79			
<b>Hermanos</b>		Precrítica	21.00	5.56	2	2.20
	Postcrítica	17.33	3.78			
	Presobreprotección	19.67	3.78	2	1.75	.22
	Postsobreprotección	17.33	1.52			
	Prehostilidad	16.00	3.60	2	.50	.66
	Posthostilidad	15.67	3.51			
	Pretotal	56.67	9.01	2	2.89	.10
	Posttotal	50.33	6.65			

En lo que respecta al parentesco, las madres mostraron un aumento en el total de la EE, mientras que el padre tuvo una diferencia estadísticamente significativa en el componente de Sobreprotección, y los hermanos tuvieron la mayor disminución en el total de EE de los tres (madre, padre, hermanos). (Ver tabla 10)

Como fue posible observar los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico, la intervención psicoeducativa que brinda el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, sí tuvo una influencia en la modificación de la Emoción Expresada del cuidador o familiar responsable, lo cual se demostró dependiendo de la edad, el sexo y el parentesco que había entre los participantes y el paciente.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio, fue evaluar la influencia del modelo psicoeducativo para familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, determinando si existía o no alguna modificación en la Emoción Expresada (EE) de cada uno de los participantes después de su aplicación, tomando en cuenta las características sociodemográficas y clínicas. Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis inicial de trabajo, en la que se esperaba encontrar que la Emoción Expresada sí se modificaría con la intervención psicoeducativa.

En el caso de la presente muestra, la población estuvo conformada por familiares responsables de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en su mayoría por mujeres que eran las madres de los pacientes. Los participantes se encontraron en un rango de edad de 40 a 60 años con un 64% del total de la muestra, tenían escolaridad máxima de bachillerato o carrera técnica. Rascón (1999) y Rascón, Díaz, López y Reyes (1997), encontraron características sociodemográficas similares, halladas en investigaciones con el objetivo de medir la EE con cuidadores de pacientes esquizofrénicos.

En lo que respecta a los resultados del total de EE antes y después de la aplicación del grupo psicoeducativo, fue posible observar que hubo una disminución en el total de ésta, diversos autores han desarrollado estrategias de intervención para poder controlar la EE, éstas han sido evaluadas de forma controlada lo cual permite conocer su eficacia y su valor frente a otras formas de tratamiento (Vizcarro y Arévalo, 1987)

Berkowitz Kuipers, Eberlein-Vries y Leff (1981 en Vizcarro y Arévalo 1987), desarrollaron un paquete de intervenciones sociales, el cual se encuentra compuesto primero por un programa educativo que es muy útil a la hora de incrementar el conocimiento y la comprensión de la esquizofrenia, facilitando el desarrollo de actitudes optimistas y ayudando a concebir al paciente como una persona, no sólo como alguien que padece un serio trastorno.

El segundo elemento que mencionan estos autores es el grupo de familiares, el cual busca brindar apoyo emocional a los familiares dándoles la oportunidad de pertenecer a un grupo, en el que puedan sentirse identificados con sus semejantes.

El grupo psicoeducativo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, conjunta los puntos antes descritos brindando por una parte el conocimiento teórico acerca de la enfermedad, así como el manejo clínico y terapéutico que se requiere para los pacientes, mientras que por otro lado brinda la contención necesaria para poder hablar acerca de sus sentimientos, dudas o simplemente para sentirse identificados con sus compañeros.

En cuanto a los resultados del total de EE y de cada uno de sus componentes (Crítica, Sobreprotección y Hostilidad), el total sí mostró una disminución, lo cual demuestra que el grupo psicoeducativo cumple con las funciones básicas, de brindar conocimientos sobre la enfermedad en un espacio de retroalimentación para sus participantes, disminuyendo la EE. El componente de sobreprotección fue el que tuvo el mayor cambio de los tres, Hall y Docherty, (2000) mencionan que este componente se ve reflejado más comúnmente en los padres, expresando una respuesta emocional exagerada y desproporcionada con respecto al paciente, puede presentarse como preocupación pero tiende a cruzar la línea y convertirse en intrusivo.

En su mayoría dentro de la muestra el parentesco del familiar responsable con el paciente eran madres con un 57% y padres con un 30%, lo cual corrobora lo antes mencionado por estos autores.

Con relación a la edad, los familiares que se encontraron en el rango de edad de 45 a 54 años tuvieron un aumento en el total de la emoción expresada y un aumento considerable en el componente de hostilidad. Un estudio realizado en una muestra de familiares con pacientes que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria, mostró que a mayor tiempo de evolución la actitud hacia la enfermedad era más negativa, la hostilidad era mayor y la EE obtuvo

puntuaciones más elevadas, (Pérez, Quiles, Romero, Pamies-Aubalat y Quiles, 2014), de manera que al pasar de los años, la evolución de la enfermedad y la edad del cuidador se ven relacionadas, explicando el porqué de los puntajes de nuestra muestra.

Existe poca literatura sobre el tema y ésta señala resultados contradictorios, algunas investigaciones no asocian el nivel de EE con el tiempo de evolución en los trastornos psiquiátricos, (Medina *et al.*, 2009 en Pérez, *et al.*, 2014), mientras que otros estudios como el de Le Grange (*et al.*, 1992 en Pérez, *et al.*, 2014) señalan que los cuidadores de pacientes con mayor evolución del problema tienen mayores puntuaciones en EE. Esto concuerda con la muestra del estudio pues fueron los participantes de 60 años en adelante quienes mostraron los mayores puntajes tanto en el total de EE, como en cada uno de los componentes; es importante destacar que fueron ellos quienes mostraron la mayor disminución de los mismos en el postest.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación con el parentesco, fue posible observar que las madres tuvieron un ligero aumento en el total de la Emoción Expresada. Una explicación a estos resultados podría sugerir que siendo la mayoría de los cuidadores mujeres y madres, han sido educadas para desempeñar ciertos roles sociales. Díaz-Guerrero (1994), concluye después de diversas investigaciones que comparaban nuestra cultura con otras, que: se espera de las mujeres mexicanas devoción completa, tolerancia, sobreprotección, autosacrificio y abnegación, sin tomar en cuenta sus deseos y necesidades.

A lo largo del tiempo y sobre todo en nuestra cultura el papel de la mujer es el de la crianza y el de cuidadora, rol al que no puede negarse pues sería catalogada como “mala madre”, de ahí el que la mayoría de los familiares responsables sean mujeres y madres. Sin embargo, los resultados de ésta muestra demostraron una disminución en el componente de Sobreprotección; aunque no así en el de Hostilidad y Crítica que fueron los que tuvieron un aumento. Un estudio realizado por Espina, Pumar, González, Santos, García y Ayerbe (2000), encontraron que los familiares con niveles altos en crítica tienen menos cantidad de apoyo social

que los que se muestran con niveles bajos en este componente. Por lo tanto, es posible que las madres que asisten al grupo psicoeducativo, no encuentran el apoyo necesario por parte del grupo, para poder descargar sus tensiones generadas en relación con el hijo, lo cual da lugar a un puntaje mayor en el componente de Crítica.

Esto se relaciona también con los resultados obtenidos en las comparaciones por sexo, donde se muestran las diferencias entre hombres y mujeres, ya que si bien hubo una disminución en ambos sexos fueron los hombres los que tuvieron la mayor disminución, mientras que las mujeres tuvieron los mayores niveles casi en todos los componentes. Brown, Birley y Wing (1972 en Becerra, 2008), estudiaron el aislamiento social de los familiares del enfermo, mostrando que éste se encuentra relacionado con la EE, así los familiares más aislados socialmente mostraban menor tolerancia a los síntomas. Esto es lo que ocurre más comúnmente con las madres, pues ellas son quienes generalmente pasan más horas en casa con el enfermo, explicando los resultados obtenidos por parte de esta muestra.

En tanto que el sexo masculino y los padres, mostraron una disminución en el total de la EE y una diferencia estadísticamente significativa en el componente de sobreprotección, esto puede ser explicado por el mayor número de contactos sociales que tienen ellos, por ejemplo al salir a laborar en un empleo, lo cual hace que se reduzca la emoción expresada.

Boye, Bentsen, Notland, Munkvold, Lersbryggen, Oskarsson, Uren, Ulstein, Bjorge, Lingjaerde y Malt (1999 en Becerra, 2008) mencionan que es posible observar una relación entre el contacto directo que se tiene entre el familiar y el enfermo, mostrando que los familiares con alto nivel de Emoción Expresada tenían un mayor contacto semanal con el enfermo, en comparación con familiares con bajo nivel de Emoción Expresada, lo cual se corrobora en esta investigación dados los puntajes obtenidos.

Los hermanos fueron quienes mostraron los menores puntajes de los componentes, pero fue en el de Crítica donde hubo un mayor cambio. Esto pudo deberse a que no conviven tan directamente con el paciente o pasan menos horas semanales con él. Algunos pueden no estar presentes en el día a día de los pacientes, de manera que sean más tolerantes con ellos por no compartir la totalidad de los síntomas que la enfermedad implica, por lo tanto su actitud hacia el paciente es más positiva.

Estos resultados se contraponen con lo que mostró Pérez (*et al.*, 2014) donde los hermanos tenían menor tolerancia hacia el paciente, que el padre o la madre; la explicación según Pérez (*et al.*, 2014) a esta menor tolerancia por parte de los hermanos, se debía a la incomprensión de la enfermedad, de sus síntomas o de las necesidades que los pacientes tienen. También podría deberse a la falta de atención que en muchas ocasiones sufren los hermanos de los pacientes por parte del resto de miembros familiares.

Para Lemos y Muñiz (1989 en Muela y Godoy 2001), las familias mexicanas son más numerosas que las anglosajonas, por lo que la actitud de alta EE de uno de los familiares hacia el paciente, puede verse compensada por la que toman el resto de los familiares. Las familias mexicanas tienen un mayor nivel de intercambio emocional entre sus miembros, por lo que la disminución del contacto entre ellos sería tomado como una retirada de atención o incluso como indiferencia de la familia hacia el paciente.

Como fue posible observar a lo largo del estudio, la esquizofrenia es una enfermedad mental grave que no sólo afecta al enfermo, sino que tanto la familia como las personas que están alrededor del paciente, sufren cambios en sus vidas. Es importante mencionar que grupos como el que brinda el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, son de mucha utilidad pues contribuyen a entender y tratar de manejar lo mejor posible una enfermedad como es la esquizofrenia.

## **Conclusiones**

- Ψ La presente muestra está compuesta en su mayoría por mujeres y madres de pacientes con esquizofrenia, la media de edad es de 40 a 60 años con una escolaridad máxima de bachillerato o carrera técnica.
- Ψ Los resultados demostraron que los cuidadores sí tuvieron una disminución en el total de la Emoción Expresada después de la intervención psicoeducativa aunque ésta fuera muy pequeña, corroborando la eficacia del mismo.
- Ψ En la distribución total que se realizó de cada componente fue posible observar la disminución de cada uno, aún en Hostilidad, donde la variación fue casi mínima.
- Ψ Fue posible observar que la edad es una variable importante, pues los participantes que se encontraban entre los 45 a 54 años mostraron un aumento en el total de la EE, mientras que los que se encontraban en el rango de 60 años o más mostraron los mayores niveles tanto en el total de EE, como de cada componente antes y después de la intervención; sin embargo después de la intervención este mismo rango de edad mostró la mayor disminución en el total de EE.
- Ψ El parentesco parece ser la variable más importante, pues fue la madre quien tuvo un ligero aumento en el total de la EE después del grupo psicoeducativo. Esto se relaciona con el rol social esperado por parte de las madres en donde la abnegación hacia los hijos es lo “socialmente correcto y lo más importante”. Cabe mencionar que para las madres el grupo psicoeducativo presenta algunas deficiencias en cuanto a la cantidad de apoyo social que les brinda, de manera que al no sentir ese apoyo resulta más complicado hablar acerca de las tensiones que se presentan al tener un hijo con un trastorno como la esquizofrenia. Mientras que los padres y hermanos sí disminuyeron sus puntajes.



Ψ La comparación que se realizó entre los componentes y el total de la EE, pudo demostrar que sí hubo una disminución en el total de EE corroborando la hipótesis de trabajo, donde se esperaba que la Emoción Expresada se modificara con la intervención psicoeducativa, mientras que los componentes sí disminuyeron sus puntajes exceptuando la Hostilidad.

## **Sugerencias**

- Ψ La primera sugerencia a considerar en siguientes investigaciones tiene que ver con el tamaño de la muestra, ya que este tipo de poblaciones suelen ser muy pequeñas.
- Ψ Dentro de los datos sociodemográficos, se sugiere tomar en cuenta si las familias son monoparentales o de padres divorciados, ya que esto puede generar repercusiones en los resultados del componente de sobreprotección.
- Ψ Tomar en cuenta el tiempo (horas) de contacto que hay entre los familiares y los pacientes semanalmente.
- Ψ En cuanto a los antecedentes personales, se recomienda indagar acerca de trastornos psiquiátricos mayores que pudieran haber padecido los familiares responsables, con la finalidad de encontrar alguna asociación entre la alta Emoción Expresada y la presencia de alguna psicopatología en los familiares.
- Ψ Otra sugerencia a considerar, es el tiempo que se tiene con el diagnóstico de esquizofrenia y el tiempo que tiene el familiar fungiendo como cuidador del mismo, así como las características del tiempo que pasan juntos.
- Ψ Por lo general, el espacio en el que se aplican los cuestionarios es otorgado por la misma institución y este puede presentarse en ocasiones como poco apropiado, pues llegan a ocurrir interrupciones mismas del servicio hospitalario, lo cual puede afectar en las respuestas dadas por los familiares.
- Ψ Se recomienda preguntar a los participantes, si ya han tenido algún tipo de intervención psicoeducativa con anterioridad, ya sea en otro centro hospitalario o clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1998). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Hormé.
- Albarrán, A. J. & Macías, M. A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en salud*, 9 (2).
- Aldaz, J. A. & Vázquez, C. (1996). *La esquizofrenia*. Madrid: Siglo XXI.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, C., Douglas, R., y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Barrios, A. & Cortés, J. (2003). *Estudio comparativo de dos servicios de hospital parcial para pacientes esquizofrénicos considerando el funcionamiento familiar y la adherencia terapéutica*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de psicología. México.
- Becerra, J. A. (2008). El constructo emoción expresada en la esquizofrenia. *Portales Médicos*. Recuperado de [http://www.spcv.org/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=714](http://www.spcv.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=714)
- Benítez, E., Chávez, E., & Ontiveros, M. P. (2005). Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*. 28. (2). Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10953/crianza\\_esquizofrenia.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10953/crianza_esquizofrenia.pdf)
- Bolton, C., Calam, R., Barrowelough, C., Peters, S., Roberts, J., Wearden, A. & Morris, J. (2003). Expressed Emotion, attributions and depression in mother of children with problem behavior. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 44. (2).
- Boszormenyi-nagy, I. (1991). *Terapia familiar y familias en conflicto*. Traducción de Carlos Valdés. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. España: Morata.
- Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Herder.

- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barret, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson.
- Castañeda, C. & Freyre, J. (1991). Evolución de las instituciones psiquiátricas en México. *Psiquis*. 1.
- Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Madrid: Tricastela.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Dellarossa, A. (1979). *Grupos de reflexión*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz, J. L., & Flores, E. O. (2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*. (24) 4.
- Díaz, J., Gonzalez, E., & Varela, C. (2001). Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrénicos, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación. México: Pfizer.
- Elkin, D. (2000). *Psiquiatría clínica*. España: McGraw Hill.
- Escardo, F. (1974). *Anatomía de la familia*. Argentina: El ateneo.
- Espina, E. A., Pumar, G. P., González, P. A., Santos, M. E., García, M. A., & Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis*. 21 (4)
- Esteinou, R. (2004). *La parentalidad en la familia: cambios y continuidades. Tomo III*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Evans, D. (2002). *Emoción: La ciencia del sentimiento*. Madrid: Taurus.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- García, P. R., Moreno, A., Freund, N., & Lahera, G. (2012). Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 32 (116).
- Giraldo, N. (2002). *Nuestras sexualidades*. Colombia: Digiprint Editores.
- Gracia, E., & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona; México: Paidós.
- Giraud, F. (1982). *De las problemáticas europeas al caso novohispano*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gross, R. D. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Guanilo, J. V. & Seclén, Y. M. (1993). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HD-HN*. Tesis para optar el título profesional de enfermería inédita. Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- Gutiérrez, M. (2011). *Frecuencia de hospitalización asociada a una alta emoción expresada en familias de pacientes esquizofrénicos del hospital "Fray Bernardino Álvarez"*. Tesis de especialidad en psiquiatría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. México.
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as predictors of Expressed Emotion. *Family Process*, 39 (4).
- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Subdirección de Servicios Ambulatorios. (2008). *Programa de Trabajo Hospital Parcial de Fin de Semana*. México: Secretaria de Salud.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. 4ª Ed. México: McGraw-Hill.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Kuipers, L., & Bebbington, P. (1988). Expressed emotion research in squizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*. 18.

- Leff, J., & Vaughn, C. E. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: The Guilford Press.
- López, V. O. (2011). *Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida de pacientes con trastorno depresivo mayor*. Tesis de maestría en Ciencias de la Salud en Investigación Clínica inédita. Instituto Politécnico Nacional. México.
- Mc Millan, J. F., Gold, A., Crow, T. J., Johnson, A., & Johnstone, E. (1986). Expressed Emotion and Relapse. *Br. J. Psychiatry*, 148.
- Mendoza, R. (2004). *Formas y expresiones de la familia. En dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial PAX.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Montero, I. & Ruiz, I. (1992). La entrevista familiar de Camberwell: (CFI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (42). Recuperado de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15278/15139>
- Mora, Y. (2005). *Carga Subjetiva y Emoción Expresada en el cuidador del paciente diagnosticado con esquizofrenia*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Morrison, J. (2002). *DSM-IV: Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Muela, J. & Godoy, J. (1997). El estrés crónico en la esquizofrenia. La emoción expresada. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Muela, J. & Godoy, J. (2001). Importancia de los componentes de la emoción expresada. *Clínica y Salud*. 12. (2).
- Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Hormé.
- Obiols, J. & Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, depósito legal.

- Obiols, J.E., & Vicens, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3 (2). Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen3/num2/66/etiologa-y-signos-de-riesgo-en-la-esquizofrenia-ES.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2000). *Guía de bolsillo del clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. España: Medicina Panamericana.
- Palmero, F. y Fernández-Abascal, E. G., (1988). *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Pérez, P. B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., & Quiles, J. M., (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de psicología*. 30. (1). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100004&script=sci_arttext)
- Peris, T. & Baker, B. (2000). Applications of the Expressed Emotion Construct to Young Children with Externalizing Behavior: Stability and prediction over Time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4).
- Peña, V. V., & Rojas, L. E. (2010). *¿El inicio está en la familia? Una revisión a los antecedentes familiares y estilos de crianza en homicidas, delincuentes por robo y población sin antecedentes penales*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Polanco, A. (2013). *Influencia de los diferentes estilos de crianza en el desarrollo psicológico del niño*. Tesina de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Postel, J. & Quérel, C. (2000). *Nueva historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rascón, D. (1999). *La opinión afectiva del paciente esquizofrénico y la emoción expresada por los familiares*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.

- Rascón, M. L., Díaz, L., López, J. & Reyes, C. (1997), La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénico. *Salud Mental*. 20. (2)
- Rascón, M. L., Rascón, D., Díaz, R. & Valencia, M. (1998). Relación entre la emoción expresada y la opinión afectiva de familiares y pacientes esquizofrénicos. *Psicología Iberoamericana*, 6 (4)
- Rascón, M. L., Gutiérrez, M. L., Valencia, M., & Morow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*. 31 (3).
- Rendueles, G. (1990). *Las esquizofrenias*. España: Ediciones Júcar.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotions: A structural theory. *Review of Personality & Social Psychology*. (5).
- Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion*. (5).
- Saiz, R. J. (1999). *Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social*. Barcelona: Masson.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la infancia*. Traducido por Brenda Navarro Castellet. Madrid: McGraw Hill.
- Sánchez, O. (s. f). *Relación entre la emoción expresada por el familiar y la sintomatología de pacientes con esquizofrenia*. Tesis de especialidad en psiquiatría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. México.
- Sánchez, S. J. & Hernández, G. L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 9 (1).
- Sánchez, S. (2001). *La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral inédita. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5414/sso1de1.pdf;jsessionid=8843972F45083D911A90C1CE55ED71E7.tdx2?sequence=1>



- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax.
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de esquizofrenia*. México. Recuperado de [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/esquizofrenia.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf)
- Soifer, R. (1979). *¿Para que la familia?* México: Kapeluz.
- Suares, M. (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Sue, D., & Sue, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw Hill.
- 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).
- Vallina, O., & Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12 (4).
- Vaughn, C. E., & Leff J. P. (1996). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Clin Psychol*, 15.(2)
- Vivas, M., Gallego, D., & González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Venezuela: Producciones Editoriales C. A.
- Vizcarro, C., & Arévalo, J. (1987). Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*, (27).
- Zingman, C. (1996). *Modalidades del funcionamiento familiar*. Buenos Aires: Belgrano.
- Zipursky, R. B., & Schulz, C. S. (2003). *Estadios iniciales de la esquizofrenia*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

## **ANEXO 1**

### **CUESTIONARIO-ENCUESTA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA (CEEE)**

## Emoción Expresada del Familiar (Guanilo y Seclén)

### PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con una 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 y 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** SIENTE O REACCIONA ponga la (X) en el casillero **NUNCA**.
- SI **LO HACE POCAS VECES** en tal caso pondrá una (X) en **CASI NUNCA**.
- Si **LO HACE MÁS VECES** en este caso ponga la (X) en el casillero de **CASI SIEMPRE**.
- Si **MUY A MENUDO** su reacción o sentimiento ponga la (X) en el casillero de **SIEMPRE**.

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
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. No me importa que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.				
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.				
7. La enfermedad de mi familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.				
8. Cuando mi familiar intente realizar algo en casa no lo dejo que actúe sólo.				
9. Estoy acostumbrado(a) el poco interés de mi familiar porque tengo que cuidarlo siempre.				
10. Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11. Tengo que hacerle todo a mi familiar enfermo por que no sabe lo que hace.				

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
12. Mi familiar no hace nada por sí solo sin embargo no me molesta.				
13. No tengo las recompensas que merezco 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 molesto cuando veo a mi familiar desganado.				
19. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma por eso procuramos apartarlo.				
20. Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21. El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostúmbreme a él.				
22. Trato de no ser 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. Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo.				
26. En casa estoy pendiente de lo que necesita mi familiar enfermo.				
27. Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.				
29. A pesar de que se lo digo me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de que lo que hace me fastidia.				
30. Procuero hacerle sentir vergüenza a mi familiar para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

## **ANEXO 2**

REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS POR CADA COMPONENTE DE LA  
EMOCIÓN EXPRESADA

## REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS POR CADA COMPONENTE DE LA EE

El Cuestionario Encuesta de Emoción Expresada (CEEE), se encuentra conformado por 10 reactivos de crítica, 10 reactivos de sobreprotección y 10 reactivos de hostilidad, que se agrupan como se muestra en los siguientes recuadros.

### ***Crítica***

<b>N° de reactivo</b>	<b>Reactivo</b>
<b>1</b>	Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.
<b>3</b>	No me importa que mi familiar enfermo se descuide de su vestido como de su higiene.
<b>5</b>	Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás?
<b>9</b>	Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar por que tengo que cuidarlo siempre.
<b>15</b>	Cuándo converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación.
<b>16</b>	La mortificación que sentía antes ya no la siento.
<b>18</b>	Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.
<b>27</b>	Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.
<b>29</b>	A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de que lo que hace me fastidia.
<b>30</b>	Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar para que deje de hacer algunas cosas desagradables.

### ***Sobreprotección***

<b>N° de reactivo</b>	<b>Reactivo</b>
<b>2</b>	Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.
<b>4</b>	Siento desesperación frente a él por las cosas que hace.
<b>6</b>	Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.
<b>8</b>	Cuándo mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actué sólo.
<b>10</b>	Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.
<b>11</b>	Tengo que hacerle todo a mi familiar enfermo por que no sabe lo que hace.
<b>12</b>	Mi familiar no hace nada por sí sólo, sin embargo no me molesta.
<b>14</b>	Mi responsabilidad es que mi familiar permanezca tranquilo en casa.
<b>20</b>	Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.
<b>26</b>	En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.

### ***Hostilidad***

<b>N° de reactivo</b>	<b>Reactivo</b>
<b>7</b>	La enfermedad de familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.
<b>13</b>	No tengo las recompensas que me merezco por culpa de mi familiar enfermo.
<b>17</b>	Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.
<b>19</b>	Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo?
<b>21</b>	El saber que la enfermedad de mi familiar, sólo es controlable indefinidamente, me ha llevado a acostumbrarme a ella.
<b>22</b>	Trato de no ser duro con mi familiar.
<b>23</b>	Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.
<b>24</b>	Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.
<b>25</b>	Las continuas crisis de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo.
<b>28</b>	Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, he hecho todo lo que ha estado a mi alcance.

**ANEXO 3**

CODIFICACIÓN DEL CEEE



## CODIFICACIÓN

Las respuestas del cuestionario de emoción expresada se codifican utilizando una escala tipo likert de 1 a 4 puntos, donde “nunca” es igual a 1, “casi nunca” igual a 2, “casi siempre” igual a 3 y “siempre” igual a 4.

Los reactivos tal y como se muestra en los recuadros anteriores, se agrupan en tres: Crítica, Sobreprotección y Hostilidad, se suman sus puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la emoción expresada, y se suman los totales de cada uno de los componentes para obtener el nivel de Emoción Expresada. Para determinar si el nivel es alto o bajo tanto en cada uno de los componentes como para determinar el nivel de Emoción Expresada, se utiliza un punto de corte tal y como se observa en las siguientes tablas.

<i>Componentes</i>	<i>Puntajes</i>
<b>Alta</b>	40-25
<b>Baja</b>	24-10

<i>Nivel de emoción expresada</i>	<i>Puntajes</i>
<b>Alta</b>	120-65
<b>Baja</b>	64-30