



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.**  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EL TALLER DE EMOCIÓN EXPRESADA REDUCE LA HOSTILIDAD,  
LA CRÍTICA Y LA SOBREPOTECCIÓN EN FAMILIARES CON UN  
PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO  
PARANOIDE DEL CENTRO INTEGRAL EN SALUD MENTAL, DE LA  
CIUDAD DE COATZACOALCOS, VERACRUZ.**

**TESIS PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**THALIA GUADALUPE TADEO SOSA**

**ASESOR :**

**LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ**

**COATZACOALCOS VERACRUZ**

**JUNIO 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.

## AGRADECIMIENTO

Hoy después de varios años de esfuerzo, de momentos de felicidad, de tristeza, de enojo, de metas cumplidas y muchas más por cumplir, este proyecto por fin es un sueño hecho realidad.

A lo largo del camino he conocido a un sinnúmero de personas que han cumplido su historia en mi vida, algunas siguen a mi lado otras tantas solo quedan en el recuerdo de algún aprendizaje significativo que dejaron en mí Sin embargo esto no hubiera sido posible sin ninguno de estos grandes momentos vividos.

Por lo cual hoy le doy gracias a Dios, ya que gracias a él todo es posible y por eso me encuentro en este momento.

A mi madre: gracias mami por ser esa persona incondicional, por luchar con todas tus fuerzas para que mis metas se hagan realidad, por ser mi amiga y estar a cada momento a mi lado, por apoyarme sin condiciones aun cuando no estás de acuerdo de mis decisiones, por ser mi gran ejemplo en la vida, por enseñarme a ser responsable, llenarme de valores, por alentarme a nunca dejar de luchar, por todo tu trabajo y cada lagrima de sudor que derramaste por mis metas y sobre todo por amarme y velar de mis sueños cada día de tu vida, por eso y más este proyecto te lo dedico con todo el corazón te amo.

A mi padre: Gracias por darme la vida.

A mi pareja: gracias por estar a mi lado, por ayudarme a concluir esta meta, por regalarme días maravillosos y darme aliento para salir adelante en mis momentos difíciles, por comprenderme ,llenarme de positivismo día a día y por ser mi persona.

A mi Pavlov por dame amor todos los días a todo momento y enseñarme a dar amor sin condiciones.

A mis amigos: gracias por cada momento, cada sonrisa, cada locura y aventura no planeada, por cada consejo adecuado, por juntos tropezamos. Hoy sin ustedes

esta tesis no hubiera sido escrita, D,U,E,D,B,C. Gracias por todo y por permanecer aun a mi lado.

## ÍNDICE

---

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	2
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Antecedentes	5
1.3 Justificación	14
1.4 Objetivos	15
1.5 Pregunta de investigación	16
1.6 Variables	16
1.6.1 Operalización	17
1.7 hipótesis	
<b>II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. TRANSTORNOS PSICÓTICOS	22
2.2. Esquizofrenia	22
2.2.1 Síntomas positivos y positivos de la esquizofrenia	26
2.2.2 Tipos de esquizofrenia	30
2.2.3 Familia y esquizofrenia	33
2.3 LAS EMOCIONES	37
2.3.1 Emociones positivas	39
2.3.2 Emociones negativas	41
2.3.3 Emoción expresada	49
2.3.3.1 Test emoción expresada del familiar de Guanillo y Seclén	51
2.4 MODELOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS	54
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo de estudio	58
3.2 Identificación de la población	58
3.3 Selección de la muestra	59
3.4 Métodos y técnicas de recolección de datos	61
3.5 Procedimiento	62

<b>IV. RESULTADOS</b>	64
<b>ANALISIS</b>	71
<b>V. CONCLUSIONES Y PROPUESTA PSICOLOGICA</b>	73
<b>CONCLSUION</b>	75
<b>PROPUESTA PSICOLOGICA</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	82
<b>APÉNDICES</b>	83
<b>ANEXOS</b>	119

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCION

La presente investigación se lleva a cabo con la intención de reducir los niveles de hostilidad, crítica y sobreprotección en familiares de usuarios diagnosticados con esquizofrenia paranoide, para esto se creó un taller denominado Emoción expresada (EE), en el cual se trabajarán en distintos aspectos psicosociales y familiares.

La emoción expresada es la manera en el que el familiar se involucra directa o indirectamente con el paciente, es lamentable que en la mayoría de las ocasiones, sus intercambios comunicacionales sean de manera negativa, lo que repercute de manera desfavorable en muchos aspectos de la vida del usuario.

El taller emoción expresada está pensado y organizado debido a las continuas recaídas de los pacientes con esquizofrenia, la propuesta está dirigida a los familiares, porque es un punto fundamental para el usuario en su reinserción social, los teóricos enfatizan el papel de la familia y de la psicoeducación de los mismos, para afrontar de manera positiva, los altibajos propios de la enfermedad psiquiátrica.

Puesto que la esquizofrenia tiene un diagnóstico que impacta a los familiares por su categoría de “crónica”, es necesario que comprendan claramente los aspectos científicos de la enfermedad, para minimizar sus miedos y frustraciones; sus falsas expectativas y su culpabilidad. Es necesario reforzar su apego al tratamiento farmacológico y al terapéutico ya que se ha notado que lo abandonan con facilidad, o que simplemente no le toman la importancia que tiene.

La propuesta del taller se enmarca en un trabajo conjunto con el departamento de psiquiatría, trabajo social, psicología y todas las demás áreas, vinculadas a la salud mental, es pues, una parte dentro de un trabajo multidisciplinario; en donde además se considera a la familia y al entorno social, al cual el usuario debe volver, en la medida de sus posibilidades, sintiéndose útil y parte de un grupo humano que lo acoge y que lo integra.

La prevención de las recaídas es uno de los puntos más importantes de cualquier centro especializado en salud mental, esta investigación pretende que a partir de los resultados, se pueda implementar de manera permanente; así como el hecho de que motive a crear nuevas estrategias de intervención, aplicar modelos y en fin, que abra un abanico de posibilidades, dirigidos al entornos social, a la familia y a los profesionales de la salud, porque no es posible, seguir haciendo las mismas cosas que no acarrear resultados favorables para los usuarios. Es necesario que se innove y que se apliquen todos los recursos necesarios, para en la medida de las posibilidades ayudar a mejorar la calidad de vida del usuario del centro de salud mental.



## 1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

---

El planteamiento del problema, se ha formulado de la siguiente manera: ¿El taller emoción expresada dirigido a un familiar de pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide de la clínica de salud mental UNAME-CISAME, reduce los niveles altos de hostilidad, crítica y sobreprotección?.

La respuesta a esta pregunta, se obtendrá después de aplicar el taller y medir los resultados de su aplicación.

El objetivo general que se pretende alcanzar es: “Reducir a través del taller Emoción Expresada; la hostilidad, la crítica y la sobreprotección de familiares con un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide; los cuales son atendidos en la clínica de salud Mental UNEME-CISAME de Coatzacoalcos, Ver.

Los objetivos específicos que se plantean alcanzar en esta investigación son los siguientes:

1. Revisar exhaustivamente la bibliografía especializada en el tema.
2. Identificar a los pacientes con esquizofrenia tipo paranoide y a sus familiares que reúnan los requisitos para ser parte de la investigación.
3. Seleccionarlos de acuerdo a los criterios de inclusión para ser parte de la investigación
4. Determinar el diseño de investigación más apropiado.
5. Aplicar el Taller y verificar posteriormente mediante análisis estadístico los resultados de su efecto.
6. Plantear las conclusiones derivadas de la investigación de campo, así como las recomendaciones que puedan derivarse de este estudio.

## 1.2 ANTEDECENTES

---

A lo largo de la historia, la investigación ha retomado varios enfoques que explican la esquizofrenia, el médico, el social, el familiar, etc., se ha buscado también la causa de esta enfermedad psiquiátrica y se ha clasificado la sintomatología.

Las disciplinas científicas que ha colaborado en la comprensión de este tema son: la neurología, la psiquiatría, la psicología y la medicina.

La investigación acerca de la esquizofrenia y su efecto en los miembros de la familia, es un tema que a continuación se explora, para tener una comprensión integral del papel de la familia, ya que esta investigación va dirigida al familiar de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide.

En la década de los sesentas se empiezan a desarrollar investigaciones con una metodología adecuada al tema de familias con miembro esquizofrénico.

Las tres investigaciones más importantes de esa década son las siguientes: La Comunicación Desviada (CD), autores: Wainner y Singer (1963, 1965, 1966, 1968), los Estilos Afectivos (AS), autores: Doane y Cols. (1981) y la Emoción Expresada, Autores: Brown y Rutters (1996), Brown y Birley (1968), Birley y Wing (1972) (citados en Espina y Cols., 1994).

Siguiendo a Espina y Cols. En 1994, mencionan que de acuerdo con investigaciones realizadas en varios países, la EE se ha mostrado como el mejor predictor individual de la recaída en la esquizofrenia; y que la medicación neuroléptica y el bajo contacto cara a cara con el paciente le protegería del efecto

negativo de la alta EE, que actuaría como un estresor crónico (investigaciones realizadas por Leff et al en 1982, por Leff y Vaughn, 1985 y Vaughn, 1985).

En 1971, Zung (citado en Espina y González, 2003), evalúa a cada miembro de la pareja con hijos que presentan un trastorno psicológicos y lo hace a través de dos cuestionarios: "Rating Anxiety Scale" para la medir la Ansiedad y el "Depression Inventory", para medir la Depresión (autor de este último test: Beck, 1962).

La conclusión de Zung es que existe un desajuste conyugal en padres de esquizofrénicos, encontrando menos satisfacción en la relación de pareja, así como disparidad en la percepción de ambos cónyuges sobre su propia relación, además de ansiedad, depresión y un insuficiente apoyo social.

Investigadores de la UNAM como Soria., (2010), han hecho análisis de casos en donde el abordaje de los problemas familiares es desde el enfoque sistémico estructural. Dicho enfoque se centra en la estructura familiar y en los intercambios comunicacionales, los cuales pueden ser funcionales o disfuncionales; en las familias con problemas psicológicos se ubica al paciente identificado, pero la resolución del problema no se enfoca en un individuo, sino en toda la familia, como sistema.

La investigación de Li Ning y Cols. (2003). En la que analizaron las causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos, planeó un estudio que incluyó a un grupo de 25 pacientes esquizofrénicos crónicos con tres internamientos al año y sus familiares, el segundo grupo incluyó a 25 pacientes con igual diagnóstico, que sólo hubieran tenido una hospitalización menor a 30 días; después de aplicar los instrumentos de evaluación, se concluyó que:

Existe un alto nivel de malestar psicológico entre los familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionado al rechazo del enfermo y a la falta de conocimientos sobre la enfermedad y su curso, que no les permite hacerse cargo del cuidado del paciente en casa. Por tanto, una mejor atención a las emocionales y educativas de las familias con un enfermo esquizofrénico podría redundar en una mayor permanencia del paciente en el seno de su familia (pág.1)<sup>1</sup>

Como puede notarse en este estudio, nuevamente el papel de la familia y su psicoeducación en los aspectos emocionales y con respecto al conocimiento de la enfermedad, es fundamental para que no existan las recaídas.

Fernández y Fabelo en el 2003 realizaron un estudio en la Habana, Cuba, cuyo objetivo fue el de explorar aspectos relacionados con la violencia y la esquizofrenia, además de conocer el criterio que se tiene con relación a ubicar al paciente en la posición de víctima o victimario.

La investigación se realizó como un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y bajo el enfoque cualitativo, la muestra fue de Grupos Focales, todos los participantes fueron del Centro Comunitario de Salud Mental, de La Habana, Cuba.

La respuesta a la pregunta: ¿consideran ustedes que tener una enfermedad mental es un hecho que influye en las acciones violentas? El consenso fue que: “identifican la condición de enfermo como causa que pudiera generar violencia pero con mayor frecuencia la sufren”, la minoría respondió que: “...no existe relación

---

<sup>1</sup> El error de redacción es del autor Li Ning.

entre la violencia y la enfermedad mental. También señala que esta situación depende de la educación de la persona”. La respuesta de la mayoría fue que: “condiciona la violencia que pudieran presentar a una provocación o a una crisis de la enfermedad”

En la discusión de su investigación los autores retoman el hecho de que la violencia se genera por una disfunción familiar o por dificultades económicas y que la violencia psicológica se resalta en los comentarios que les hacen acerca de que están “locos”, los vejan y los mortifican a los pacientes.

En este otro estudio se vuelve a resaltar el papel de la familia, como una familia disfuncional que origina en este caso violencia hacia el paciente enfermo.

Valencia, Rascón y Quiroga en el 2003, titulan su trabajo: “aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia”; el objetivo central fue presentar las principales aportaciones terapéuticas y de investigación realizadas desde 1979 hasta el 2013, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ante el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

La investigación encontró que los tratamientos psicosociales son efectivos cuando se combinan con el tratamiento farmacológico, ya que los pacientes presentaron mejorías clínicas considerables, así como en su funcionamiento psicosocial, en el funcionamiento global, tuvieron también un menor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones, además de un mayor cumplimiento con los medicamentos antipsicóticos y un mayor nivel de adherencia terapéutica.

Los grupos de control se mostraron estables, pero no mostraron los avances en lo psicosocial que los grupos experimentales, esto coincide con investigaciones a nivel internacional.

Los resultados de esta investigación con respecto a los familiares concluye que hubo mejoría, principalmente en “la carga subjetiva emocional” de los familiares.

También se encontró asociación entre la EE alta, un pobre funcionamiento y la conducta sintomática del paciente. Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor autocuidado, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte de su pariente enfermo.

Y por último, se observó que tres cuartas partes de los familiares se relacionan con una patología secundaria a partir de la aparición de la esquizofrenia en el familiar; de cada dos, uno de los familiares presentó algún trastorno psiquiátrico, cifra muy superior a la reportada para la población general.

Esta investigación muestra la complejidad de tener un paciente con un trastorno psiquiátrico y la gravedad, de que otros más resulten también con una patología, de no hacer las intervenciones correspondientes que favorezcan la expresión de emociones de manera adecuada y la psicoeducación.

La investigación de Espina y González, (2003), describen las intervenciones familiares en pacientes esquizofrénicos desarrollada en la Universidad del País Vasco.

Los pacientes habían sido diagnosticados con esquizofrenia (de acuerdo al DSM IV) y seguían un tratamiento farmacológico; lo que se pretendía era contrastar la

eficacia terapéutica de tres tipos de intervenciones: terapia familiar, grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para pacientes y terapia psicopedagógica. Se pretendía mejorar la sintomatología, el ajuste social y prevenir las recaídas.

Utilizaron un diseño cuasi – experimental con pre test y pos test, tres grupos experimentales y uno de control.

Las conclusiones de este experimento fueron las siguientes: los pacientes de los grupos de terapia familiar y grupo de apoyo de padres más terapia de grupo mostraron mejorías estadísticamente significativas en cuanto a la sintomatología y ajuste social, mientras que los grupos de terapia pedagógica y control no mostraron los mismos cambios. Y en cuanto a las recaídas los pacientes del grupo de apoyo para padres más terapia grupal recayeron significativamente menos que los el grupo control en el periodo comprendido pre y pos- test.

Lo que significa que la terapia familiar es recomendable para reducir la sintomatología y mejorar el ajuste social.

Así como también el grupo de apoyo de padres más la terapia de grupo también es recomendable para reducir la sintomatología y mejorar el ajuste social

Valencia, Murow y Rascón en el 2006, en su investigación titulada: “Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: musicoterapia, terapia psicosocial y terapias múltiples”. La muestra se conformó de pacientes con esquizofrenia que asistían a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El diseño fue aleatorio y se compararon las tres modalidades de intervención.

Los resultados fueron los siguientes: en las tres modalidades psicoterapéuticas se obtuvieron beneficios, aunque en distinta proporción, en cuanto al funcionamiento psicosocial y en la actividad global; existieron diferencias en la magnitud de la eficacia de cada intervención, siendo las más efectivas la musicoterapia y la terapia psicosocial, estas mismas, también se mostraron más efectivas en cuanto a la adherencia terapéutica. Los datos no muestran diferencias significativas en cuanto a las recaídas y la rehospitalización.

La investigación muestra que la psicoterapia tiene un efecto positivo en la familia y en el paciente diagnosticado con esquizofrenia, cada modalidad, tendrá sus tintes y beneficiará más un aspecto que otro, pero en general, se puede decir que el apoyo terapéutico, es siempre mejor tenerlo que no tenerlo. Rascón, Gutiérrez, Valencia y Morow en el 2008, realizaron un estudio titulado: "Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social".

La muestra la constituyeron 33 familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, atendidos en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente de la Ciudad de México. El propósito del trabajo consistió en: mostrar la relación entre el tipo de emoción expresada (alta o baja) por el familiar responsable, y la conducta sintomática, así como el funcionamiento social del paciente con esquizofrenia.

Con respecto a los resultados los autores mostraron que:

...los familiares con EE alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, en tanto que los familiares con EE baja reportaron



más miedos o temores, olvido, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas de las personas enfermas. En los familiares con EE baja se observó un mejor funcionamiento en el desempeño de tareas domésticas, en la demostración de afecto, en las actividades realizadas al aire libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el informante y el paciente (pág. 1).

Como puede notarse, en esta investigación los resultados con respecto a que las familias con nivel de estrés bajo (EE baja) tienen mejores condiciones familiares que las que poseen EE alta, queda confirmado una vez más que las actitudes y sentimientos de los familiares responsables o del familiar responsable es muy importante para que el paciente encuentre estabilidad en su vida personal.

Leal y Cols. En el 2012 publicaron un estudio titulado: “Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia”

En esta investigación se entrevistaron a 61 familiares adultos responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos; se realizó también una encuesta que evaluó tanto las cargas objetivas agregadas a la familia al asumir el cuidado del paciente como el apoyo que la familia le brinda.

Los resultados de esta investigación mostraron que: “la mayor parte de las familias entregan un alto grado de apoyo al paciente, al mismo tiempo que las cargas objetivas que se agregan a la familia son de nivel moderado” (pág. 1).

Éstos resultados respaldan la hipótesis de que la presencia de cargas objetivas se relaciona negativamente con el apoyo familiar al paciente; es decir, la presencia de mayor carga objetiva se asocia a menores niveles de apoyo familiar.

La distribución de las tareas domésticas es lo que hace resentir a las familias o a sus miembros, ya que se aprecia una concentración de tareas en alguna persona, principalmente la madre; este cúmulo de actividades incluye hacerse cargo del cuidado del paciente adicionándolo a las labores domésticas habituales, lo cual redundando en una fuerte demanda sobre una misma persona y destaca la importancia del apoyo social que percibe el cuidador.

En esta última investigación se puede notar una vez más que el concentrar en un solo familiar la responsabilidad del paciente enfermo, trae consecuencias en el apoyo hacia el familiar enfermo hacia el estrés que se puede generar por el incremento en las actividades del cuidador, una vez más, las relaciones intrafamiliares incidiendo favorable o desfavorablemente en el curso de la enfermedad.

De acuerdo a las investigaciones analizadas en estos antecedentes, es importante confirmar la necesidad de incluir en el tratamiento con pacientes diagnosticados con esquizofrenia intervenciones dirigidas a la familia, con el objetivo de reestructurar la interacción familiar: materno – filial y conyugal; la finalidad estas intervenciones deben dirigirse a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, que pueden estar generándose en los familiares; así como la necesidad de establecer límites claros, poner la jerarquía en orden y trabajar arduamente con la comunicación, todo esto incidirá de manera positiva en el paciente, disminuyendo las recaídas, aumentando la autonomía y mejorando el compromiso de los familiares hacia el tratamiento.

### 1.3 JUSTIFICACION

---

La presente investigación se lleva a cabo con la intención de reducir los niveles de hostilidad, crítica y sobreprotección en familiares de usuarios diagnosticados con esquizofrenia paranoide, para esto se creó un taller denominado Emoción expresada, en el cual se trabajaran en distintos aspectos cada punto ya antes mencionados. La emoción expresada es la manera en el que el familiar se involucra directa o indirectamente con el paciente, lamentablemente no únicamente es de manera positiva si no en su gran mayoría negativamente, y son las que suelen repercutir de manera desfavorable en muchos aspectos de la vida del usuario. En el taller se trabajara con diversas dinámicas que reducirán los temas mencionados, así como también psi coeducación a los familiares que es una de las partes más importantes, ya que actualmente se vive con mucha ignorancia acerca de lo que es la esquizofrenia paranoide desde su causa hasta su tratamiento.

Gracias a esto podremos obtener datos concretos, reales y actuales de los cuales están afectando a los usuarios para que tengan recaídas constantemente en su enfermedad, así, como la evolución de la misma, que como ya se sabe es una enfermedad incurable, la cual únicamente se puede controlar mediante medicamentos y terapias, sin embargo la convivencia familiar es un punto muy importante de desenlace para la continuidad del mejoramiento del paciente.

Por lo ya antes mencionado es de vital importancia conocer más a fondo las distintas perspectivas donde se desenvuelve el paciente, en este caso trabajaremos de cerca con la persona con la que convive a diario y la cual es responsable de sus medicamentos, así como del cuidado propio y las distintas terapias a las que debe acudir. Los resultados de dicha investigación servirán para, el diseño de talleres más especializados así como estrategias que permitan trabajar más de cerca con los pacientes afectados así como también con las familias de los mismos, también será un avance significativo en el aprendizaje de

dicha enfermedad lo cual llenara de conocimiento y experiencias a expertos en el tema como son los psicólogos y psiquiatras, ya que debido a esto podrán brindar una mejor atención a los usuarios con los que trabajan día a día.

La relevancia de este tema es que por medio de este tipo de investigación se puede establecer criterios de prevención referente a ésta problemática y a trabajar con las familias de manera constante para así evitar daños tanto en el núcleo familiar, como también tratar de incorporarlos al medio social y poder así llevar una vida más estable ya que si un paciente es medicado correctamente puede realizar distintas funciones en la sociedad así como en el núcleo familiar, y gracias a lo ya antes mencionado, este taller su objetivo principal es brindar una vida de calidad al paciente el cual lejos de sentirse aislado, juzgado, se sienta incluido en su entorno así como en su vida familiar, gracias a esto lograremos un avance significativo en el bienestar y un apego al tratamiento de manera correcta.

## **1.4 OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Reducir la hostilidad, crítica y sobreprotección en familiares con un paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar las emociones obtenidas a través del test emociones expresadas en los familiares de los sujetos de estudio.

Intervenir en las emociones negativas con los familiares y pacientes, a través de un taller denominado emoción expresada.

Crear conciencia tanto al familiar como al paciente de la enfermedad que se está presentando y mejorar la relación en el núcleo familiar.

## **1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

---

¿Cómo reducir la hostilidad, crítica y sobreprotección en familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide?

## **1.6 VARIABLES**

---

La investigación busca medir la influencia de la variable independiente, en este caso: “El taller de emoción expresada”, sobre la variable dependiente: “hostilidad, crítica y sobreprotección”. Las variables que se usaron, se definen de la siguiente manera:

Variable Independiente:

El taller de emoción expresada es un espacio en donde el familiar de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide, pueda analizar y experimentar la adecuada manera de relacionarse con su familiar, y así lograr disminuir la crítica, la sobreprotección y la hostilidad hacia el paciente.

Variable dependiente

La variable “hostilidad, crítica y sobreprotección”, en esta investigación se entiende como la emoción expresada por parte de un familiar al paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide, la hostilidad es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. La crítica incluye los comentarios o aseveraciones que al ser expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente con esquizofrenia tipo paranoide, la sobreprotección es el temor o miedo que expresa el familiar en su relación con el paciente con esquizofrenia y que se deriva de experiencias poco placenteras que hace que

teman por las personas importantes en su vida, en este caso hacia su familiar diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.

### **1.6.1 OPERACIONALIZACIÓN**

Variable independiente

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>REACTIVOS O INSTRUMENTOS</b>
El taller de emoción expresada es un espacio en donde el familiar de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide, pueda analizar y experimentar la adecuada manera de relacionarse con su familiar, y así lograr disminuir la crítica, la sobreprotección y la hostilidad	Tiempo	El taller de emoción expresada tiene una duración de 4 meses y medio, con una duración de 38 horas, distribuidas en 19 sesiones de dos horas cada una.	Actividades para manejar adecuadamente la hostilidad, la crítica y la sobreprotección	Cartas descriptivas de cada actividad realizada en el taller.  (ver anexo no. 1)
	Participantes	Los participantes deben ser un familiar de un paciente	-Carnet de citas	(Ver anexo no. 2)

hacia el paciente.		diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide y además ser paciente de la clínica integral de salud mental (CISAME-Coatzacoalcos.		
--------------------	--	--	--	--

Variable dependiente

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>REACTIVOS O INSTRUMENTOS</b>
La variable “hostilidad, crítica y sobreprotección”, en esta investigación se entiende como la emoción expresada por parte de un familiar al paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide	Hostilidad	Es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad.	+culpabilidad +reproches +aislamiento +dureza +desesperanza	Se mide a través del test “emoción expresada de Guanillo y Seclén”  (Ver anexo no. 3)

	Crítica	La crítica incluye los comentarios o aseveraciones que al ser expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente con esquizofrenia tipo paranoide.	+regaños -indiferencia +exigencia +preocupación +molestia +vergüenza	Se mide a través del test "emoción expresada de Guanillo y Seclén"  (Ver anexo no. 3)



	Sobreprotección	Es el temor o miedo que expresa el familiar en su relación con el paciente con esquizofrenia y que se deriva de experiencias poco placenteras que hace que teman por las personas importantes en su vida, en este caso hacia su familiar diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.	+compañía +desesperación +sufrimiento +ayuda excesiva +cuidados excesivo	Se mide a través del test “emoción expresada de Guanillo y Seclén”  (Ver anexo no. 3)
--	-----------------	--	--	---

## 1.6 HIPÓTESIS

---

El taller de emoción expresada reduce la hostilidad, crítica y sobreprotección en familiares con un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.

# CAPITULO II

## MARCO TEÓRICO

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO**

---

### **2.1 LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

La palabra "psicótico" se ha definido de varias formas, y cada una ha sido aceptada de manera positiva, sin embargo, el término hace referencia a que la persona tiene ideas delirantes y alucinaciones, las cuales se presentan durante un estado de inconsciencia; otros síntomas son: lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Es decir, es un deterioro que interfiere en la capacidad para responder a la vida cotidiana (DSM IV, 1995).

Los expertos han agrupado a la esquizofrenia dentro de los trastornos psicóticos, para facilitar el diagnóstico diferencial de los trastornos que incluyen episodios

psicóticos durante el comienzo o en la evolución de la enfermedad. Esto no quiere decir que los episodios psicóticos sean rasgos fundamentales en cada enfermedad mental, si no que en algún momento se presentan.

## 2.2 ESQUIZOFRENIA

En la antigüedad se creía que la locura o esquizofrenia era provocada por causas naturales, y en la actualidad se vincula a la cronicidad de la enfermedad, tal y como lo mencionan Jeffrey y colaboradores (citado por Carlson, 1996):

La mayoría de los individuos que desarrollan un trastorno psicótico esquizofrénico tendrán una enfermedad crónica (pág. 38).

Los filósofos explicaron que la locura era debido a una “mezcla no equilibrada de los humores”, durante la Edad Media, también conocida como la época “obscura” y en donde todo tenía un fundamento teológico, la enfermedad mental era atribuida a los demonios.

En la actualidad las opiniones van desde lo fisiológico, lo neuropsicológico y hasta lo histórico cultural, entendiendo por esta última postura, al mundo definido por reglas, considerando entonces el tinte de relatividad y particularidad, de acuerdo con cada cultura y momento histórico en que surge la enfermedad.

El Manual Diagnóstico y estadístico de la APA (DSM IV), describe a la esquizofrenia como: una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizado por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos (Secretaría de Salud, 2002).

La persona que experimenta la esquizofrenia es afectada en muchos aspectos de su vida cotidiana y personal; ya que esencialmente se tiene una pérdida de contacto con la realidad, lo cual lo ubica como un trastorno mental grave.

Las investigaciones que han querido resolver el enigma acerca de cuál es la causa exacta de la esquizofrenia, no han tenido éxito y es mejor considerar que existe un conjunto de factores predisponentes en el ser humano, entre ellos: el factor hereditario, el cual contempla que si un familiar cercano (padres, tíos, primos, abuelos) fue diagnosticado con esquizofrenia, se incrementa la probabilidad de presentar la enfermedad mental (Allende y Almendras, 2006).

Las relaciones afectivas, las relaciones familiares y en términos generales todas las relaciones sociales son importantes para el equilibrio mental de una persona, los desajustes graves en cualquiera de éstas áreas, puede vincularse con la esquizofrenia, todo esto desde la perspectiva del factor ambiental.

El factor centrado en la bioquímica del cerebro, hace referencia al uso excesivo a sustancias nocivas (drogas legales o ilegales) o también se relaciona a situaciones de estrés que marcan un cambio importante en el funcionamiento bioquímico del cerebro.

Con respecto al aspecto cognitivo, en el esquizofrénico se notan incoherencias, desconexiones y en general existe un lenguaje muy característico, llamado “esquizofrenes”, este lenguaje es derivado de que no piensa de manera normal, otro aspecto cognitivo deteriorados es la memoria, en especial la memoria declarativa verbal y espacial, así como la memoria episódica (Barrera, 2006 ).

Otro factor importante a considerar, es el relacionado al traumatismo severo en la cabeza, lo que deriva en un funcionamiento anormal del cerebro.

Los factores anteriores apoyan la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad que tiene causas tanto bioquímicas como ambientales.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo o lento, las manifestaciones agudas pueden iniciar de un momento a otro, expresándose a través de una crisis delirante, de un estado maníaco, de un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o de un estado confuso onírico, en el comienzo lento, el deterioro o aparición de los síntomas es progresiva.

El principal deterioro de una persona que padece esquizofrenia es su tono afectivo (aplanamiento afectivo), su conducta (aislamiento, conductas agresivas) y la manera como se desenvuelven en el medio social (se ríen solos, derivado de sus alucinaciones auditivas y visuales, se alejan del mundo real).

El principal grupo de edad en riesgo de padecer esquizofrenia es de los 15 a los 35 años, este dato de acuerdo con la Guía Terapéutica de para el manejo de la esquizofrenia (s.f). De acuerdo con Vázquez en el 2006, la esquizofrenia inicia en las edades tempranas de la adolescencia y es diagnosticada cuando se pone en evidencia en forma de “brote esquizofrénico”.

Las personas que padecen esquizofrenia suelen sospechar que la gente les quiere hacer daño, que son vigilados o espiados, que tienen contactos especiales con seres supremos como dioses o personajes ficticios, hablan y se mueven de manera extraña, suelen manifestar que escuchan voces que les ordenan cosas, tienen dificultad para expresar sus sentimientos, poseen poca energía para realizar actividades cotidianas, se aíslan del medio y de su entorno familiar; una característica muy representativa es que creen que no están enfermos, por lo tanto asumen que no necesitan ser medicados.

Para poder reconocer la enfermedad de la esquizofrenia la persona tiene que presentar distintos síntomas, los cuales se dividen en positivos y negativos.

Un síntoma es aquella manifestación que el sujeto presenta anomalías o cambios drásticos en la conducta, por lo que es necesario observar continuamente a la persona afectada para distinguir los rasgos o síntomas que este presentando.

### 2.2.1 SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas son aquellas manifestaciones del sujeto que tratan de anunciar un funcionamiento inadecuado en su persona, una anomalía o enfermedad. La diferencia de los síntomas esquizofrénicos de los de otras enfermedades es que son subjetivos, ya que es el paciente el que refiere sus síntomas de manera directa.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden agruparse en dos grandes categorías: “la esquizofrenia se caracteriza por dos categorías de síntomas positivos y negativos” (Carlson, 1996, pág. 96).

Los síntomas positivos de acuerdo con Fragua y Palacios (2009), incluye los delirios, las alucinaciones, los fenómenos del pensamiento, alteraciones del curso y la forma del lenguaje, y comportamiento extravagante y desorganizado. Y los síntomas negativos incluyen la apatía, embotamiento afectivo, afecto incongruente y pobreza de discurso.

El síntoma positivo denominado alucinaciones: son percepciones falsas muy complejas, las cuales pueden ser auditivas, visuales, táctiles, kinestésicas o gustativas.

El delirio se entiende como las creencias falsas que se presentan de manera constante por lo menos un mes, sin embargo, el sujeto lo ve como la única realidad válida, La guía Latinoamericana de Diagnóstico psiquiátrico en el 2004, establece como Criterios Diagnósticos para la Investigación “las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o pensamientos, a acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes” (pág. 131).

Los trastornos del pensamiento son la pérdida de control del pensamiento, la persona indica que se le han sustraído sus ideas o que alguien le está imponiendo de manera sobrenatural nuevas cosas, de acuerdo con la Guía de Educación Sanitaria número. 8 (s.f)... En los trastornos del pensamiento, “los pensamientos



“saltan” de un tópico a otro, la persona habla sin sentido, crea palabras o las reemplaza con sonidos” (pág. 5)

Los síntomas en el ámbito vegetativo abarcan varios síntomas tales como: insomnio, sudores, mareos, falta del apetito o apetito excesivo, trastornos respiratorios y problemas gastrointestinales.

Los síntomas de la motricidad hacen referencia a que la persona presenta movimientos extraños o absurdos, posturas rígidas, manierismos, conducta repetitiva y comportamiento agresivo.

Los síntomas negativos son aquellos que disminuyen las aptitudes del enfermo en algún campo, es decir, incluye la falta de energía, la motivación, la dificultad para concentrarse y el aislamiento; la persona deja de hacer cosas o actividades que antes realizaba, deja de experimentar sentimientos hacia otras personas y poca voluntad para levantarse día a día. Para La Guía Latinoamericana de Psiquiatría (2004), los síntomas negativos incluyen una marcada apatía, el empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (lo que puede llevar al aislamiento social y a rendir menos).

Existe evidencia científica que afirma que las personas que tienen más síntomas negativos, tienen alteraciones anatómicas en el cerebro, han observado también pérdida de conexiones neuronales en el lóbulo frontal, especialmente en la región en donde se asienta la capacidad de organización y planeación de la conducta en función de las metas y ciertas características de personalidad que se reflejan en el trato hacia los demás (Revolledo y Lobato, 2005).

El síntoma negativo llamado abulia consiste precisamente en la falta de energía o interés por las cosas, normalmente viene acompañada de sentimientos de tristeza y falta de deseos para realizar actividades. Esto afecta principalmente la higiene personal, el ausentarse del trabajo o escuela, cansancio, agotamiento físico y mental.

La pobreza afectiva es otro síntoma negativo en el cual disminuye la capacidad emocional, así como la expresión de las mismas, se nota un aplanamiento emocional, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos (no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado); con respecto al contacto visual puede rehuir a mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada; presenta incongruencia afectiva, lo que significa que el afecto expresado es inapropiado (sonríe cuando se habla de temas serios, risa tonta), también presentan ausencia de inflexiones vocales, en el cual el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen.

La afectividad también puede presentar múltiples alteraciones, de acuerdo con el Glosario Cubano de Psiquiatría, en el 2004, la más característica es el embotamiento, la ambivalencia y el afecto discordante. Se incluye también un afecto caprichoso, lábil, pueril, superficial, manierístico, poco genuino y que es característico de la esquizofrenia tipo hebefrénica.

La alogia afecta el pensamiento y la cognición, para las personas es difícil entablar conversaciones con los esquizofrénicos ya que su respuesta es escasas y solo contestan lo necesario, o por el contrario su respuesta es larga pero el contenido es muy pobre y muy poco apegado a la realidad, su lenguaje se caracteriza por ser vago y repetitivo, ante una interrupción difícilmente recuerdan de lo que estaban

hablando, además puede tomarse un lapso prolongado de tiempo para responder a las preguntas.

La anhedonia es la incapacidad para sentir placer por las cosas que antes disfrutaba hacer, es decir, las actividades diarias carecen de sentido y los hobbies se han perdido, así como las ganas de permanecer cerca de las personas, es difícil que sigan teniendo relaciones cercanas con amigos y/o familiares ya que prefieren estar solos y alejados del mundo exterior. Los problemas cognitivos de la atención, son muy acentuados, pues rara vez se concentran, su mirada se fija en la lejanía y no hay temas en los cuales les interese hablar, así como el hecho de que suelen terminar de manera brusca las actividades o tareas que estén realizando.

## 2.2.2 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

El DSM IV en su versión castellana de 1995 clasifica a la esquizofrenia en cinco subtipos, los cuales son: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

### F20.0x Esquizofrenia paranoide

Es el trastorno esquizofrénico más común de todos, los pacientes con este tipo de esquizofrenia tienden a tener delirios de grandeza y la idea de ser perseguidos constantemente, sus alucinaciones son extrañas y poco creíbles, rápidamente se puede notar en su lenguaje que están fuera de la realidad, de alguna manera sus pensamientos se relacionan con la religión, la figura de un dios en sus ataques

psicóticos es común, refieren que hablan con deidades o que son mensajeros de dios para cumplir alguna misión, así como también presentan sospechas de que quieren ser envenenados por algún familiar, derivado de ello pueden cometer actos violentos contra las persona, por los que se les consideran altamente peligrosos, el mundo que experimentan, está fuera de la realidad (Coon,2004).

En general la esquizofrenia paranoide no presenta habla desorganizada o afecto plano y su pronóstico es mejor de los que presentan otro tipo de esquizofrenias (Barlow y Durand, 2001).

De acuerdo con Gerrig y Zimbardo en el 2005, “las personas con esquizofrenia paranoide en pocas ocasiones muestran conducta obvia desorganizada, sino que su comportamiento puede ser intenso y muy formal” (pág. 104).

#### F20.1 Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia, son el lenguaje desorganizado y la afectividad aplanada e inapropiada (DSM IV, 1995).

Se acompaña de risas, manierismos, comportamiento desorganizado, lenguaje incoherente, entre otros. Las personas que padecen este tipo de esquizofrenia tienden a aislarse y carecen de propósitos en la vida, presentan alucinaciones e ideas delirantes, las cuales son por periodos cortos y transitorios, tienen un pronóstico desfavorable por el hecho de que aparecen rápidamente los síntomas negativos, por lo general se presenta entre los 15 y 25 años.

#### F.20.2 Esquizofrenia catatónica

El DSM IV (1995) menciona que “la característica principal de la esquizofrenia subtipo catatónica es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia” (pág. 313).

Este tipo de esquizofrenia afecta severamente los movimientos psicomotores de la persona. Tienden a tomar posturas rígidas durante periodos prolongados además de estar acompañado de una excitación continua en el individuo, es decir, la persona se siente agitada e intranquila y con un negativismo constante; sin embargo, tienen una obediencia automática, cumplen con las instrucciones que se les dan, pero con una pérdida total de los estímulos externos así como de la realidad presente.

### F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

La característica principal del subtipo indiferenciada es la “presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico” (DSM IV, 1995, pág. 314).

Se caracteriza por presentar rasgos significativos tanto de la esquizofrenia paranoide como de la esquizofrenia catatónica, sin embargo, no presenta un claro predominio del alguno de los dos en particular, es decir, presentan tanto, alucinaciones como posiciones rígidas pero no cumplen todos los parámetros para ser diagnosticado ni como paranoide ni catatónica.

### F20.5 Esquizofrenia residual

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia residual son aquellas que al menos una vez presentaron un episodio de esquizofrenia en el pasado, pero en la actualidad se encuentran libres de síntomas positivos como pueden ser delirios y alucinaciones, sin embargo, pueden presentar aplanamiento emocional lo cual indica que la enfermedad está entrando en remisión o simplemente son asintomáticas a lo largo que se presenta la enfermedad.

El DSM IV (1995), menciona que la esquizofrenia residual puede ser: “limitado en el tiempo y presentar un periodo florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas” (pág. 315).

### 2.2.3 FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Cuando un miembro de un núcleo familiar es diagnosticado con esquizofrenia ocurren cambios drásticos en la forma de actuar, de sentir y de expresarse de cada miembro de la familia.

La familia suele encontrarse asustada, desesperada y sobre todo desorientada, normalmente la familia realiza intentos de controlar la situación, por pensar de manera optimista, aunque muchas veces el objetivo no se consigue y es cuando surgen dudas acerca de la enfermedad, de su desarrollo y de cómo afrontarla.

El padre y la madre comienzan a cuestionarse y/o culparse, suponen que ellos son los responsables de que el hijo padezca dicha enfermedad, también suelen

pensar en que no hicieron las cosas bien; derivado de esto aparece la angustia y el miedo, pues se teme el no poder estar junto al familiar o no poder cumplir con todos los cuidados que la enfermedad requiere.

Tal como menciona Maña en el 2008: “la esquizofrenia es una enfermedad que crea graves problemas en la familia. Por ello en ocasiones la familia se encuentra francamente trastornada y esto puede hacer que empeore la situación” (pág. 76)

La dinámica al interior de la familia repercute directamente en el paciente, por lo que es necesario un tratamiento integral, que atienda también a la familia. Los primeros años de la enfermedad suelen ser los más difíciles tanto para el enfermo como para la familia ya que es el momento en que tienen que asimilar lo que está ocurriendo. Este proceso es por lo general es un proceso muy difícil, ya que la persona que está experimentando la enfermedad se resiste a creer que está enfermo, por lo cual intenta hacer cosas o actividades que realizaba cuando la enfermedad aún no estaba presente, poco a poco las deficiencias se hacen más evidentes en las actividades diarias, en el trabajo, con amigos pero sobre todo con los miembros de la familia.

Con el paso de los años y la medicación adecuada, las características de la enfermedad van cambiando y se ejerce un efecto beneficioso sobre todos los miembros de la familia, pero sobre todo en el enfermo. El permanecer en el tratamiento y control es imprescindible para ambas partes, para alcanzar una mejor calidad de vida. Cuando la persona se estabiliza con medicamentos, logra comprender su enfermedad y se preocupa entender todo lo que está experimentando, hace que se involucre de manera favorable en su recuperación.

Por otra parte la familia también aprende acerca de la enfermedad y esto repercute en tener más posibilidades de afrontar las dificultades en el futuro. La familia puede ayudar a evitar las recaídas o también aumentarlas. De acuerdo con Arévalo, (1990) "...los cambios quizá más notables son la nueva actitud de los profesionales hacia los familiares, a los que se considera aliados naturales..." (pág. 4).

Las recaídas son inevitables pero para minimizarlas se necesita:

- Relacionarse con amigos y familiares.
- Realizar actividades sociales.
- Hacerles sentir comprendidos y aceptados.
- Darles un cierto nivel de autonomía.
- Ayudarlos a estar al pendiente de sus medicamentos.
- Acompañarlo o a darles un trabajo únicamente para él.

Para provocar las recaídas se necesita:

- Abandonar la medicación o tomar dosis insuficientes.
- Poca o nula conciencia de la enfermedad.
- Criticar
- Sobreproteger
- Ser hostiles
- Estresarlos

Es importante que los miembros de la familia sean conscientes de que no es conveniente automedicarse, para esto se debe acudir a un especialista.



Es importante que la familia se involucre de manera directa con la enfermedad, el hecho de llevar un tratamiento médico los encamina a plantearse varios objetivos, unos de los principales el de controlar los síntomas psicóticos, otro es evitar que se pierdan las capacidades; por otro lado, es necesario estimular el recuperar las habilidades por medio de diferentes estrategias planteadas dentro del tratamiento integral de la enfermedad mental (por ejemplo: talleres, cursos, conferencias, psicoterapia, individual y familiar, etcétera).

En una palabra la psicoeducación es importante, lo que significa que es necesario entrenar a la familia para que conozca bien la enfermedad, de ésta manera los miembros podrán comprender y manejar las diferentes situaciones que se presenten, así como los problemas que se derivan de la misma enfermedad.

Lo más importante, es que el usuario lleve una vida normal en la medida de lo posible, que se desenvuelva en el entorno sintiéndose útil, socialmente activo y sobretodo que se sienta cómodo en el ámbito social, es necesario que tenga actividades o en lo posible, es recomendable que trabaje de acuerdo a sus habilidades.

Una evaluación funcional es siempre pertinente ya que de acuerdo con Gisbert en el 2003:

...esclarece el nivel de desempeño alcanzado por una persona en su vida cotidiana (aseo personal, tareas domésticas y comunitarias, relaciones sociales, cometidos laborales o formativos, etc.), y cómo resuelve o se enfrenta

a los diferentes niveles de exigencia generados por su entorno (págs. 59, 60).

Como se puede notar la familia y el enfermo, deben ser constantemente monitoreados y retroalimentados durante todo el curso de la enfermedad mental, para que la rehabilitación psicosocial, sea favorable.

El tratamiento recomendado para las personas que sufren de esquizofrenia consta de cuatro partes, las cuales son:

- Medicación.
- Familia.
- Rehabilitación.
- Integración.

Al cumplir estos cuatro criterios se asegura una mejor calidad de vida para todos.

## 2.3 LAS EMOCIONES

De acuerdo con (Smith, 2011) “las emociones son parte de los mecanismo que los seres humanos usan para sobrevivir” (pág. 4).

La emoción es un estado que se caracteriza por una activación fisiológica, cambios en la expresión facial (gestos), posturas y sentimientos subjetivos que ayudan a reaccionar a los estímulos del mundo exterior, provocando una respuesta. A lo largo de la vida se experimentan diversas emociones tantas positivas como negativas, esto sirve para alertar a las personas en las diferentes situaciones, a lo largo del tiempo.

En la actualidad se han definido seis emociones universales, las cuales son: el miedo, la alegría, la tristeza, el asco, la sorpresa y el enojo, de esta última se derivan otras tantas como: son la hostilidad y la crítica, entre otras.

A la hostilidad y a la crítica se le denominan emociones sociales, las cuales se experimentan en diversas situaciones. Otras emociones sociales son: el amor, los celos, el odio y la vergüenza.

Las emociones son como experiencias sensoriales, sin embargo, también se experimentan emociones por medio de los recuerdos, de los pensamientos o por medio de la imaginación, esto demuestra que la mente despierta emociones por sí sola y que la persona puede evocarlas a su conveniencia.

Cuando se experimentan las emociones sean positivas o negativas el ser humano sufre cambios fisiológicos a nivel del sistema nervioso, es un mecanismo muy sofisticado de adaptación al medio, el cual es producto de la evolución humana.

Cuando se presenta una emoción intervienen varios factores, los cuales son:

- Conductas de adaptación: consiste en facilitar la adaptación a los estímulos externos, los cuales ayudan a la supervivencia.
- Cambios fisiológicos: se ven reflejados en las alteraciones del metabolismo del cuerpo, por ejemplo: el ritmo cardiaco, la sudoración y otras respuestas involuntarias.

- Expresión emocional: son gestos faciales o corporales que se manifiestan cuando se están experimentando una emoción.
- Sentimiento emocional: es la experiencia subjetiva de una emoción.
- Estado de ánimo: suele ser un estado de gran intensidad y duración prolongada o un estado de gran intensidad y de duración breve.

Cada persona vive las emociones de manera diferente, sin embargo, los seres humanos poseemos expresiones universales, que se reflejan en el lenguaje corporal, recordemos que no es necesario hablar para expresar un estado de ánimo. Por ejemplo, la postura corporal refleja lo que muchas veces no se expresaría en lenguaje verbal, otro ejemplo es que cuando se experimenta la sorpresa, se contrae la frente y se abren los ojos desmesuradamente, cuando la emoción es la ira, se contrae el ceño, si la emoción es la tristeza se contrae la boca hacia abajo y por el contrario si es alegría, se contrae la boca hacia arriba, esa es la manera como el ser humano expresa las emociones universalmente (Bosch, 2009).

### 2.3.1 EMOCIONES POSITIVAS

Las emociones positivas son aquellas que denotan que está ocurriendo algo agradable en el entorno ya sea familiar, social o cultural; es también la sensación de satisfacción al realizar cosas agradables para el sujeto, de acuerdo con Navarro en el 2006: “las emociones positivas amplían los modos habituales de percibir la realidad y de pensar e imaginar; también acrecientan la capacidad para

responder creativamente a las tareas y los problemas de la vida cotidiana” (pág. 82).

Experimentar emociones positivas tiene muchas ventajas, por ejemplo; cuando se siente alegría, existe un aceleramiento intelectual y soltura corporal, que va acompañado de un sinfín de energía, lo cual lleva al entusiasmo, fomentando de esta manera las relaciones sociales y familiares; es un sentimiento de bienestar constante.

Por otro lado cuando se experimenta sorpresa, curiosidad o interés, se detona la búsqueda de nuevas experiencias que satisfagan las necesidades del individuo para lograr un crecimiento a nivel personal, al lograrse esto, el camino que sigue es la satisfacción, la serenidad y el desahogo; lo cual produce tranquilidad y comodidad en el individuo.

Las emociones positivas aumentan el nivel de endorfinas en el cerebro, lo cual logra que los pensamientos sean más creativos y los movimientos corporales así como las expresiones faciales sean más frecuentes y contundentes.

El experimentar emociones positivas trae como resultado una personalidad equilibrada, que en términos generales es el estado más recomendable para el ser humano, ya que conlleva al éxito en cada faceta de la vida diaria.

Una de las emociones positivas que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su vida es el amor, cada uno pasa diferentes experiencias con respecto del amor, pero en realidad ¿qué es el amor?

Para Sternberg, (1999), “el amor podría entenderse como un compuesto de tres elementos: intimidad, pasión y compromiso. Los distintos tipos de amor constarían de las distintas combinaciones de dichos elementos” (pág. 12).

Existe en el cerebro toda una serie de conexiones que se comunican en varios niveles, lo que se conoce como sistema límbico y es en dónde se experimentan todas las emociones que se viven a lo largo de nuestra vida. En esta región se ha detectado el amor maternal y el amor de pareja, las técnicas de resonancia magnética reflejan que se activan regiones similares ante la fotografía de un hijo o ante la de un ser amado (pareja), en el caso del deseo sexual solo se activa el hipotálamo, esto hace una diferencia entre el amor materno y el amor de pareja (Camacho-Arroyo, s.a.).

### 2.3.2 EMOCIONES NEGATIVAS

Las emociones negativas son señales de defensa las cuales se activan cuando surge una amenaza externa hacia el individuo.

Cada ser humano vive las emociones negativas de acuerdo a la experiencia que haya adquirido y que vaya atravesando en la vida cotidiana, es claro que las emociones negativas es un detonante de actos agresivos y hostiles, lo que no beneficia en nada, sino que lo complica; aunque algunas veces las emociones negativas favorecen y ayudan a reaccionar en defensa propia, cuando se llega a

percibir una señal de alerta o peligro y el ser humano responde de forma inexplicables, siempre salvaguardando la integridad de su persona.

Cuando pasa lo contrario la persona hiere a otras personas, por ejemplo en un ataque de ira, puede matar a alguien, sintiendo después culpa, arrepentimiento impotencia y enojo constante, hacia la propia reacción emocional.

Las emociones negativas distorsionan la conducta, tal y como señala Perea en el 2009: “las emociones negativas pueden incluso distorsionar la conducta de las personas que influye en la toma de decisiones que interfieren en el proceso de recuperación de la enfermedad” (pág. 35).

Lo que significa que las emociones negativas influyen en nuestras inadecuadas decisiones en la vida.

Algunas emociones negativas son: la angustia, el miedo, la ira, la crítica, la sobreprotección y la hostilidad.

## Angustia

La angustia es un sentimiento de amenaza cuya causa es por el momento desconocida, provoca ansiedad al pensar que algo malo está ocurriendo o está por ocurrir.

La angustia es un círculo vicioso, una vez que se ha experimentado la angustia sin razón alguna, aparece una actitud angustiosa ante la perspectiva de sentir angustia. La angustia crece por momentos y conduce a pensamientos cada vez más angustiantes. El proceso se desarrolla con gran rapidez y de lo único que se puede estar consciente es de un progresivo sentimiento de pánico, lo cual nos lleva a experimentar miedo extremo.

## Miedo

Para Montoya en el 2013, el miedo es una: “perturbación angustiosa ante un peligro real o imaginario, y cuya intensidad es variable según las personas y las circunstancias” (pág. 141). Existen dos tipos de miedo uno que produce inhibición y otro que produce reacción; suele trastornar el uso de la razón y provocar traumas en el sujeto, también puede producir sentimiento de frustración.

## Ira

La ira es un obstáculo al crecimiento espiritual y puede adoptar muchas formas o simplemente cada individuo reacciona a su conveniencia; gran parte de la ira realmente procede del miedo, al no poder controlar el resultado de una determinada situación o las acciones de los demás.

La ira proporciona a la persona enojada una sensación que la hace sentirse viva, procede también de la inseguridad, los celos, la envidia y la angustia.



Los sentimientos de ira que se alojan en el interior y pueden ser muy perjudiciales para el ser humano (Licata, 2002).

La ira desencadena varias emociones negativas la cual más allá de afectar a la persona que la está experimentando afecta de manera directa a la gente que está alrededor; los resultados de esta emoción son la crítica, la sobreprotección y la hostilidad.

La crítica incluye comentarios o aseveraciones, los cuales por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.

La crítica se genera cuando se realizan comentarios desfavorables o de manera humillante atacando de manera directa al individuo, el cual no cumple de manera favorable con las expectativas.

La crítica se genera debido a que el sujeto realiza acciones o aptitudes inapropiadas, causando molestia y la manera en que se expresa es emitiendo comentarios de desaprobación y humillantes.

La crítica suele generarse en los miembros de una familia (padres, esposos, hijos), en la que se juzgan las acciones, las actitudes o los comportamientos que al parecer no son correctos para la persona que los observa.

## Crítica positiva y negativa

La crítica positiva (constructiva), es la que propone nuevas soluciones a los problemas o defectos que se exponen. La cual debe estar basada en una observación objetiva hacia el individuo cuyo comportamiento se desvía del estándar o del proceso.

La crítica constructiva es criticar sin herir, consiste en ayudar al ser humano a mejorar aspectos que tal vez no está realizando de la forma más adecuada, de acuerdo a las personas que tienen una relación cercana y que notan cambios desfavorables en el sujeto; consta de dos partes:

- Señalar lo que está bien.
- Señalar lo que falta por hacer.

Al señalar lo que está bien inmediatamente llega un mensaje de respeto y al señalar lo que falta por hacer, es la manera correcta de darle ánimos a la persona y que comprenda que puede hacer las cosas mejor de lo que lo está haciendo, de esta manera se envía un mensaje positivo. Es la mejor forma de criticar.

Existe otro tipo de crítica: la negativa que lamentablemente es la más usada porque resulta más fácil juzgar que ayudar.

La crítica negativa o destructiva, se dirige a la persona, busca culpabilizar, lastimar y menospreciar a la persona atacada; genera angustia, temor y sentimientos de inferioridad.

La crítica destructiva, casi siempre es a espaldas del afectado, no aporta nada positivo a quien la produce ni a quién va dirigida, porque su esencia es la de dañar; independiente de cuales fueren las causas para el afectado o el grupo social en general, siempre es dañina.

Es un hecho que la crítica negativa se usa con mayor frecuencia pues es más sencillo ver los errores de las personas, es necesario considerar el daño que causa a la autoestima así como en la personalidad en general, lo que puede resultar incapacitante, para la persona afectada con crítica negativa.

Cuando la crítica es por parte de los padres, suelen usar frases, como por ejemplo: “estoy harto de ti”, esto conlleva un sentimiento de desamor en el receptor (el hijo), otra frase cargada de crítica destructiva, es la siguiente: “así como eres no llegaras a ningún sitio”, el mensaje genera miedo al futuro, “eres un bueno para nada”, genera sentimientos de inferioridad. Frases como éstas y muchas más son utilizadas en los hogares de manera cotidiana y lo único que se obtiene es generar introyectos en la persona, lo cual llevará un proceso para superarlos en el futuro.

Sobreprotección

La sobreprotección se deriva del temor o miedo que experimentan las personas o por experiencias vividas como poco placenteras, que lo único que hacen es que teman por las personas importantes en su vida, así como por la vida de ellos mismos.

La sobreprotección tiene como primera instancia un insulto a la persona. Es un insulto porque detrás de cada sobreprotección hay una subestimación, protegemos porque subestimamos y lógicamente esto es un insulto (Canseco y Cols. 2000, pág. 6).

La persona a la que se le protege al principio se siente cómoda, puesto que vive en un clima de facilidad, en un ambiente a gusto; principalmente esto pasa con las madres hacia sus hijos, es decir, desde la concepción traen al hijo en el vientre materno, donde todo es seguro y está bajo control, cuando nacen tratan de crearles un vientre ficticio, donde siga la misma protección, lo que hace que la persona sobreprotegida no crezca y que se mantengan siempre como un niño, para el cual solo hace falta estirar la mano y recibe todo lo que necesita automáticamente; esto va a crear una dependencia enorme con la progenitora o en todo caso con la persona que cuide y facilite las cosas.

La mayoría de los padres y madres creen que el ahorro de dificultades al hijo así como de los retos, incluso del dolor, pero sobre todo del esfuerzo, van a beneficiar el futuro de los hijos. Sin embargo, el ser humano crece y se desarrolla en la medida en que es capaz de solucionar problema y enfrenta el dolor. Para crecer siempre se necesita esfuerzo personal y experimentar el dolor en las diferentes etapas del desarrollo humano.

Al sobreproteger lo único que se logra es aniquilar puesto que se quitan las fuerzas para salir adelante en la vida, convirtiéndose en un eterno dependiente.

Los padres sobreprotectores son aquellos que se pasan horas cavilando y preocupándose por los hijos. No es necesariamente mimar al hijo; es una implicación emocional intensa y excesiva, que además conlleva la necesidad de controlar al hijo.

Todo esto lleva a una dependencia tanto de los padres hacia el hijo como del hijo hacia los padres, aunque aparentemente pueda parecer una relación estupenda, puede traer grandes problemas en el futuro de los hijos, al llegar a la edad adulta y no enfrentar la vida como adulto. El ser humano está diseñado para vivir día a día retos, dificultades y miedos, lo que le permitirá que se desarrolle de manera adecuada y sea capaz de solucionar problemas enfrentando el dolor.

## Hostilidad

La hostilidad es una emoción negativa que implica varios sentimientos, pero principalmente el resentimiento, ya sea dirigida hacia el medio social o hacia el núcleo familiar, implica conductas verbales y motoras implícitas.

Se describe como un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Los desencadenantes de la hostilidad son la violencia física y el sufrir hostilidad indirecta (Vivas y Cols. 2006).

Se usa la hostilidad cuando se desencadenan situaciones desfavorables dirigidas hacia una persona u objeto que se encuentre en el entorno inmediato. La persona que experimenta la hostilidad, no piensa de manera adecuada, lo único que desea es desfogar la emoción (por ejemplo puede romper objetos de valor). También se experimenta la hostilidad cuando se percibe en el entorno o con otras personas queridas, actitudes de irritabilidad, negativismo, resentimiento o sospecha.

Es una actitud no favorable hacia las personas en general, en algunas situaciones puntuales puede llegar al rencor y la violencia, aunque lo más frecuente es que la hostilidad sea expresada en modos muy sutiles, que no violen las normas sociales. El componente afectivo incluye varios tipos de emociones: el enojo, el resentimiento, el disgusto y el desprecio.

Ésta emoción evalúa a las otras personas negativamente, considerándolas causantes de las situaciones agresivas.

### 2.3.3 EMOCION EXPRESADA

La Emoción Expresada es un concepto que refleja la atmósfera emocional del ambiente en casa. Es decir, la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y los sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y el sobre involucramiento (sobrepotección) que uno de los familiares expresa acerca del miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia.

El primero en describir la “emoción expresada” fue: George Brown, nace de su observación empírica con los esquizofrénicos y sus familiares; notó que entre más

intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos.

Establece cinco componentes para definir su concepto, a continuación se mencionan:

- Emociones de cualquier tipo expresada acerca del paciente.
- Hostilidad expresada hacia el paciente
- Comportamiento dominante o directivo hacia el paciente
- Emoción expresada por el paciente hacia sus familiares
- Hostilidad expresada del paciente hacia sus familiares

Identificó así el patrón de interacción familiar determinando que es posible asociar las recaídas y a partir de ahí intervenir ese patrón mediante el entrenamiento (López 2011).

La manera de expresarse es una manera muy propia de cada individuo pero cuando se refiere a una persona que sufre esquizofrenia es muy importante cuidar las emociones que serán proyectadas hacia el usuario ya que de esto dependen muchos de los aspectos de la enfermedad, es decir, mientras que la calidez y las actitudes positivas tienen un afecto positivo en los pacientes, los comentarios críticos, la sobreprotección y la hostilidad tienen un resultado negativo.

La intervención familiar más eficaz parece ser una combinación de un enfoque positivo centrado en el presente y la importancia de la reestructuración cognitiva de los miembros de la familia (Sarason, 2006). Es decir, es muy importante que la familia cuide las atribuciones que hace sobre el usuario, es necesario también

brindar una mejor atención y una comunicación sólida, lo que ayuda a los usuarios a saber cómo enfrentar la esquizofrenia, de esta manera, es más fácil que aprendan de forma constructiva a manejar la culpa, la vergüenza, la frustración, la ira y la manera de relacionarse en el núcleo familiar.

Varias investigaciones han descubierto un dato sumamente importante, los pacientes hospitalizados por esquizofrenia que han sido dados de alta y que regresan con sus familias, recaían, se percataron que los familiares tenían niveles altos de emoción expresada negativa, por lo que los pacientes, no podían permanecer mucho tiempo fuera del hospital; mientras que los pacientes con familias que mostraban una emoción expresada negativa muy baja, podrían permanecer fuera haciendo una vida adaptada, lo más cerca a la normalidad.

En base a estos resultados de las investigaciones se focaliza el interés en la emoción expresada negativa, la cual es aquella que incluye la crítica, la sobreprotección y la hostilidad, se usa en los casos en que la persona tiene un diagnóstico de esquizofrenia. Lo importante de estos estudios es que se ha notado que el paciente es duramente abatido por los comentarios que se refieren a su persona, en los cuales se emiten juicios, sean emitidos por personas del medio social, pero sobre todo al interior de la propia familia, lo cual lleva a la aniquilación emocional del usuario; si la enfermedad mental es de por sí difícil, ahora es más difícil sobrellevarla cuando existe negativismo por parte de los miembros de la familia.

De ahí el interés y la importancia de la psicoeducación, para que el paciente y el familiar sepa abiertamente lo que son las emociones negativas y positivas y de qué manera pueden afectar al curso de la enfermedad, así como tomar conciencia



que si se vive con una emoción expresada negativa alta en lugar de ayudar al paciente, se le hunde más en la enfermedad y difícilmente podrá salir adelante.

### 2.3.3.1 EL TEST EMOCIÓN EXPRESADA (EE) DEL FAMILIAR DE GUANILLO Y SECLÉN.

Este test sigue una línea que contempla con mucha atención los mecanismos familiares que causan estrés en el ámbito familiar, el test mide la cantidad y calidad de actitudes y sentimientos relacionados con la hostilidad, la crítica y el sobre involucramiento que un familiar o varios familiares tengan hacia un paciente con esquizofrenia.

El hecho desafortunado de las recaídas en los síntomas han sido notados cuando el paciente convive por lo menos 35 horas a la semana, es decir, que comparte el mismo espacio y mantiene contacto con los miembros de la familia, después de haber sido dado de alta. Se ha notado que esto ocurre dos años después del alta del hospital (Rascón, 2008).

Otras investigaciones tales como la de Chávez en el 2007, con el trastorno alimenticio concluyen que la EE es un predictor significativo del curso de los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria).

La emoción expresada por un familiar responsable (fr) es un cuestionario-encuesta estructurado que contiene 30 ítems, los cuales miden la crítica, la hostilidad y la sobreprotección, es un instrumento adaptado para población mexicana y ha sido

aplicado a familiares con pacientes con esquizofrenia en psiquiátricos como: el Instituto nacional de Psiquiatría: Ramón de la Fuente en la cd. De México.

Está integrado por tres subtest: crítica, sobreprotección y hostilidad; el nivel de emoción expresada es ALTA (si obtiene un puntaje de 62-120) y es BAJA (si obtiene un puntaje de 30 a 60 puntos).

Si se desea determinar el nivel por cada subtest (hostilidad, crítica y sobreprotección), el puntaje es el siguiente:

ALTA (25-40) y BAJA (10-12)

La calificación del cuestionario reporta que a mayor puntaje, la emoción expresada es más alta.

Los niveles altos de emoción expresada también presentan niveles altos de crítica, hostilidad y sobre involucramiento emocional, lo que conlleva a presentar síntomas psiquiátricos y por consiguiente a la hospitalización.

Otros psicotrastornos (TCA) también comparten la problemática al interior de la familia, es decir, los estudios confirman que el ambiente familiar presenta soportes inadecuados, problemas de cohesión y de expresión de emociones. La investigación de Valencia, Rascón y Quiroga (s.f), reporta que la EE alta en los familiares se relaciona con mayor autodescuido, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte de su paciente enfermo.

Muchas investigaciones plantean soluciones a esta problemática de las recaídas y proponen modelos de intervención terapéutica en el entorno familiar, son intervenciones que se postulan como un soporte que permita al paciente orientarse hacia objetivos bien identificados y alcanzables. Estas acciones tienen la mira de disminuir las posibilidades de un continuo de circuitos de internamiento, lo que ocasionaría desesperanza en el paciente, asignándole una etiqueta social bastante negativa.

La familia, lo que obtiene con estos modelos de intervención, es recuperar la confianza en lo que puede hacer por su paciente, lo que disminuye el sentimiento de irrecuperabilidad hacia el paciente, lo que conllevaría inevitablemente a la exclusión familiar, dolorosa, para ambas partes.

Finalmente pero no menos importante, los sistemas de salud, están justamente para eso...para brindar salud, para mejorar la calidad de vida de las personas, por el derecho innegable a la salud, también emocional.

## 2. 4. MODELOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

Uno de los modelos de intervención propuestos es el que se enmarca dentro de un modelo de “Rehabilitación de la salud integral”, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental (Lima, Perú, 2011), el cual busca contribuir al funcionamiento y la salud mental de la persona con discapacidad, en este modelo,

se aborda el término “discapacidad psiquiátrica”, “el cual hace referencia a la limitación en la actividad del individuo generada por los trastornos mentales...objetivada como una disminución o ausencia de habilidades que tiene repercusiones a nivel individual, social, económicos y en derechos humanos” (Manual de terapia multifamiliar, pág. 9). El Manual de terapia multifamiliar, pretende adecuar a la familia para que se convierta en un núcleo efectivo de soporte en la rehabilitación y reintegración social del paciente diagnosticado con una enfermedad mental. Está constituido por tres módulos:

- a) Módulo comunicacional: Usando el Análisis Transaccional se propicia un estilo positivo de comunicación que reemplace los niveles altos de hostilidad, de crítica y de sobreprotección.
- b) Módulo psicoeducacional: Está dirigido a que el familiar rompa con sus creencias infundadas y los sentimientos de culpa, a través del conocimiento amplio y científico de la enfermedad mental, para que pueda generar expectativas realistas que propicien la reintegración social y productiva del familiar.
- c) Módulo de solución de problemas: Basados en la técnica de “solución de problemas propuesta por D’Zurrilla”, se orienta a la familia para que aprenda a afrontar situaciones problemáticas que se les puedan presentar, disminuyendo así la tensión y aumentando los sentimientos de autoestima y unidad familiar.

Este modelo puede extenderse en general a las familias que deseen desarrollar sus niveles de salud mental y bienestar humano.

Vallina y Lenos en el 2002, hacen un exhaustivo análisis de los cuatro modelos más sobresalientes que consideran a la familia como un aliado en la rehabilitación del paciente esquizofrénico, a saber estos modelos son los siguientes:

## 1) El paquete de intervenciones sociales de Leff

Leff ha ido enriqueciendo su programa durante los años 1992, 1994 y 1996, en los que ha incluido la psicoeducación, el entrenamiento en la solución de problemas, mejora de la comunicación, reducción de la alta EE y/o de los conflictos, así como de los contactos entre los familiares de alta EE y pacientes, modificación de expectativas no realistas de la familia y designación del terapeuta como un obusman de cada familia.

## 2) El modelo psicoeducativo de Anderson

La psicóloga clínica Carol M. Anderson, Douglas J. Rains y Gerald E. Hogarty, de la universidad de Pittsburgh desarrollaron el modelo psicoeducativo para familias con paciente esquizofrénico. El programa intenta disminuir la vulnerabilidad del paciente a la estimulación por medio de la medicación, y por otra, reducir la estimulación proporcionada por la familia. La disminución del estrés familiar se pretendió lograr a través de un programa altamente estructurado, que integraba los siguientes principios: crear una alianza de tratamiento, informar al paciente y a los familiares sobre el manejo de la enfermedad, establecer un ambiente sosegado, integrar gradualmente al paciente, dar continuidad a la atención.

El modelo incluye 5 fases:

1. Conexión con las familias
2. Taller psicoeducativo
3. Reintegración a la sociedad

4. Rehabilitación social y profesional
5. Etapa final del tratamiento

3) La intervención cognitivo-conductual de Tarrier

En este modelo también los familiares son considerados como rehabilitadores y la intervención va dirigida a capacitarlos en cómo relacionarse con el familiar enfermo en el hogar, se les educa en reducir el estrés ambiental, así como en las reacciones del mismo.

Consta de tres componentes:

- Programa educativo
- Manejo de estrés y respuestas de afrontamiento
- y entrenamiento en comunicación.

Como podemos notar estos cuatro modelos coinciden la psicoeducación, en la solución de problemas, en el manejo o conocimiento de la enfermedad, en el apoyo familiar y en la intervención en crisis, todo ello para minimizar las recaídas.

# CAPITULO III

## METODOLOGÍA

### CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

---

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se plantea desde un estudio experimental, del tipo: cuasi experimental, en el cual las personas son seleccionadas para participar, sin apearse a controles estrictos de variables aleatorias.

### **3.2 IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN**

Las características de la población del CISAME es que el 60% de los pacientes que acuden a la clínica ya sea a consulta o a los diferentes talleres que se ofrecen, asisten acompañados por un familiar (padre o madre, en su gran mayoría)

Existen más pacientes del sexo femenino que del masculino, la edad de los acompañantes oscila desde los 40 hasta los 75 años de edad; su estatus social bajo o medio bajo, todos están afiliados al seguro popular (lo que resulta que su tratamiento sea gratuito).

La mayoría de los familiares tienen un nivel educativo de nivel primaria y secundaria, la mayoría son matrimonios que llevan un tiempo considerable de casados y viven con los demás integrantes de la familia; sin embargo, cuando acuden a acompañar al usuario por lo general solo asiste uno y generalmente es la madre del paciente.

El servicio de psiquiatría de la clínica se extiende por cuatro meses y el servicio de psicología es sólo por un mes, debido a la alta demanda del servicio.

El promedio de pacientes atendidos por primera vez es de 15 personas y los subsecuentes aproximadamente son 50 personas, todos atendidos con el diagnosticados esquizofrenia tipo paranoide, los cuales pasan al servicio de psiquiatría y al de psicología.



De estos 75 usuarios mensuales en promedio, 50 solo pasan a tratamiento psicológico y 15 pacientes, no están controlados y son los que reciben tratamiento psiquiátrico.

### **3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo intencional, es decir, el investigador decidió que personas integraban su estudio, en base a los criterios de inclusión, que más le convenían.

Estos criterios de inclusión para el paciente fueron los siguientes:

1. Estar diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.
2. Asistir a la terapia con un familiar.
3. Estar en tratamiento farmacológico.
4. Aceptar participar en la investigación
5. Que radique en Coatzacoalcos
6. Estudios mínimos de secundaria
7. Que sea del sexo masculino
8. Que tenga sus síntomas controlados

Criterios de inclusión para el familiar

1. Ser un familiar directo de un paciente con esquizofrenia tipo paranoide
2. Acompañarlo frecuentemente a la clínica del CISAME
3. Aceptar participar en la investigación
4. Que radique en Coatzacoalcos
5. Estudios mínimos de secundaria

De esta manera la muestra quedó conformada por 10 familiares de pacientes esquizofrénicos.

Cabe aclarar que los que se presentaron al pre test fueron diez, pero 4 familiares no regresaron, debido a que eran de bajos recursos económicos, y no tenían dinero para trasladarse a la clínica, por lo que fueron descartados del estudio.

5 de los participantes son del sexo femenino, son amas de casa, y son la madre del paciente con esquizofrenia, todas son de nivel socioeconómico bajo.

Un participante es del sexo masculino y es el padre del usuario, también de nivel socioeconómico bajo, y se dedica al comercio.

En promedio las familias tienen 2 hijos aparte del paciente con esquizofrenia.

### **3.4 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El método de recolección de datos, se basó principalmente en la recolección de datos a través del instrumento “emoción expresada del familiar”, de los autores: Guanillo y Seclén, en su versión modificada, el cual fue proporcionado por el Instituto General de Psiquiatría: Dr. Ramón de la Fuente.

El pre test se realizó al inicio del taller, durante la primera sesión y el pos test en la última sesión del taller.

El instrumento nos ofrece los niveles de emoción expresada por parte del familiar, los cuales pueden ser:

Nivel alto (de 62 a 120 puntos) o nivel bajo (menor de 30-60 puntos). En cuanto a los subtest (sobrepotección, crítica y hostilidad) los nivel también se ubican en alto (25 a 40 puntos) y bajo (10-24).

El instrumento consta de 30 ítems, todos en escala tipo Licker.

Los ítems para medir la crítica son los siguientes: 1, 3, 5, 9, 15, 16, 18, 27, 29 y 30, para medir la sobrepotección son los siguientes: 2, 4,6, 8, 10, 11, 12, 14, 20 y 26 y para medir la hostilidad, los ítems son: 7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, y 28.

### **3.5 PROCEDIMIENTO**

El procedimiento se realizó de la siguiente manera:

- En hojas diarias de psicología se ubicaron a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia por nombre y por no. expediente.
- Posterior a la detección, en la ficha de identificación del expediente se obtuvo el número telefónico y se le hizo una llamada al familiar responsable del paciente diagnosticado con esquizofrenia.
- Después de realizar el contacto vía telefónica, se le invitó al familiar a una reunión informativa, para explicarle acerca de la investigación.
- Ya reunidos los familiares (aproximadamente 50 familiares), se expuso el objetivo de la investigación y se informaron los criterios de inclusión.
- Se obtuvo la muestra de 10 participantes.
- Se les informó la fecha de inicio del taller, la hora y el lugar.
- En la primera sesión se presentaron los 10 participantes, pero en las subsecuentes sesiones, sólo se presentan 6 de ellos.
- Se lleva a cabo el taller de acuerdo a lo planeado en las cartas descriptivas.
- Posteriormente ya con los datos en bruto en el test y pos test, se hace el análisis estadístico.
- Se determinó que en base a los datos la hipótesis no puede ser aceptada.
- Finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias derivadas de la investigación.

# CAPITULO IV

## RESULTADOS

### CAPÍTULO IV. RESULTADOS

---

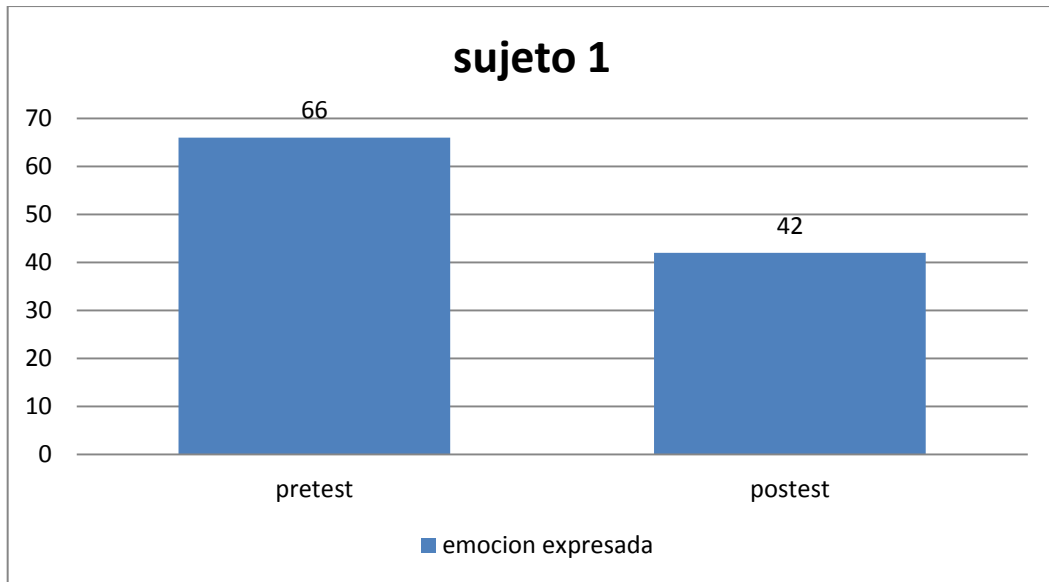
En este apartado se presentan los datos estadísticos más sobresalientes de acuerdo con el instrumento de recolección de los datos. En este caso concreto, del pre test y del pos test.

Las primeras gráficas que se presentan son las que reflejan los puntajes ítem por ítem, del instrumento, estas se ubicaron en el Apéndice E.

Las siguientes gráficas que se presentan son las que muestran los resultados del pre test y del pos test, por sujeto, con respecto a las subescalas del test; estas gráficas están ubicadas también en el Apéndice E.

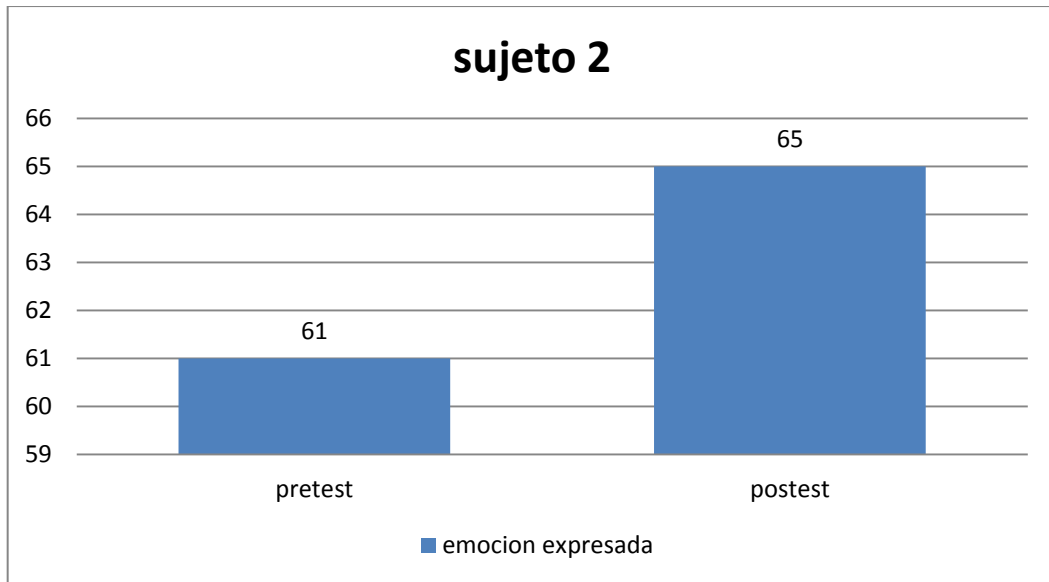
Y las gráficas que se muestran a continuación son las gráficas comparativas del pretes y del pos test, de los resultados de la emoción expresada del Test “emoción expresada del familiar”, por sujeto.

Tabla1. Emoción expresada por sujeto		
Opciones	pre test	pos test
emoción expresada	66	42



La gráfica muestra que el sujeto en el pre test presenta 66 puntos de EE, lo significa que tiene un nivel alto de EE, y los resultados del pre test muestran que su EE disminuyó a 42 puntos, mismos que corresponden a un nivel bajo de EE.

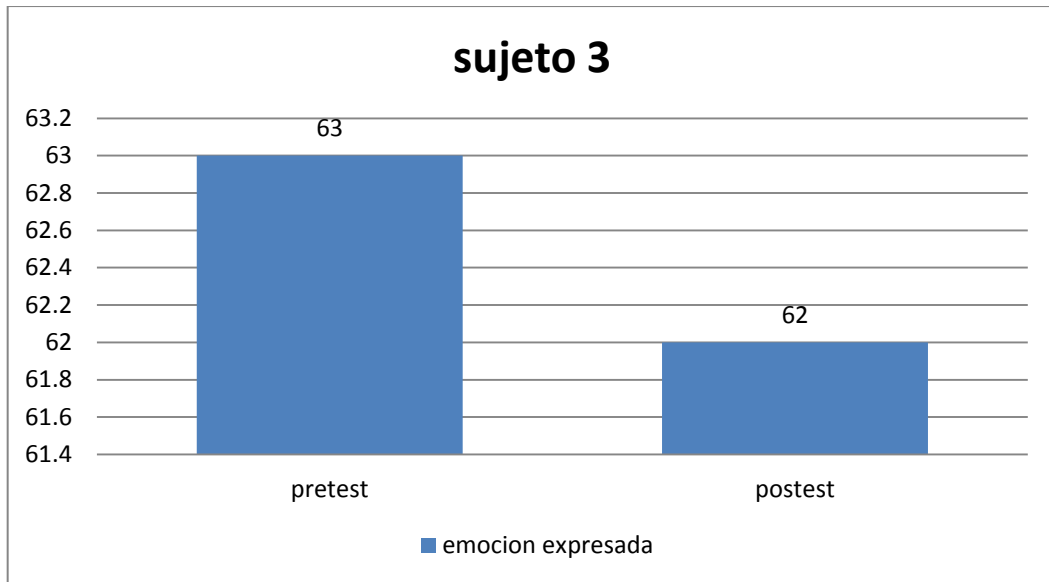
Tabla 2. Emoción expresada por sujeto		
opciones	pre test	pos test
emoción expresada	61	65



La gráfica muestra que el sujeto 2 tiene un puntaje de 61 en el pre test en EE, lo que significa que tiene un nivel alto de EE, en el pos test se muestra un puntaje de 65, lo que lo sigue ubicando en el nivel alto de EE. En este sujeto no hubo cambio alguno con respecto al tratamiento.

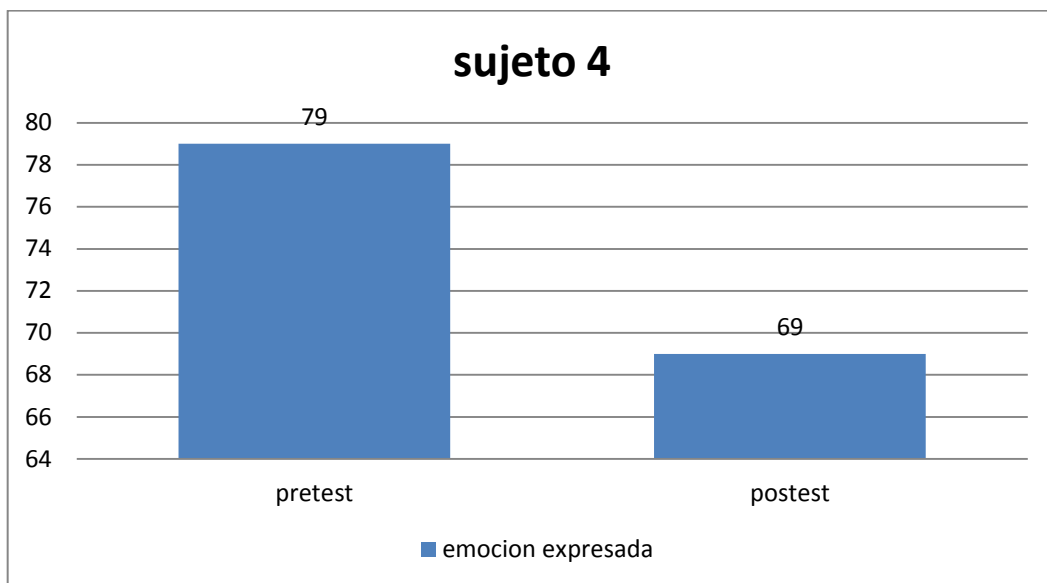
Tabla 3. Emoción expresada por sujeto		
opciones	pre test	pos test
emoción expresada	63	62





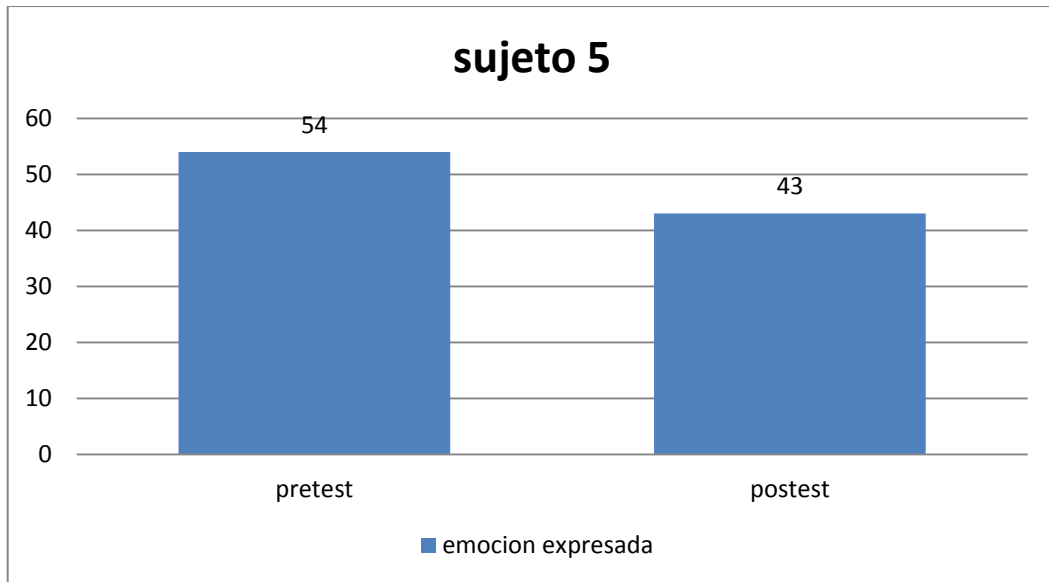
La gráfica muestra que el puntaje del pre test del sujeto 3, es de 63 puntos, lo que ubica en un nivel alto de EE, los resultados del pos test son de 62 puntos, lo que ubica al sujeto número 3 en un nivel alto de EE. Este sujeto no se movió de nivel con respecto de la EE.

Tabla 4. Emoción expresada por sujeto		
opciones	pre test	pos test
emoción expresada	79	69



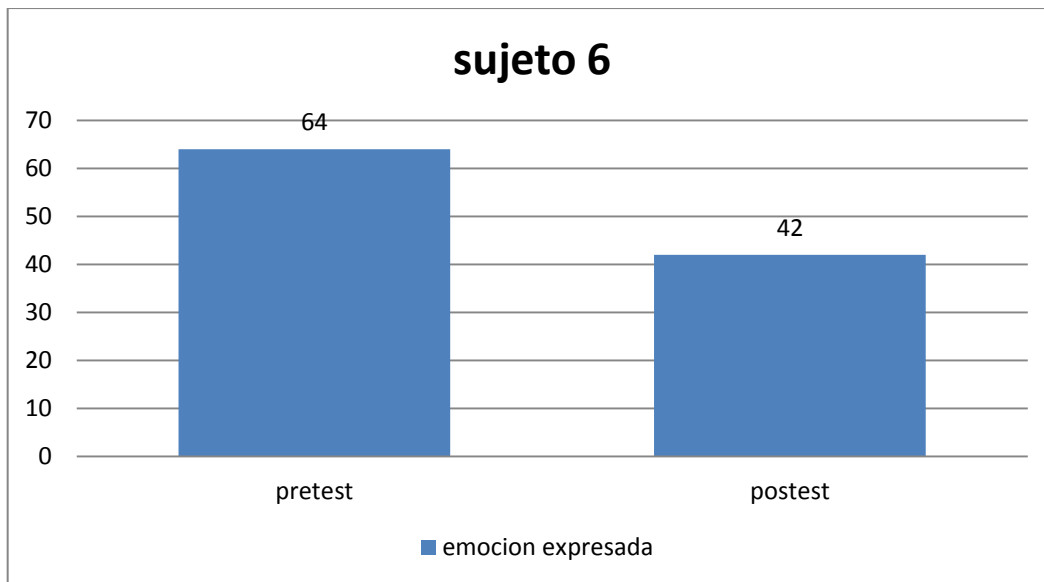
La presente gráfica muestra que el sujeto 4 tiene un puntaje en el pre test de 79, lo que lo ubica en el nivel alto de EE, con respecto al pos test, su puntaje es de 69, lo que lo sigue ubicando en un nivel alto de EE. Este sujeto no se movió de nivel, con respecto a la EE.

Tabla 5. Emoción expresada por sujeto		
opciones	pre test	pos test
emoción expresada	54	43



La gráfica muestra que el sujeto 5 en el pre test tiene un puntaje de 54 de EE, lo que significa que se ubica en un nivel bajo de EE, con respecto al pos test, el sujeto obtiene un puntaje de 43, lo que lo ubica en un puntaje también bajo de EE. Este sujeto se mantuvo en el nivel bajo de EE.

Tabla 6. Emoción expresada por sujeto		
opciones	pre test	pos test
emoción expresada	64	42



La gráfica muestra que el sujeto 6 en el pre test, obtiene un puntaje de 64 de EE, lo que significa que tiene un nivel alto de EE y con respecto a sus resultados en el pos test, se ubica con 42 puntos en un nivel bajo de EE. Este sujeto pasó del nivel alto de EE a un nivel bajo en EE.

## ANÁLISIS

Los datos estadísticos muestran que 2 de los sujetos tienen un nivel alto de EE y después del tratamiento, pasan a un nivel bajo de EE; tres de los seis sujetos estudiados, tuvieron puntajes que los ubicaban

en un nivel alto de EE y después del tratamiento, no se movieron, sus puntajes los siguieron ubicando en un nivel alto de EE; por otro lado un sujeto obtuvo puntajes bajos en EE y se mantuvo así después del tratamiento, por lo que su pos test, muestra un nivel bajo de EE.

**CAPÍTULOS V**  
**CONCLUSIONES Y PROPUESTA**  
**PSICOLÓGICA**

**CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

---

Las diversas investigaciones demuestran que la intervención psicoterapéutica con la familia y que la psicoeducación son fundamentales para el paciente en cuanto al apego al tratamiento y al pronóstico favorable en cuanto a su síntomas; así como en la prevención de recaídas.

La investigación que se llevó a cabo en el CISAME-Coatzacoalcos, con familiares responsables de un paciente diagnosticado con esquizofrenia, en la que se planteó la siguiente hipótesis: “El taller de emoción expresada reduce la hostilidad, la crítica y la sobreprotección en familiares con un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide”.

El análisis de los datos del pre test y del pos test, perfilan las siguientes conclusiones:

En primer lugar, el 33.33 % en efecto disminuyó su nivel de emoción expresada, por efecto del taller, el 50% de la muestra no se movió de sus puntajes obtenidos, es decir, de un nivel alto de EE, después del tratamiento experimental, se mantuvieron en el mismo nivel, el alto de EE, y el porcentaje restante el 16.66 %, se ubicó en un nivel bajo de EE y no se movió, se mantuvo en bajo después del tratamiento experimental.

Los datos aquí mostrados no nos ayudan a mantener la hipótesis formulada, por lo que se rechaza.

Con respecto al objetivo planteado, el cual se formuló de la siguiente manera: “Reducir a través del taller Emoción Expresada; la hostilidad, la crítica y la sobreprotección de familiares con un paciente diagnosticado con esquizofrenia

tipo paranoide; los cuales son atendidos en la clínica de salud Mental UNEME-CISAME de Coatzacoalcos, Ver.”.

Tampoco se puede decir que se alcanzó, ya que los resultados nos muestran que sólo un 33.33% sí redujo su nivel de EE, pasando de un nivel alto a un nivel bajo en los puntajes. Y que el hecho de que un 16.66 % se haya mantenido en un nivel bajo, aun después de aplicado el tratamiento, sugiere mayores controles para explicar lo que sucedió.

## **CAPÍTULO V. PROPUESTA PSICOLÓGICA**

---



La propuesta psicológica se conforma de varios apartados que se basan a partir de los resultados de la investigación, los cuales son las siguientes:

- Con respecto a futuras investigaciones:
  1. Pasar de una investigación cuasiexperimental a una experimental pura, con grupos de control y muestras aleatorizadas.
  2. Tener más medidas pre test y postes, es decir, otros inventarios que recojan información, susceptible de ser comparada.
  3. Contenido del taller fundamentado en una teoría en específica.
  4. Que los participantes sean conscientes de los beneficios personales inherentes de la investigación.
  5. Que las sesiones del taller sean más próximas entre sí.
  6. Que el taller en la medida de lo posible sea de trabajo multidisciplinario.
  
- Con respecto al trabajo multidisciplinario:
  1. La evidencia muestra que los familiares están teniendo niveles de estrés altos (50%), que no son favorables para los procesos de salud mental del paciente con esquizofrenia, lo que compete a todos; por lo que se propone que se hagan reuniones mensuales con todos los involucrados en los casos, para plantear nuevas y efectivas estrategias para mejorar la calidad de vida de los usuarios del CISAME.
  2. Realizar jornadas psicoeducativas dirigidas a los pacientes, a los familiares de los pacientes y al público en general, de manera multidisciplinaria, esto por lo menos cada trimestre.
  3. Realizar investigaciones de corte multidisciplinario, en las que se compruebe las estrategias más efectivas de intervención, en el paciente y

con respecto de los familiares, con el fin de lograr la reinserción social del paciente.

- Con respecto a la labor psicoterapéutica del psicólogo:
  1. Analizar cuál es la postura teórica que más ayuda en la intervención con un paciente diagnosticado con esquizofrenia.
  2. Involucrar a la familia como sistema, para lograr un apoyo importante en la estabilidad del paciente con esquizofrenia.
  3. Realizar un trabajo multidisciplinario tanto en las intervenciones de los casos, como en las investigaciones que se planteen y en las jornadas de trabajo psicoeducativo dirigidas a la comunidad.
  4. En la práctica clínica cotidiana, dar su mejor esfuerzo para la comprensión, solución de problemas e inserción social del paciente diagnosticado con esquizofrenia.
  5. Gestionar junto con otros colegas, la investigación del tema, animar también a los académicos y a los estudiantes de grados avanzados del nivel universitario a interesarse en la temática y proporcionar los apoyos necesarios, para que puedan hacer intervenciones (supervisadas), todas encaminadas a la mejoría del paciente y de la familia.
  6. Trabajar en la cultura de la salud mental que ayude al familiar en la aceptación y apoyo del tratamiento de su paciente esquizofrénico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 2 Allende M. Ma. Del P y Almendras J. Ma. E. (2006), Marcadores de riesgo de la esquizofrenia, Revista de psiquiatría y salud Mental Hermilio Valdizan, Vol. VIII, 2006, pp. 55-58.
- 3 Arévalo F. J. (1990), Intervenciones familiares de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. Universidad autónoma de Madrid. Estudios de psicología.
- 4 Barlow, D., y Durand, M., (2001). Psicología Anormal: Un Enfoque Integral. Cengage Learning Editores.
- 5 Barrera P. A, (2006), Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia, Revista chilena de neuropsiquiatría, 2006, 44 (3), págs. 215-225.
- 6 Bosch M. J., (2009). La danza de las emociones: vives como sientes. EDAF.
- 7 Camacho-Arrollo I. (s.a), Revista, ¿cómo ves?, Revista de divulgación científica de la UNAM.
- 8 Canseco, B. y Cols, (2000). La sobreprotección. San Pablo Editorial.
- 9 Carlson N. R. (1996). Fundamentos de Psicología Fisiológica. Pearson Educación.
- 10 Chávez F. A., 2007, Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, Acta Médica Grupo Ángeles, Volumen 5, número 3, Julio-Septiembre del 2007.
- 11 Consuegra F. M., y Fabelo M, V. (2003). Violencia y Esquizofrenia, ¿Víctimas o victimarios? Revista Cubana de Medicina General Integral.
- 12 Coon, D. (2004). Psicología. Cengage Learning Editores.

- 13 DSM IV, versión castellana, (2005), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, España.
- 14 Espina A. (1991), Terapia familiar en la esquizofrenia, Revista de psicoterapia, no. 8, pp. 13-33
- 15 Espina E., A., B, P. G., Bel Cortes, M., Azkarate Iriondo, E., y García Martin, E. (1994). Un estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (toxomanía y esquizofrenia). *Psiquis*.
- 16 Espina, A., y González, P. (2003). Intervenciones Familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Red de Revistas Científicas de América Latina*.
- 17 Fraguas y Palacios, (2009), *Semiología de la esquizofrenia*, Madrid, España.
- 18 Fernández C. M. L y Fabelo M. V.A. (2003), *Violencia y esquizofrenia, ¿víctimas o victimarios?*, *Revista cubana de medicina integral*, V. 19, N. 5, ciudad de La habana, sep. –oct. 2003.
- 19 Gerring, R., y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. Pearson Educación.
- 20 Gilbert, A. C. (2003), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*, Asociación española de neuropsiquiatría, Madrid, España.
- 21 *Glosario Cubano de Psiquiatría (2001)*, Adaptación para Cuba del capítulo V de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. La Habana.
- 22 *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, 2004*, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de diagnóstico y clasificación, América Latina.
- 23 *Guía Terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*, Colectivo de autores.

- 24 Leal S. F, Espinosa C.C., Vega, T.J. y Vega T.S., Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia, Salud uninorte, Vol. 28, No. 2, mayo-agosto-20012, pp 218-226.
- 25 Licata, R. (2002). Todo lo que necesita saber sobre la ira. The Rosen Publishing Group.
- 26 López A. V. O, 2011, Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor”, Tesis de Maestría, Instituto Politécnico Nacional, México.
- 27 Manual de terapia multifamiliar, una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental, 2011, Ministerio de Salud, Lima, Perú, Instituto Nacional de Salud mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.
- 28 Maña, A. S. (2008). La Esquizofrenia en el Hogar: Guía práctica para familiares y amigos. Club Universitario.
- 29 Montoya, Víctor. (2003). Literatura Infantil: Lenguaje y Fantasía. Grupo Editorial la Hoguera.
- 30 Navarro, A. R. (2006). Psicoenergética. Editorial Pax México.
- 31 Ning, L. J., Rondon, M., Mina, R., y Ballón, R. (2003). Causas de Rehospitalización de Pacientes Esquizofrénicos Crónicos. Revista de Neuro – Psiquiatría.
- 32 Perea Q. R. (2009). Promoción y Educación para la Salud: Tendencias innovadoras. Ediciones Díaz de Santos.
- 33 Rascon, M. L., Gutiérrez, M. d., Valencia, M., y Murow, E. (2008). Relación entre la Emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. Revista científica de América Latina, 206 - 2012.
- 34 Rebolledo M. S. y Lobato R. M. J (2005), Cómo afrontar la esquizofrenia, Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas, Sociedad Española de Psiquiatría. España.

- 35 Sarason, B. y Sarason, R. (2006). Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Pearson Educación.
- 36 Scott, J. (2010). Tratado de esquizofrenia.
- 37 Secretaria de Salud (2002), Programa específico de esquizofrenia (2001-2006), Primera edición 2002, México, D.F.
- 38 Soria T. R., (2010), Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. Facultad de estudios de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Revista electrónica de psicología Iztacala, Vol. 13, No. 3, Septiembre del 2010.
- 39 Soria T., R., Montalvo Reyna, J., y Herrera Olmedo, P. (1998). Terapia Familiar Smith, C. (2011). La emociones Humanas. Benchmark Education Company.
- 40 Soto Leal, F., Espinosa Cortes, C., Vega Terrazas, J., & Vega Terrazas, S. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. Red de Revistas Científicas de América Latina.
- 41 Terapia Sistémica en un caso de esquizofrenia. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
- 42 Valencia C. M., Rascón G. M. L y Quiroga H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Salud Mental. Vol. 26, No. 5, Octubre, 2003, Pp. 1-18.
- 43 Valencia C.M., Murrow E. y Gascón M. L. (2006), Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Vol. 38, No. 3, 2006, Pp. 535-549.
- 44 Vallina F. O y Lemos G. S., 2000, Dos décadas de intervenciones familiares. Psicothema, Vol. 12, no. 4, pp. 671-681.

45 Vázquez G. H, (2006), ¿La esquizofrenia comienza en la adolescencia?, Revista, Psicodebate, 5. Psicología, cultura y sociedad.

46 Vivas, D. y Cols. (2006). Educar las Emociones. Librería - Editorial Dykinson.

- 1 Cangas J.A, Gil R. J. y Peralta V. (1999), Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación. Psicom editores. Bogotá, Colombia.
- 2 Gradillas V. (2000), La Familia del Enfermo Mental. La otra cara de la psiquiatría. Editorial Díaz de Santos.
- 3 Mañá A. S. (2004), La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos. 4ta. Edición.
- 4 Martínez L. J. (2008), Exclusión Social y Discapacidad. Editorial: Fundación Promi. Madrid España
- 5 Ramos B. V. (2003), Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia), 4ª Edición. Editorial: Club Universitario. San Vicente, Alicante
- 6 Rebolledo M. S., Lobato R. M.J. (1999), Como afrontar la esquizofrenia. Una Guía para Familiares, cuidadores y personas afectadas. Edición Aula Médica. Madrid. España.
- 7 Rodríguez M. O. Salud Mental. (2005), Infanto – Juvenil. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- 8 Touriño G. R., Inglott D. R, Baena R. E. y Fernández F. J. (2000), Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. 2ª edición. Editorial Glosa. Barcelona.
- 9 Torres G. F. Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos, (2007). Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 601. Washington.



# APÉNDICES

## APENDICE A: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	REACTIVOS O INSTRUMENTOS
El taller de emoción expresada es un espacio en donde el familiar de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide, pueda analizar y experimentar la adecuada manera de relacionarse con su familiar, y así lograr disminuir la crítica, la sobreprotección y la hostilidad hacia el paciente.	Tiempo	El taller de emoción expresada tiene una duración de 4 meses y medio, con una duración de 38 horas, distribuidas en 19 sesiones de dos horas cada una.	Actividades para manejar adecuadamente la hostilidad, la crítica y la sobreprotección	Cartas descriptivas de cada actividad realizada en el taller.  (ver anexo no. 1)
	Participantes	Los participantes deben ser un familiar de un paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide y además ser paciente de la clínica integral de salud mental (CISAME-	-Carnet de citas	(Ver anexo no. 2)

		Coatzacoalcos.		
--	--	----------------	--	--

**APENDICE B: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.**

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>REACTIVOS O INSTRUMENTOS</b>
La variable “hostilidad, crítica y sobreprotección”, en esta investigación se entiende como la emoción expresada por parte de un familiar al paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide	Hostilidad	Es un sentimiento mantenido en el tiempo, en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad.	+culpabilidad +reproches +aislamiento +dureza +desesperanza	Se mide a través del test “emoción expresada de Guanillo y Seclén”  (Ver anexo no. 3)

	Crítica	La crítica incluye los comentarios o aseveraciones que al ser expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente con esquizofrenia tipo paranoide.	+regaños -indiferencia +exigencia +preocupación +molestia +vergüenza	Se mide a través del test “emoción expresada de Guanillo y Seclén”  (Ver anexo no. 3)

	Sobreprotección	Es el temor o miedo que expresa el familiar en su relación con el paciente con esquizofrenia y que se deriva de experiencias poco placenteras que hace que teman por las personas importantes en su vida, en este caso hacia su familiar diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide.	+compañía +desesperación +sufrimiento +ayuda excesiva +cuidados excesivo	Se mide a través del test “emoción expresada de Guanillo y Seclén”  (Ver anexo no. 3)
--	-----------------	--	--	---

## APÉNDICE C: LISTADO DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.



LISTADO DE PACIENTES SUBSECUENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE ATENDIDOS EN EL MES DE ENERO 2014 DENTRO DE LA UNEME – CISAME DE COATZACOALCOS, VER.

NÚM.	No. EXP
1	807 – SM
2	827 – SM
3	049 – SM
4	1827 – SM
5	830 – SM
6	1138 – SM
7	228 – SM
8	1248 – SM
9	3172 – SM
10	362 – SM
11	3401 – SM
12	350 – SM
13	2428 – SM
14	3618 – SM
15	461 – SM
16	915 – SM
17	3548 – SM
18	3620 – SM
19	332 – SM
20	1741 – SM
21	1397 – SM
22	1936 – SM
23	238 – SM
24	2264 – SM
25	2137 – SM
26	204 – SM
27	377 – SM
28	1978 – SM
29	4282 – SM
30	1385 – SM
31	3171 – SM

32	2133 – SM
33	4500 – SM
34	188 – SM
36	3980 – SM
37	932 – SM
38	2083 – SM
39	2583 – SM
40	4076 – SM
41	754 – SM
42	3620 – SM
43	135 – SM
44	1741 – SM
45	461 – SM

LISTADO DE PACIENTES SELECCIONADOS PARA LA MUESTRA

NÚM.	NÚM. EXP.
1	049 – SM
2	3618 – SM
3	332 – SM
4	1936 – SM
5	350 – SM
6	188 - SM
7	2133 - SM
8	362 - SM
9	238 - SM
10	461 - SM

## APÉNDICE D: TABLAS

### TABLAS DEL PRETEST ÍTEM POR PREGUNTA

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Casi siempre	Siempre	F
REGAÑO AL FAMILIAR	3	3	0	0	6
ACOMPañAR AL FAMILIAR	2	2	1	1	6
INDIFERENCIA ANTE EL DESCUIDO	5	1	0	0	6
. DESESPERACIÓN POR LAS COSAS QUE HACE	2	3	0	1	6
ADAPTACIÓN A LAS NORMAS	1	4	0	1	6
IMPOSIBLE OCULTAR MI SUFRIMIENTO	3	1	2	0	6
AUMENTO DE PROBLEMAS	2	2	2	0	6
YO LO HAGO	4	1	0	1	6
POCO INTERÉS DE MI FAMILIAR	3	3	0	0	6
CUIDAR SIEMPRE A MI FAMILIAR	1	0	2	3	6
HACER TODO POR MI FAMILIAR	1	4	0	1	6
NO HACE NADA POR SÍ SOLO	3	1	1	1	6
TRANQUILIDAD EN CASA	0	0	1	5	6
MOLESTA LO CONFUSO DE LA CONVERSACIÓN	3	2	0	1	6
LA MORTIFICACIÓN DE ANTES YA NO LA SIENTO	3	1	0	2	6
LE SACO EN CARA TODO MI SUFRIMIENTO	4	2	0	0	6
ME IRRITO CUANDO LO VEO DESGANADO	3	1	2	0	6

PROCURAMOS APARTARLO	5	1	0	0	6
LO DEJO SOLO	2	3	1	0	6
ME IRRITA SABER QUE ES UNA ENFERMEDAD INDEFINIDA	3	1	2	0	6
SOY DURO CON MI FAMILIAR	0	1	1	4	6
ENCERRADO EN SU CUARTO	6	0	0	0	6
ADVERTIR PARA PREVENIR IMPRUDENCIAS	2	4	0	0	6
INTERNARLO POR LAS CONTINUAS RECAÍDAS	5	2	0	0	6
PENDIENTE DE LO QUE PUEDA NECESITAR	1	0	1	4	6
CORAJE PORQUE NO ENTIENDE LO QUE QUIERO DECIR	2	3	0	1	6
ES CASO PERDIDO	4	2	0	0	6
NO SE DA CUENTA QUE LO QUE HACE ME FASTIDIA	3	1	1	1	6
PROCURO HACERLE SENTIR VERGÜENZA	6	0	0	0	6



**TABLAS DEL POSTEST ÍTEM POR PREGUNTA**

<b>Preguntas</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>	<b>F</b>
REGAÑO AL FAMILIAR	3	2	0	0	6
ACOMPañAR AL FAMILIAR	6	0	0	0	6
INDIFERENCIA ANTE EL DESCUIDO	6	0	0	0	6
. DESESPERACIÓN POR LAS COSAS QUE HACE	4	1	1	0	6
ADAPTACIÓN A LAS NORMAS	4	2	0	0	6
IMPOSIBLE OCULTAR MI SUFRIMIENTO	2	2	2	0	6
AUMENTO DE PROBLEMAS	1	5	0	0	6
YO LO HAGO	3	2	0	1	6
POCO INTERÉS DE MI FAMILIAR	2	4	0	0	6
CUIDAR SIEMPRE A MI FAMILIAR	2	4	0	0	6
HACER TODO POR MI FAMILIAR	2	3	1	0	6
NO HACE NADA POR SÍ SOLO	2	0	3	1	6
TRANQUILIDAD EN CASA	1	1	4	0	6
MOLESTA LO CONFUSO DE LA CONVERSACIÓN	2	3	1	0	6
LA MORTIFICACIÓN DE ANTES YA NO LA SIENTO	3	3	0	0	6
LE SACO EN CARA TODO MI SUFRIMIENTO	2	4	0	0	6
ME IRRITO CUANDO LO VEO DESGANADO	2	4	0	0	6
PROCURAMOS APARTARLO	6	0	0	0	6

LO DEJO SOLO	0	5	0	0	6
ME IRRITA SABER QUE ES UNA ENFERMEDAD INDEFINIDA	1	5	0	0	6
SOY DURO CON MI FAMILIAR	1	3	1	1	6
ENCERRADO EN SU CUARTO	6	0	0	0	6
ADVERTIR PARA PREVENIR IMPRUDENCIAS	3	3	0	0	6
INTERNARLO POR LAS CONTINUAS RECAÍDAS	3	3	0	0	6
PENDIENTE DE LO QUE PUEDA NECESITAR	0	2	0	4	6
CORAJE PORQUE NO ENTIENDE LO QUE QUIERO DECIR	3	3	0	1	6
ES CASO PERDIDO	0	4	0	2	6
NO SE DA CUENTA QUE LO QUE HACE ME FASTIDIA	2	4	0	0	6
PROCURO HACERLE SENTIR VERGÜENZA	5	1	0	0	6

## TABLAS DEL PRETEST POR SUJETO, DE LOS SUBTEST.

<b>TABLA 1. RESULTADOS DEL PRETEST, SUJETO 1</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	24	36.4
SOBREPROTECCIÓN	24	36.4
HOSTILIDAD	18	27.3
EMOCIÓN EXPRESADA	66	100

<b>TABLA 2. RESULTADOS DEL PRETEST, SUJETO 2</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	15	24.6
SOBREPROTECCIÓN	26	42.6
HOSTILIDAD	20	32.8
EMOCIÓN EXPRESADA	61	100

<b>TABLA 3. RESULTADOS DEL PRETEST, SUJETO 3</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	13	20.6
SOBREPROTECCIÓN	28	44.4
HOSTILIDAD	22	34.9
EMOCIÓN EXPRESADA	63	100

<b>TABLA 4. RESULTADOS DEL PRETEST,</b>		
---	--	--

<b>SUJETO 4</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	24	30.4
SOBREPROTECCIÓN	36	45.6
HOSTILIDAD	19	24.1
EMOCIÓN EXPRESADA	79	100

<b>TABLA 5. RESULTADOS DEL PRETEST, SUJETO 5</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	11	20.4
SOBREPROTECCIÓN	21	38.9
HOSTILIDAD	22	40.7
EMOCIÓN EXPRESADA	54	100

<b>TABLA 6. RESULTADOS DEL PRETEST, SUJETO 6</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	19	29.7
SOBREPROTECCIÓN	24	37.5
HOSTILIDAD	21	32.8
EMOCIÓN EXPRESADA	64	100

## **TABLAS DEL POSTEST POR SUJETO, DE LOS SUBTEST.**

<b>TABLA 1. RESULTADOS DEL POSTEST, SUJETO 1</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	13	31.0
SOBREPROTECCIÓN	15	35.7
HOSTILIDAD	14	33.3
EMOCIÓN EXPRESADA	42	100

<b>TABLA 2. RESULTADOS DEL POSTEST, SUJETO 2</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	18	27.7
SOBREPROTECCIÓN	24	36.9
HOSTILIDAD	23	35.4
EMOCIÓN EXPRESADA	65	100

<b>TABLA 3. RESULTADOS DEL POSTEST, SUJETO 3</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	18	29.0
SOBREPROTECCIÓN	22	35.5
HOSTILIDAD	22	35.5
EMOCIÓN EXPRESADA	62	100

<b>TABLA 4. RESULTADOS DEL POSTEST,</b>		
---	--	--

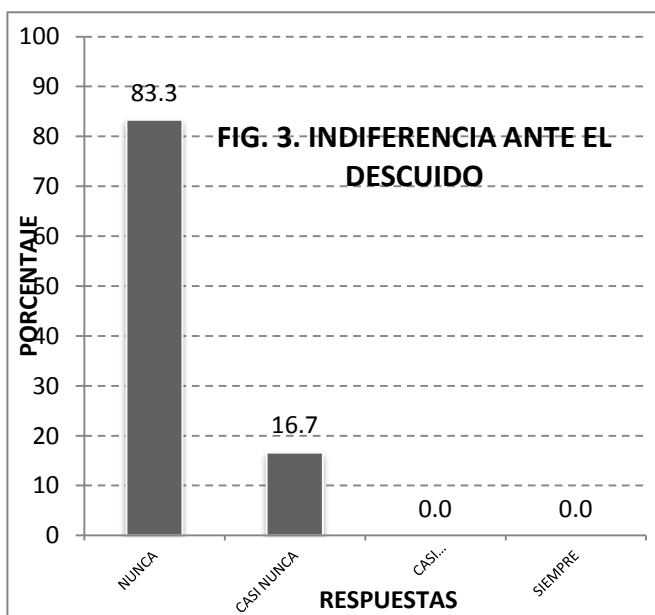
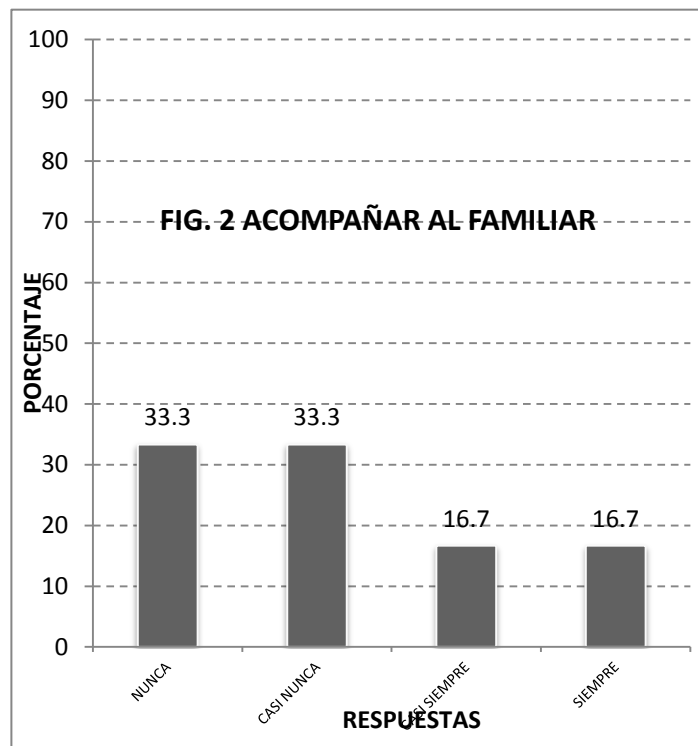
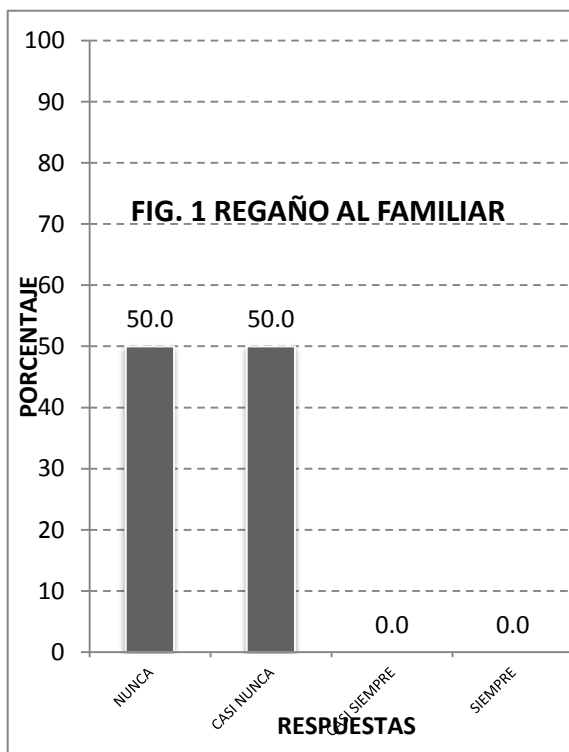
<b>SUJETO 4</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	23	33.3
SOBREPROTECCIÓN	25	36.2
HOSTILIDAD	21	30.4
EMOCIÓN EXPRESADA	69	100

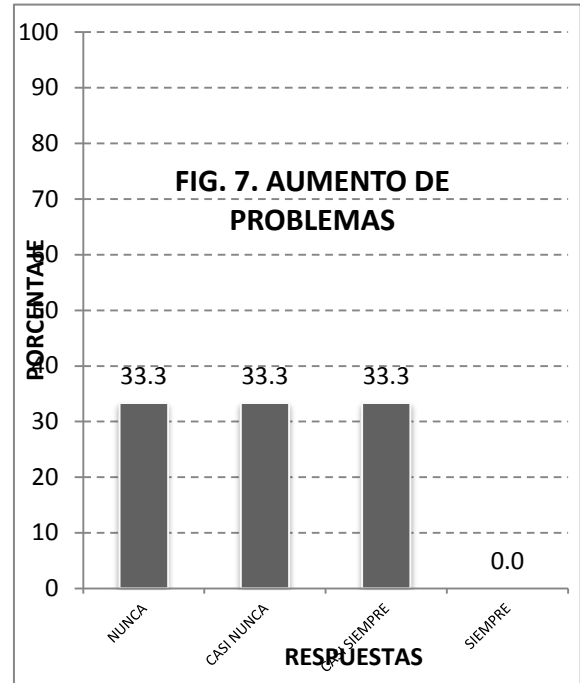
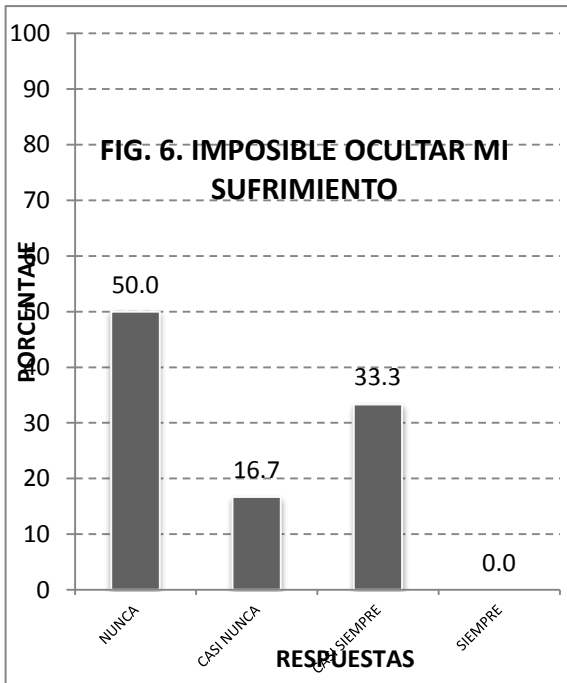
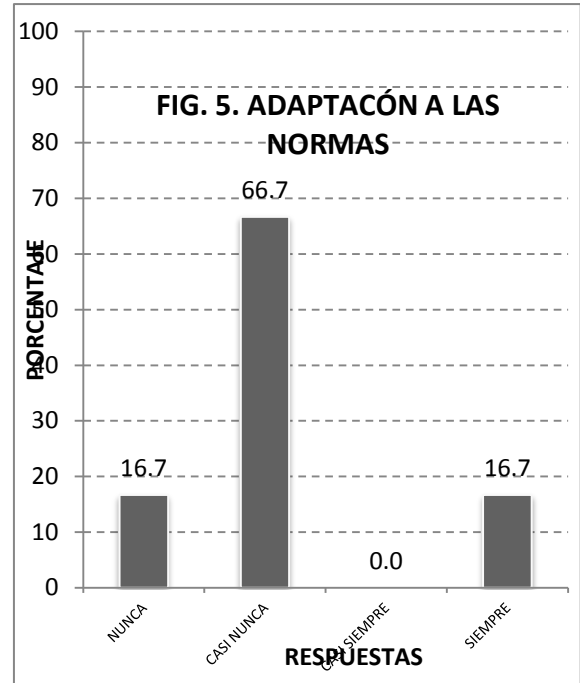
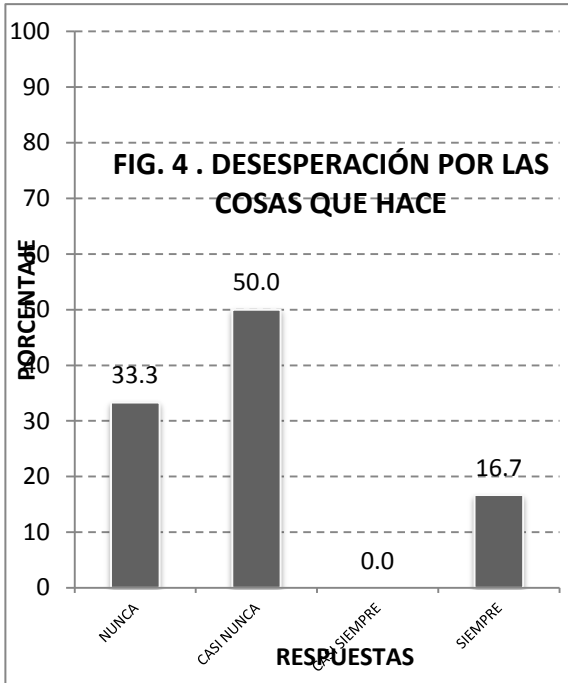
<b>TABLA 5. RESULTADOS DEL POSTEST, SUJETO 5</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	10	23.3
SOBREPROTECCIÓN	15	34.9
HOSTILIDAD	18	41.9
EMOCIÓN EXPRESADA	43	100

<b>TABLA 6. RESULTADOS DEL POSTEST, SUJETO 6</b>		
<b>OPCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
CRÍTICA	12	28.6
SOBREPROTECCIÓN	20	47.6
HOSTILIDAD	24	57.1
EMOCIÓN EXPRESADA	42	133

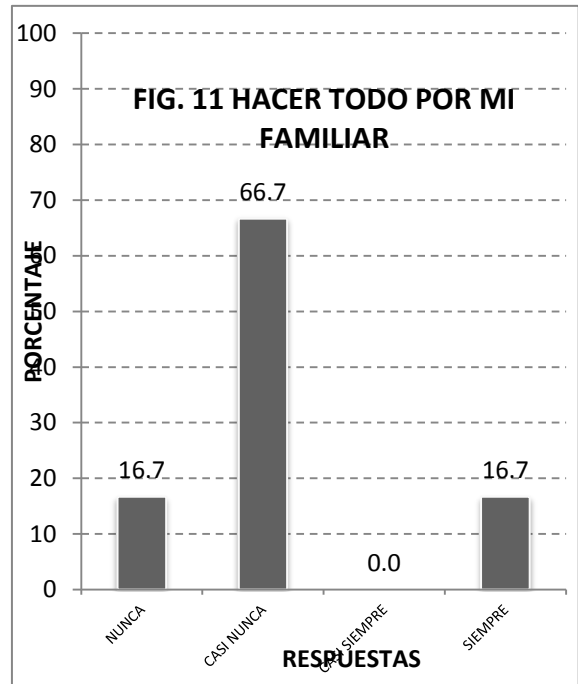
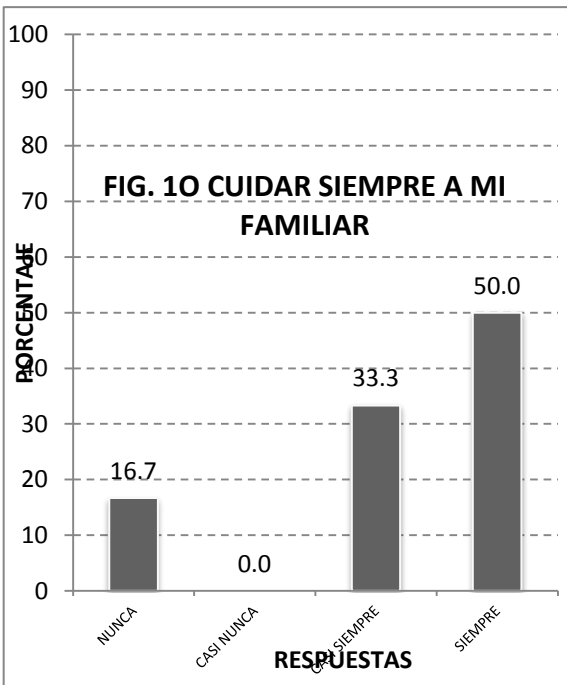
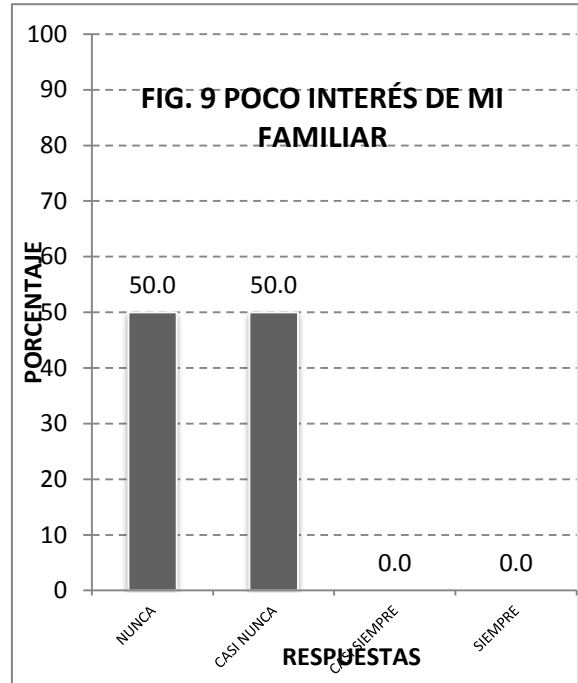
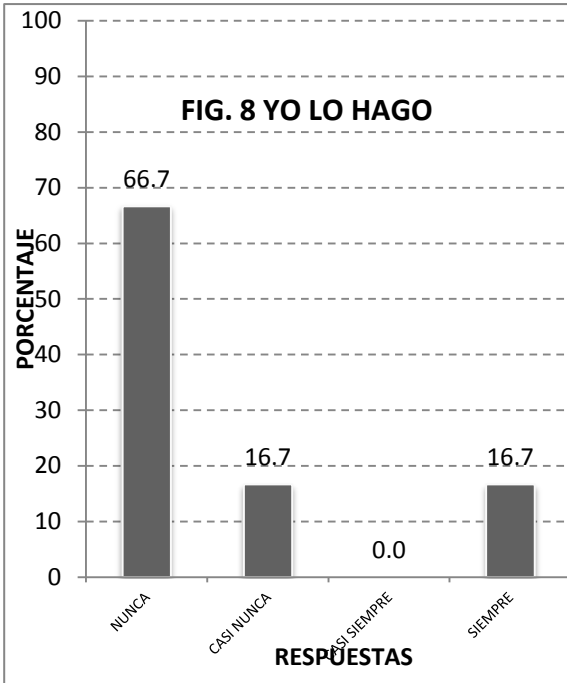
## APÉNDICE E: FIGURAS

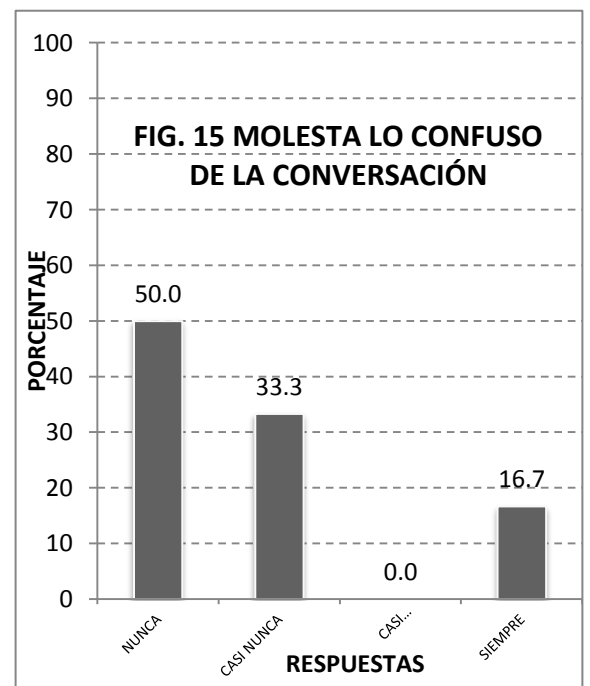
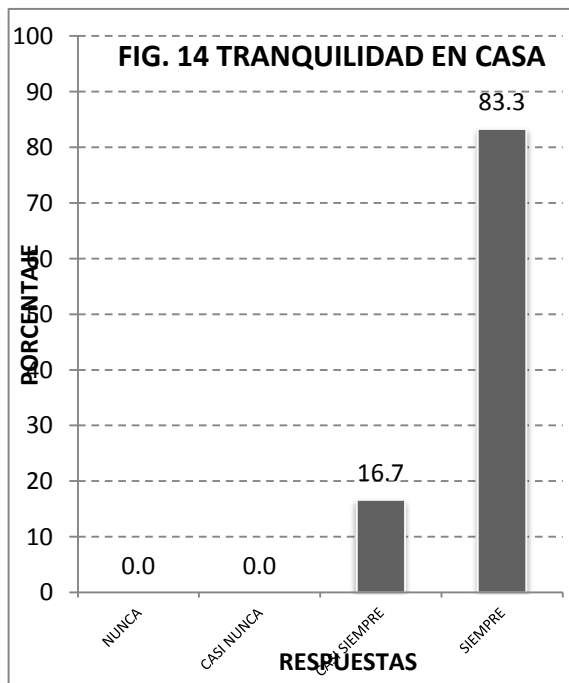
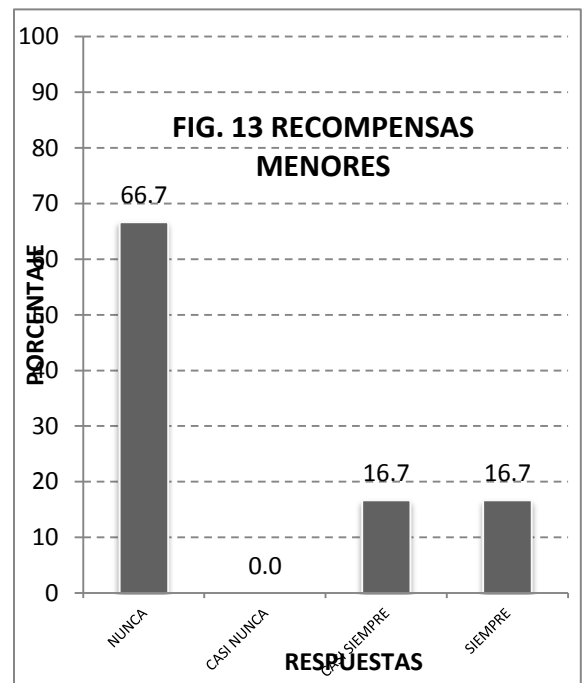
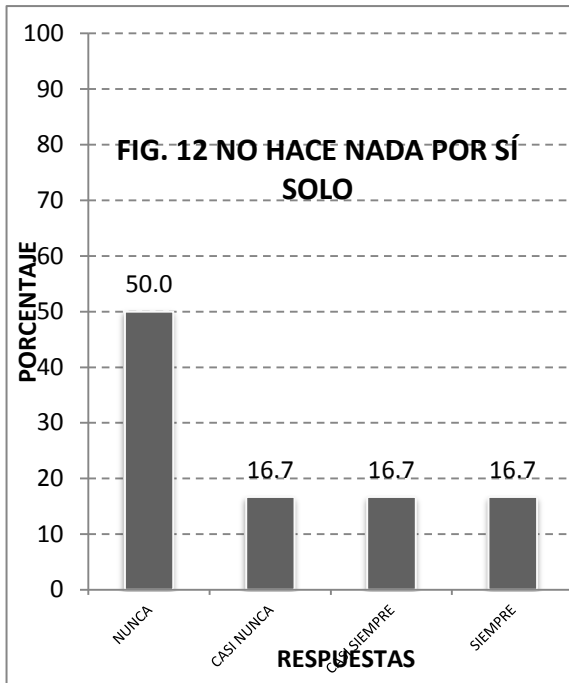
### Gráficas ítem por ítem del pre test

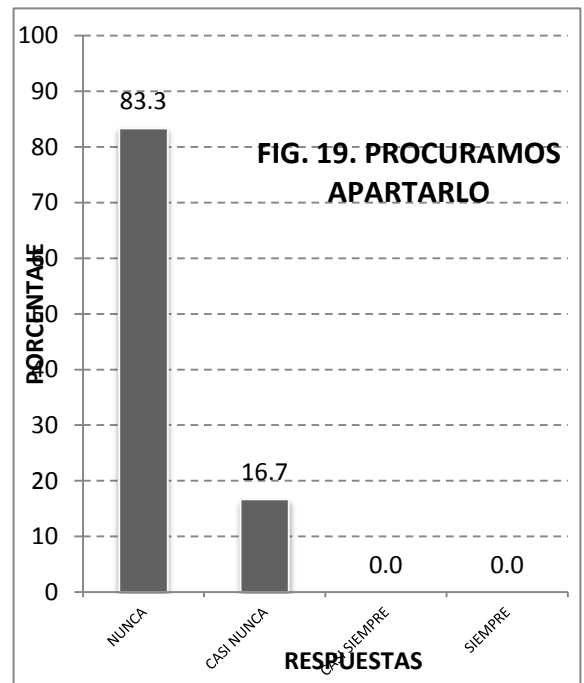
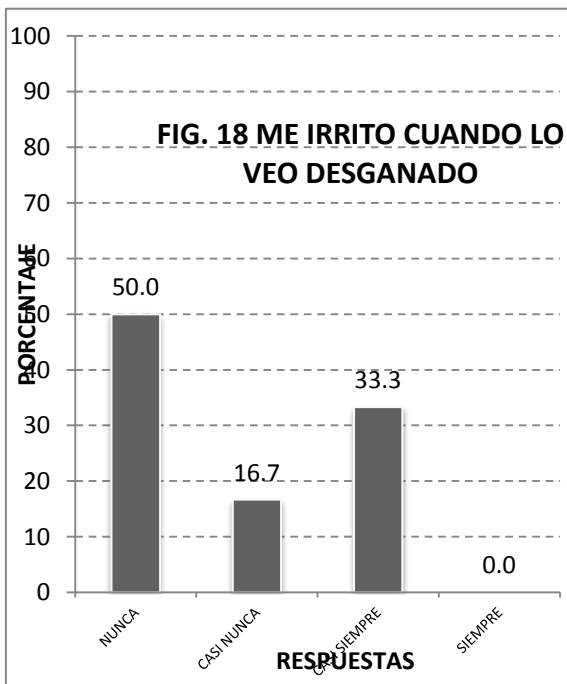
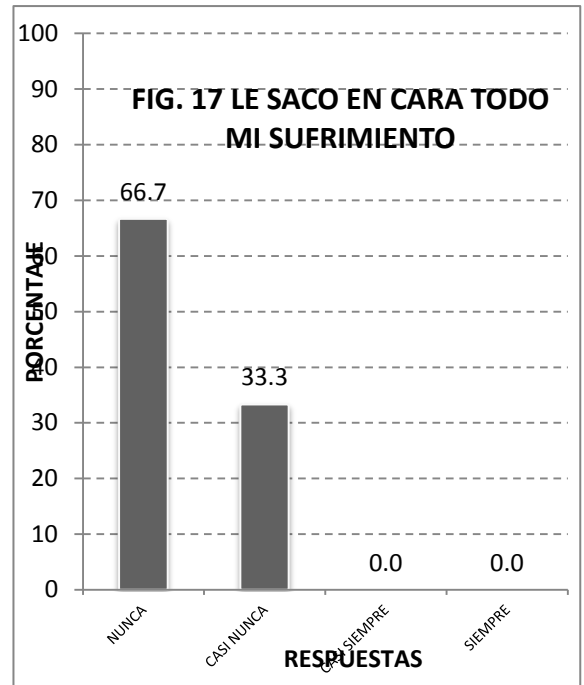
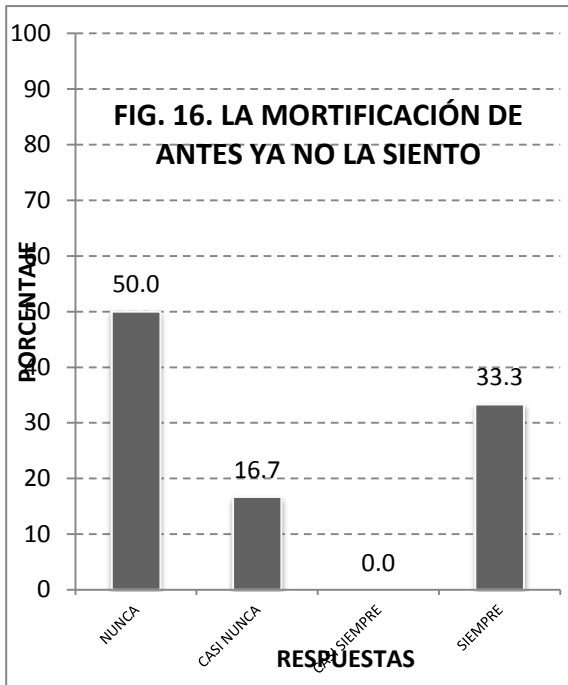


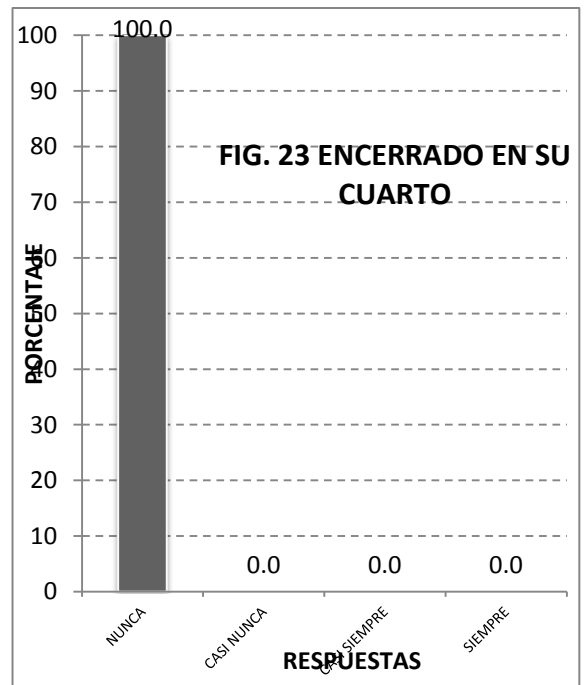
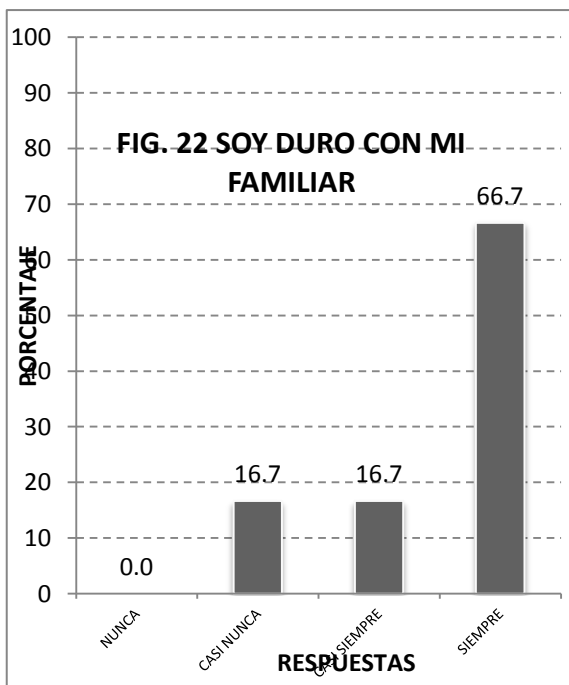
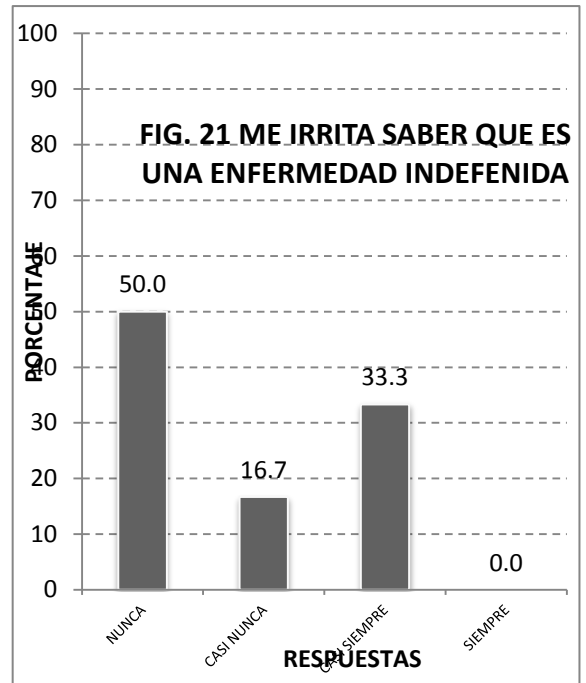
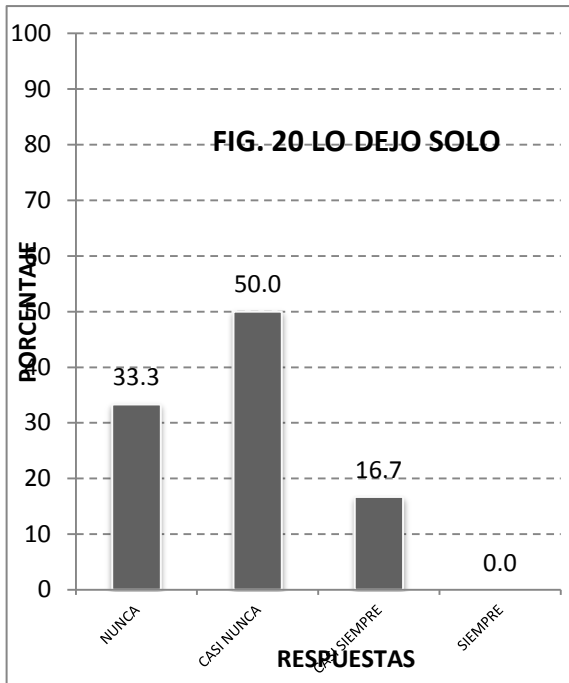


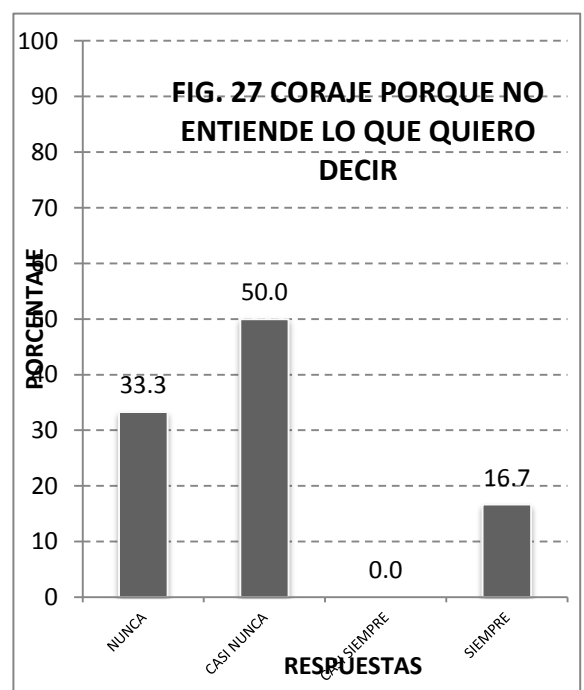
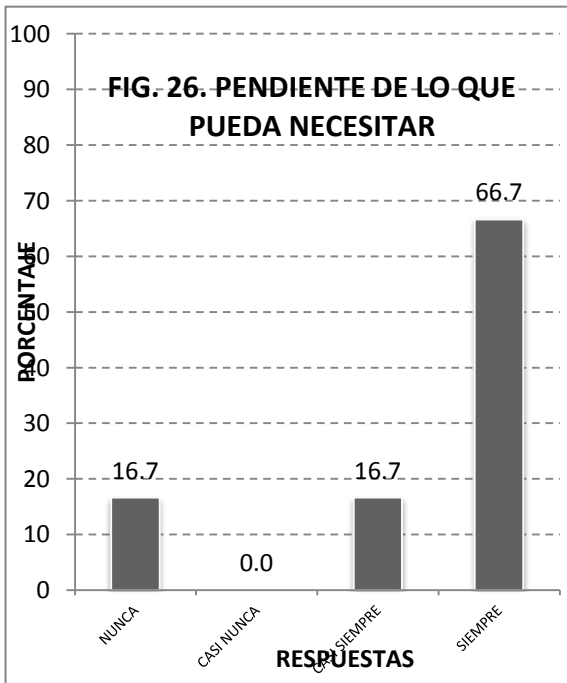
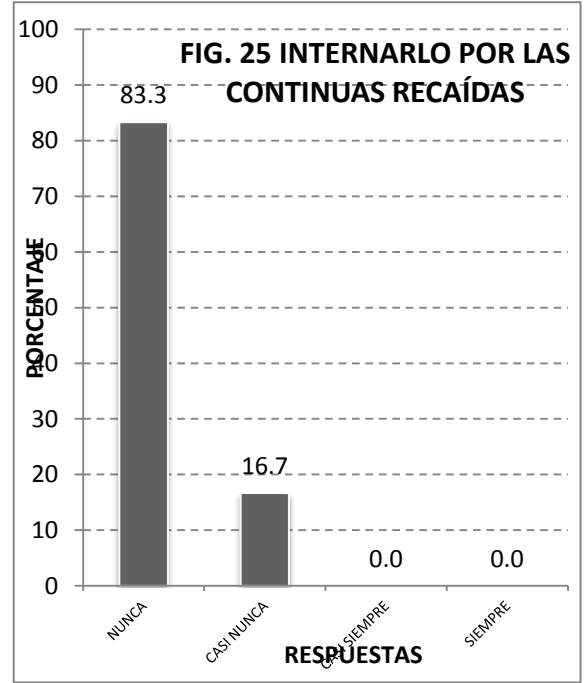
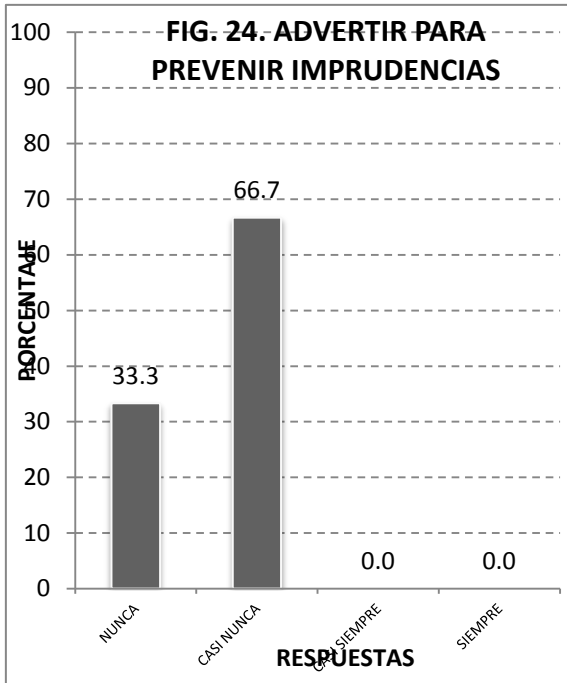


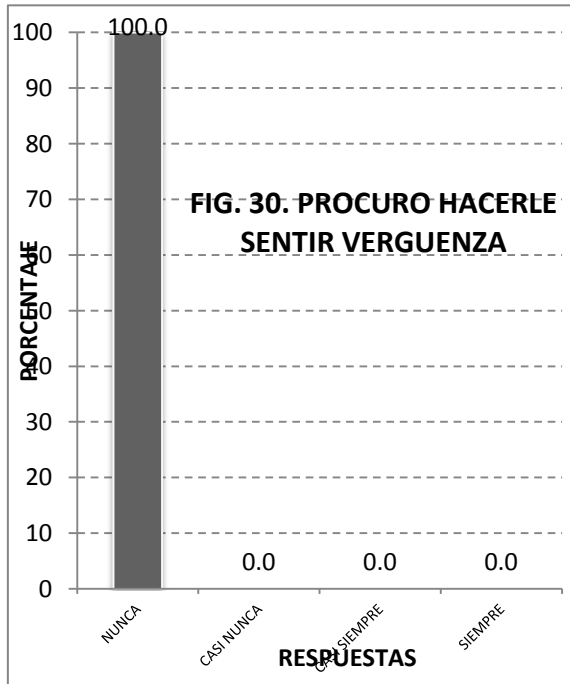
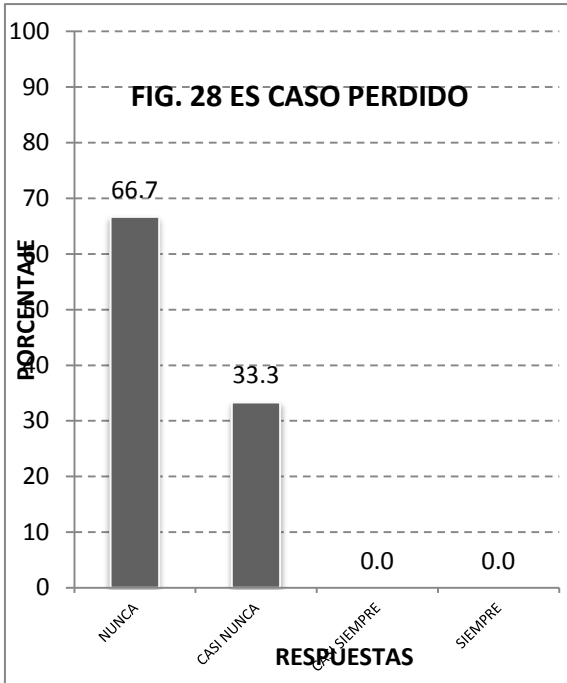




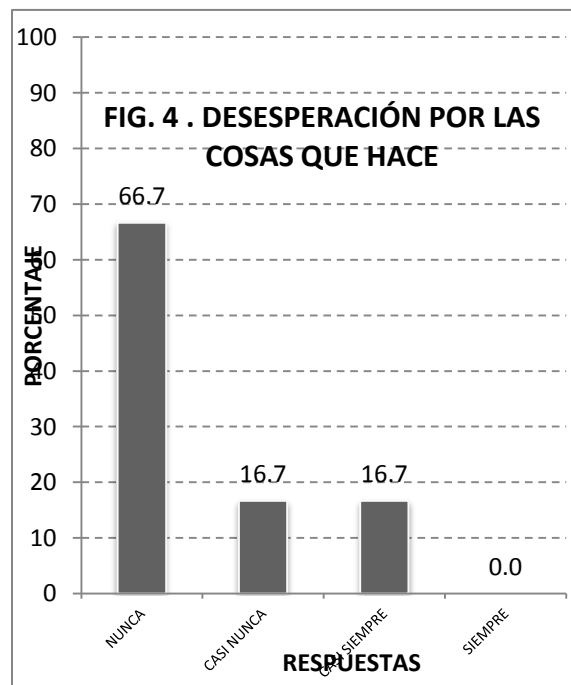
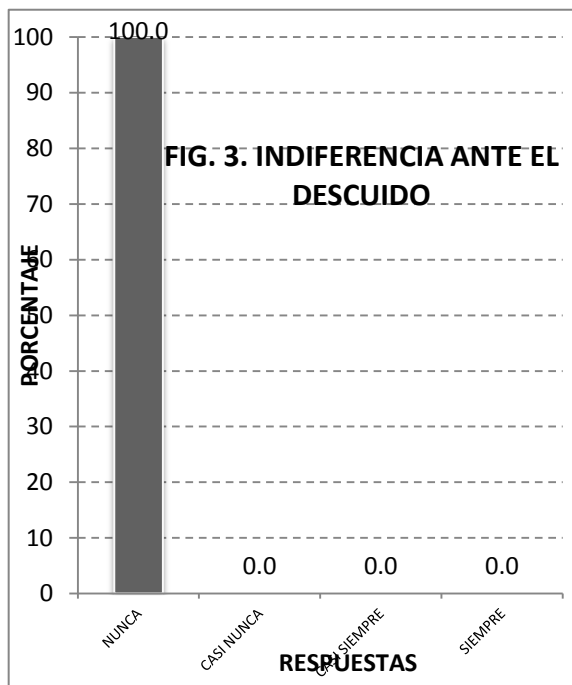
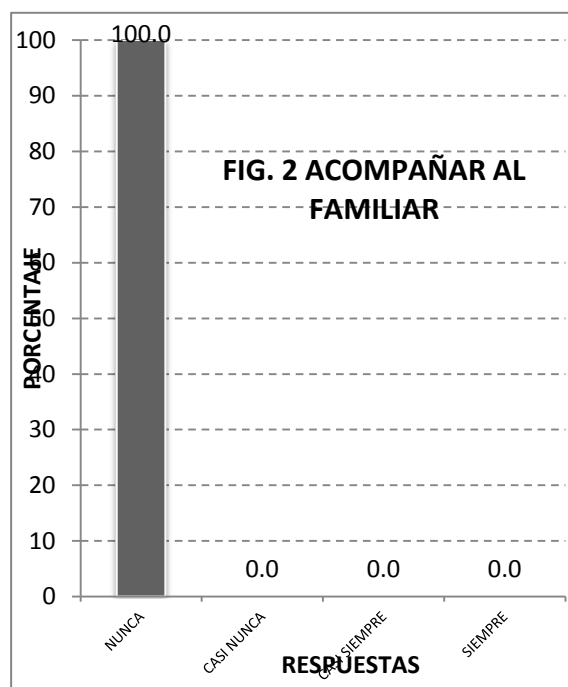
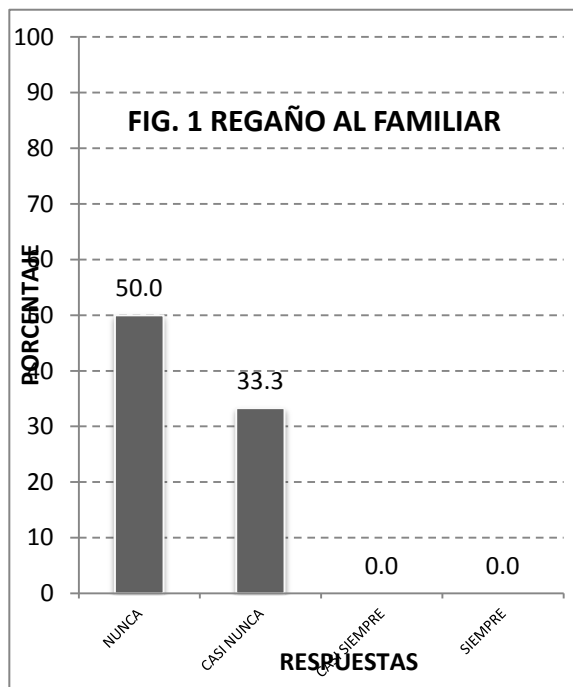


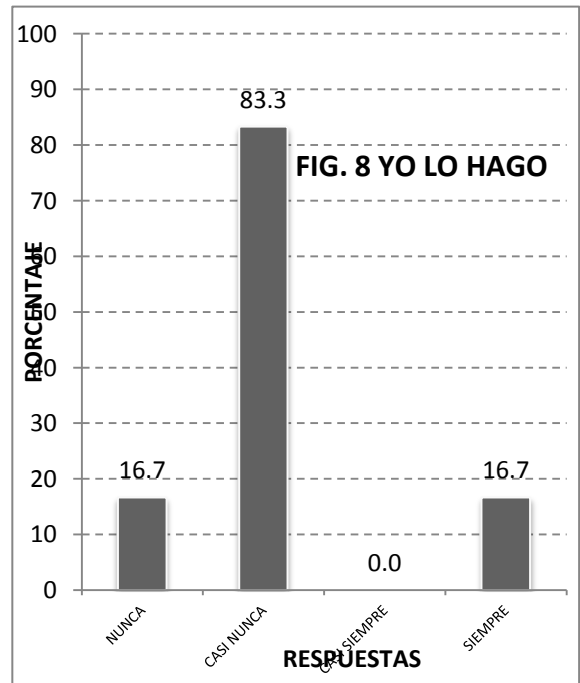
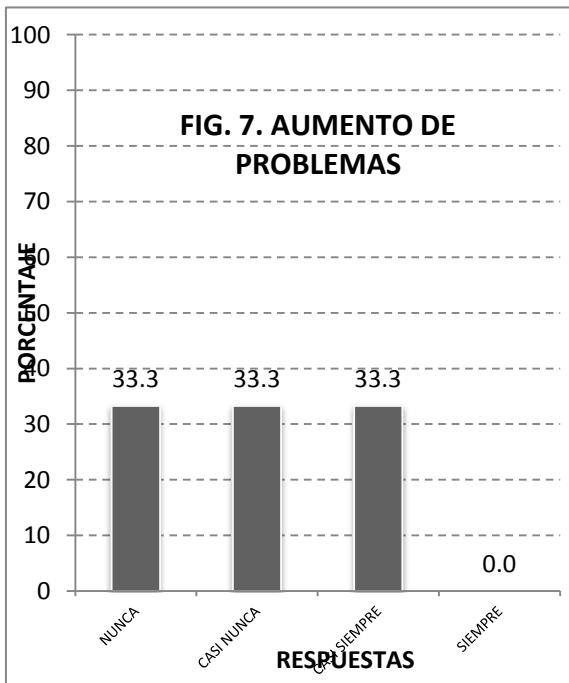
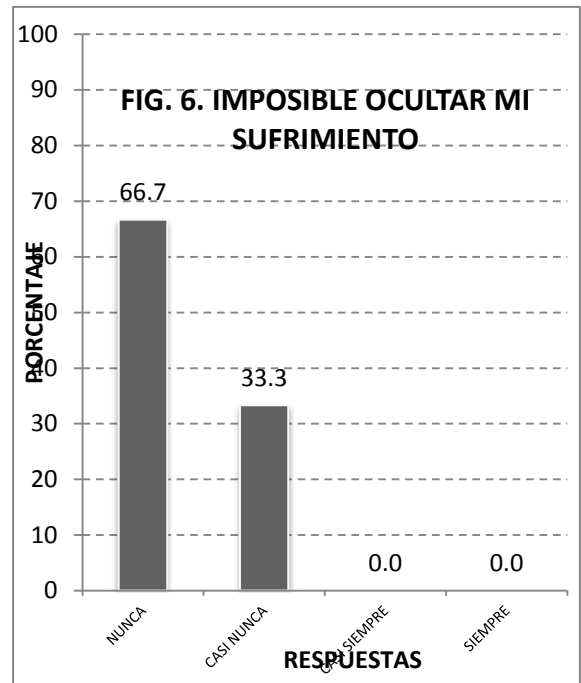
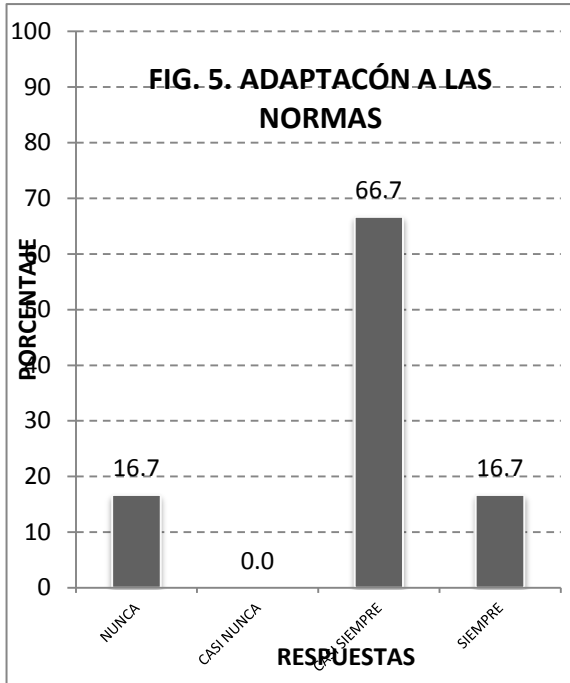




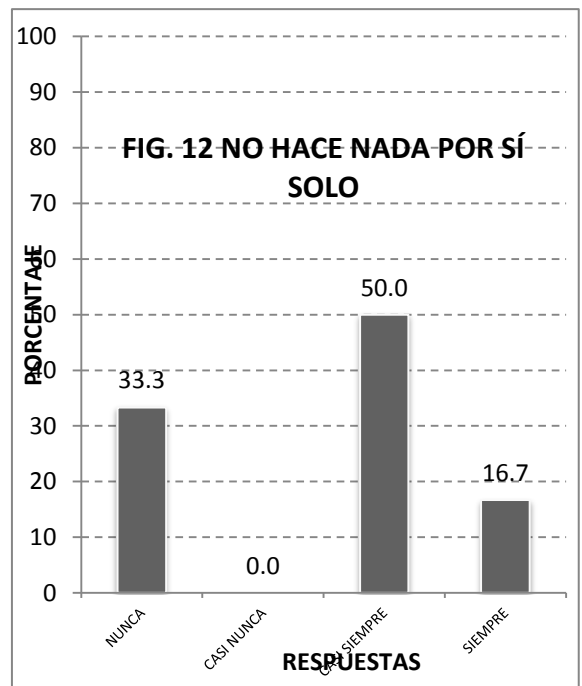
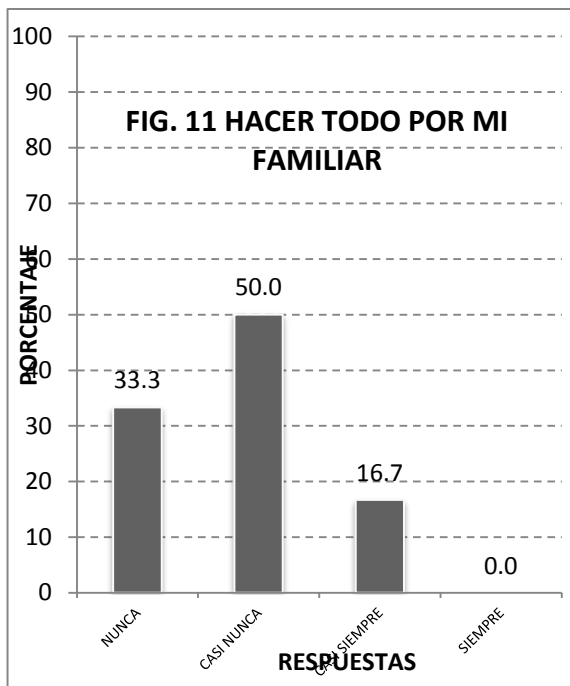
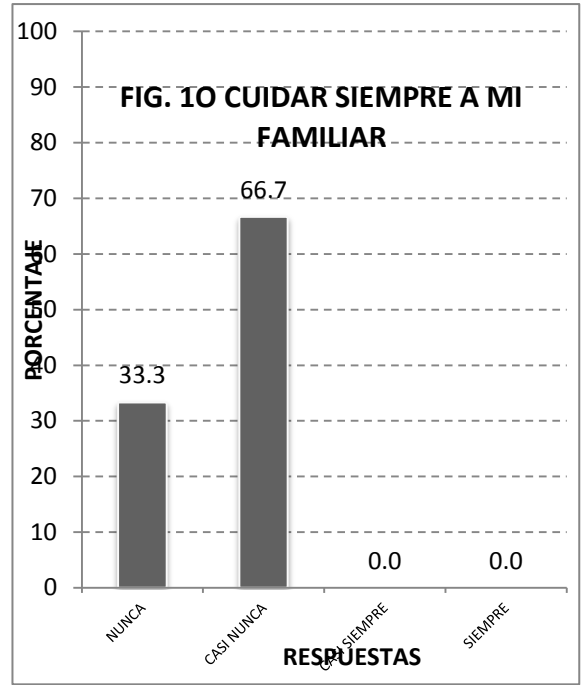
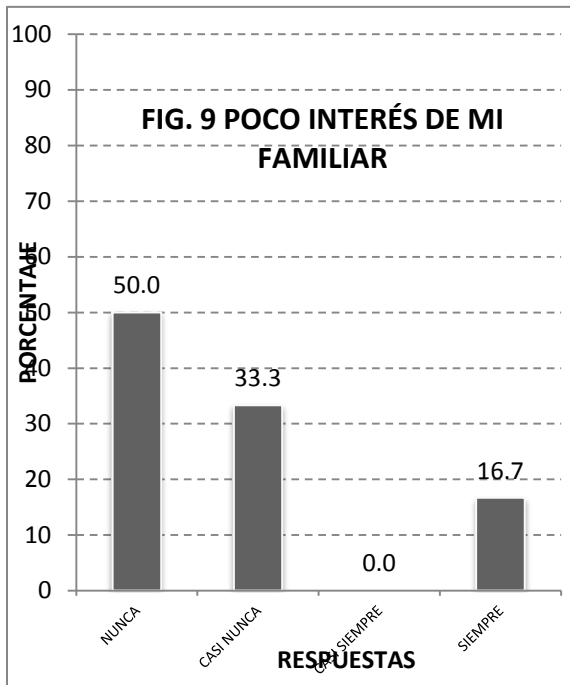


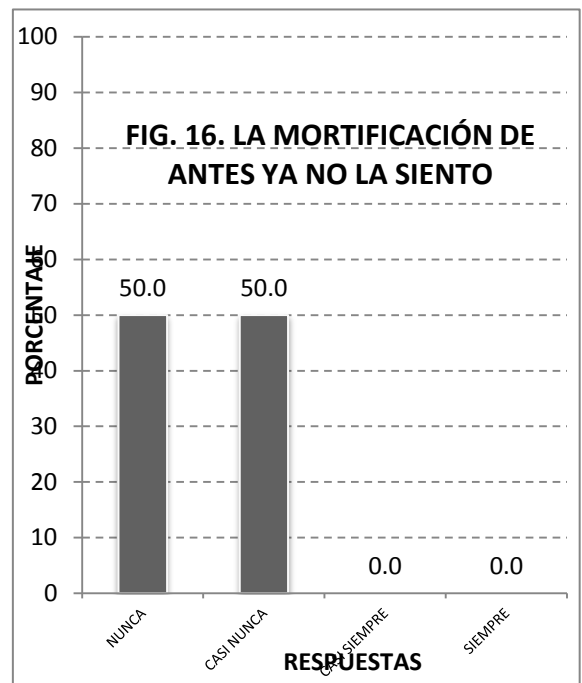
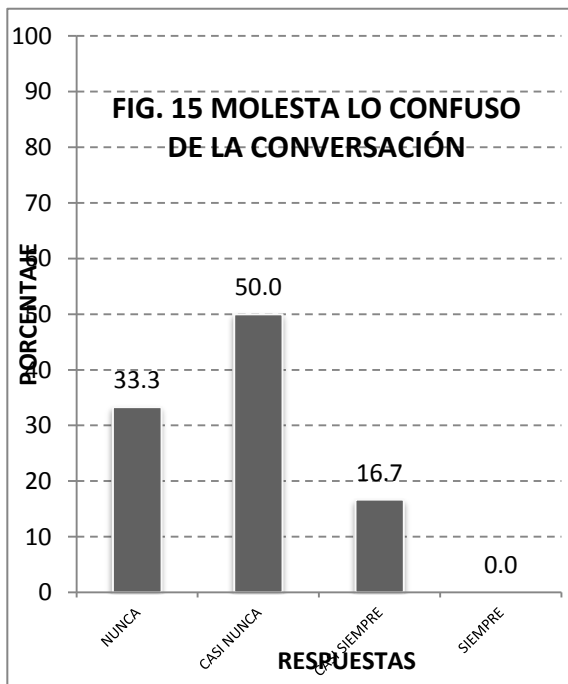
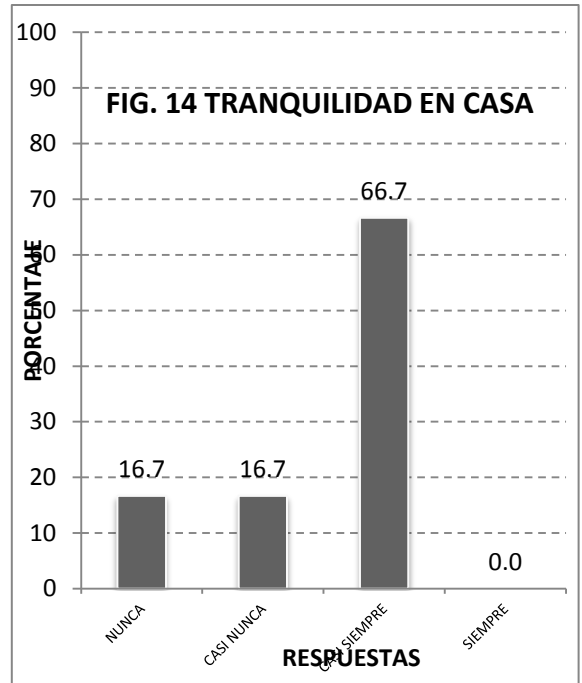
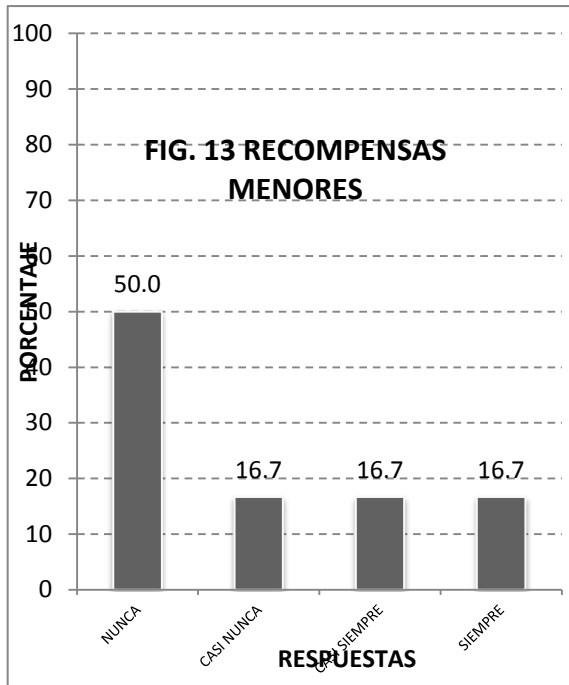
## GRÁFICAS POSTEST ÍTEM POR ÍTEM

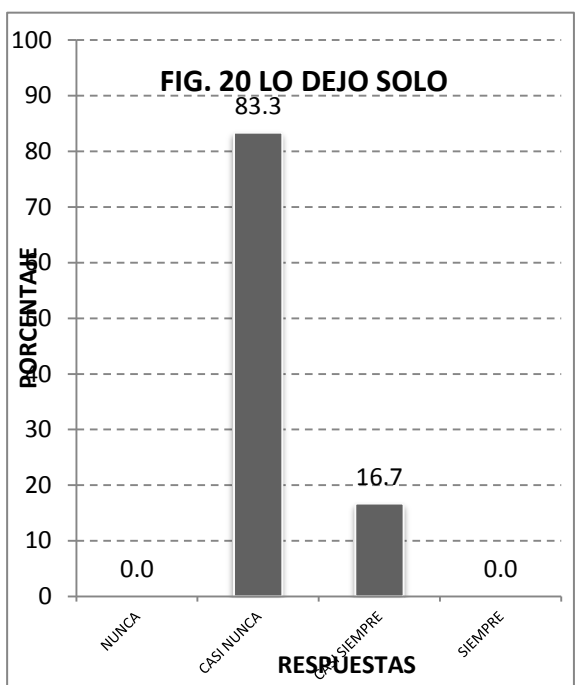
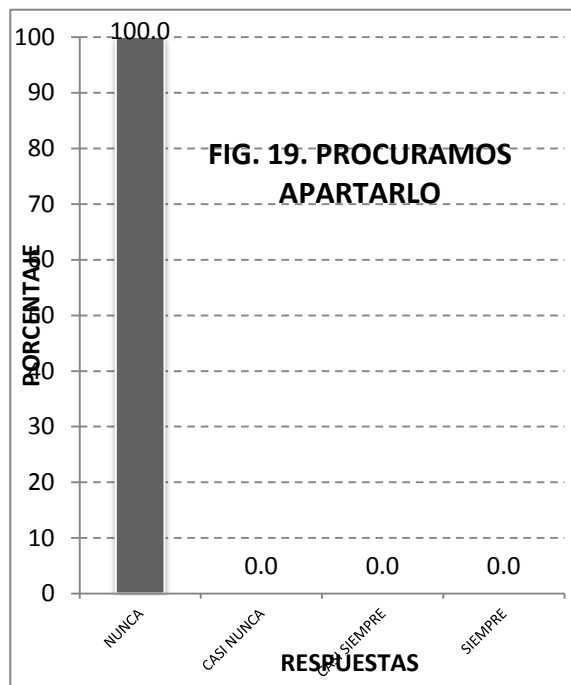
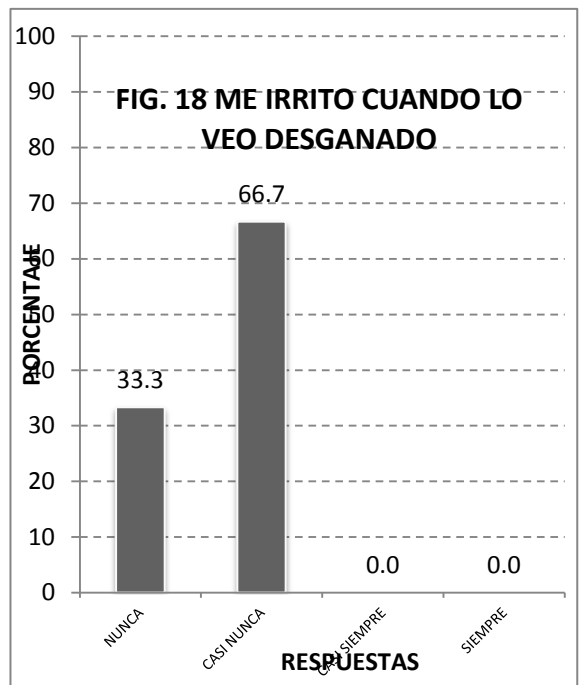
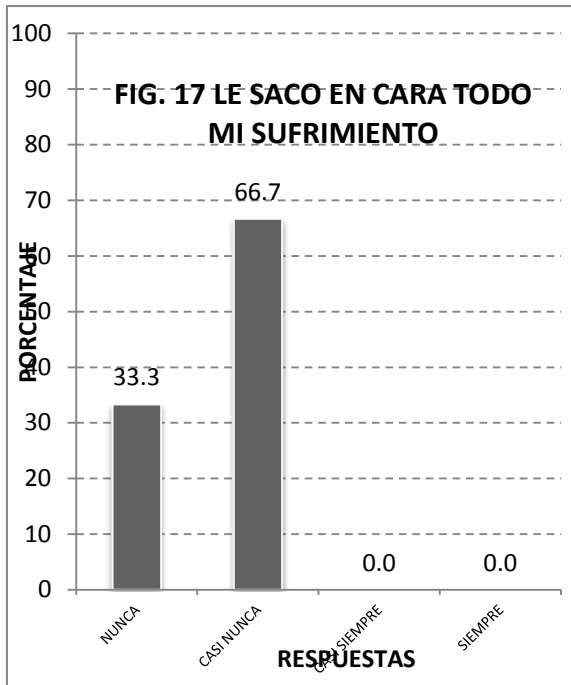


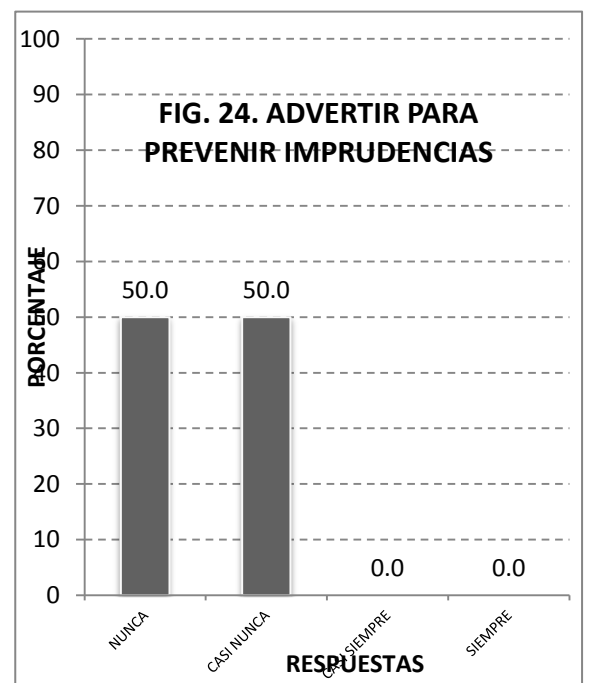
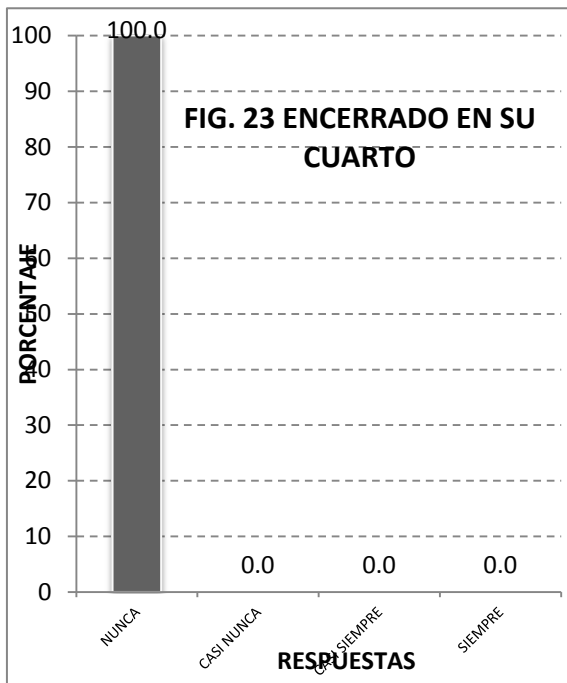
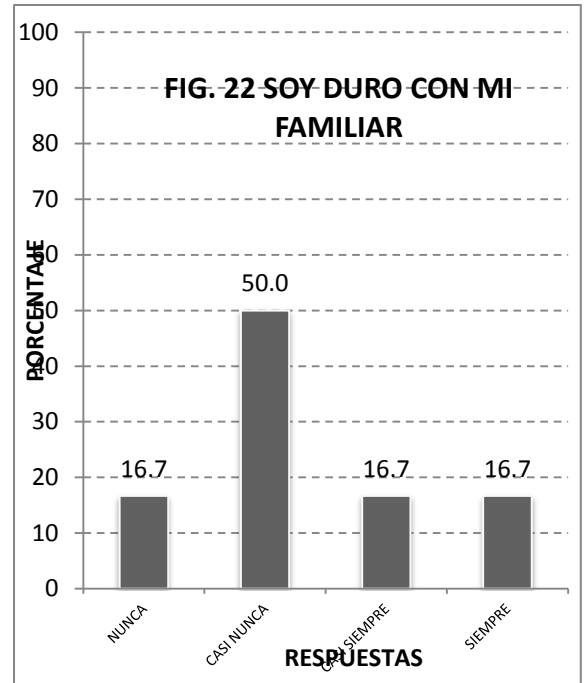
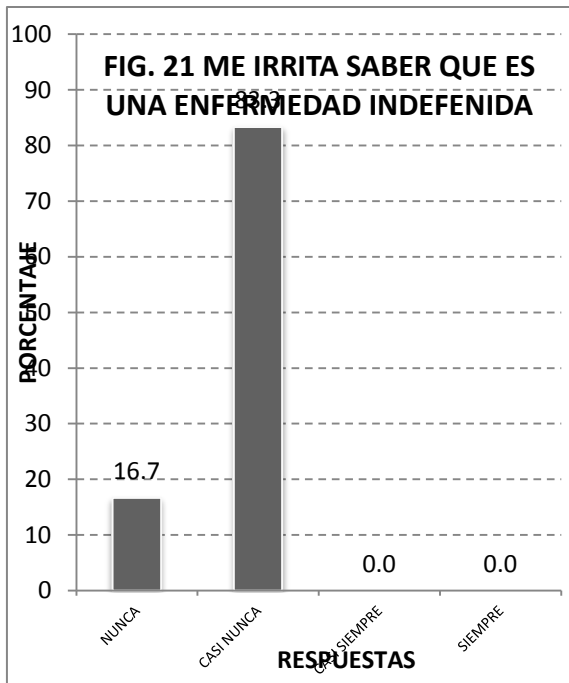


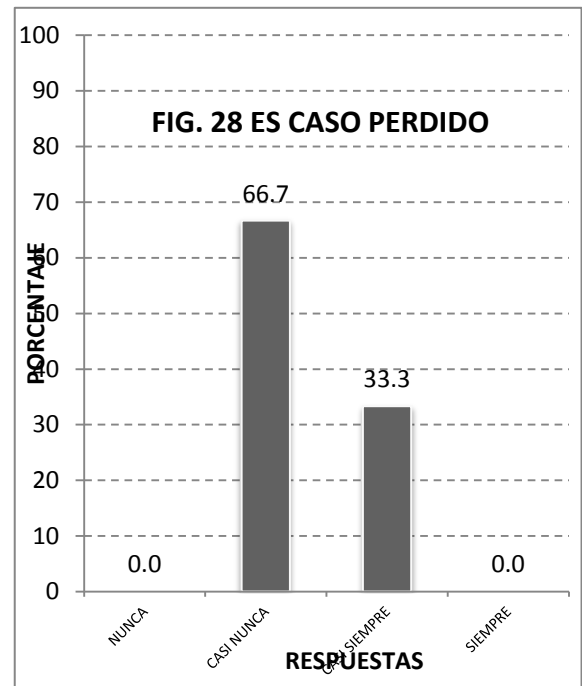
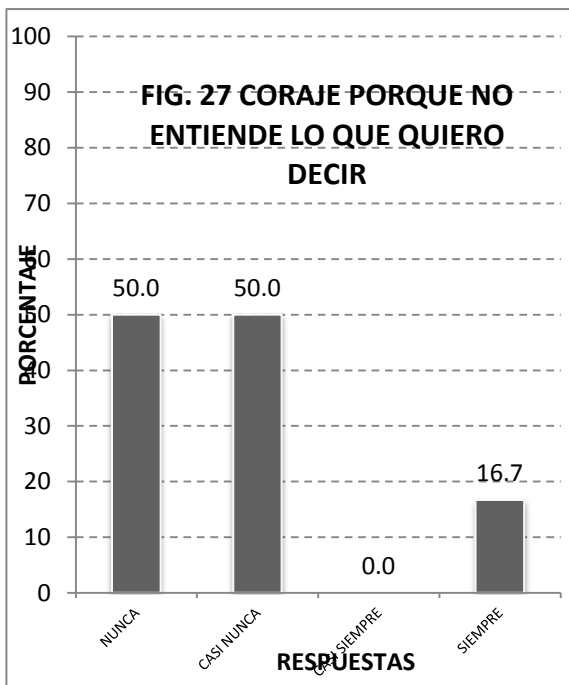
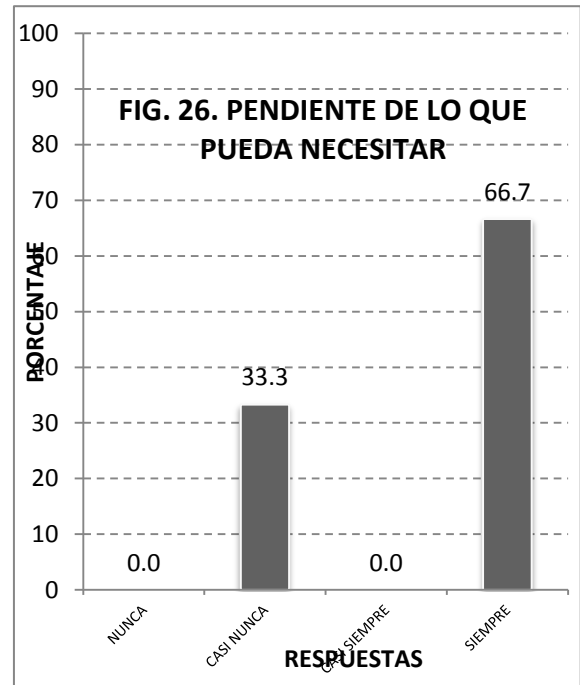
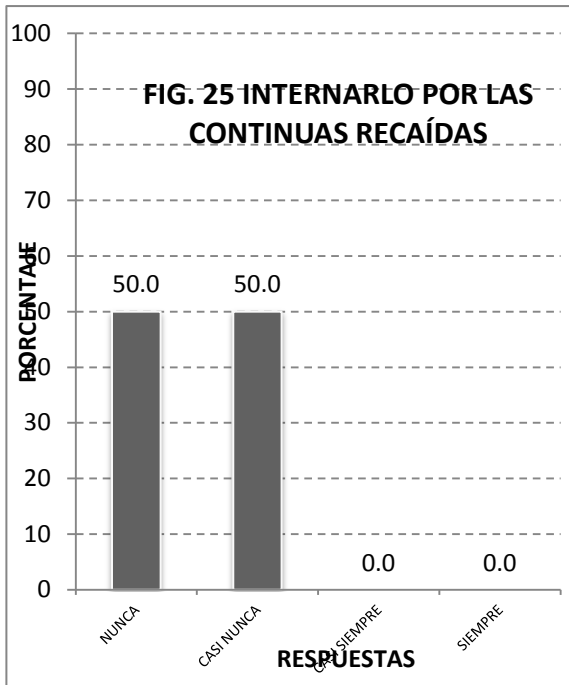


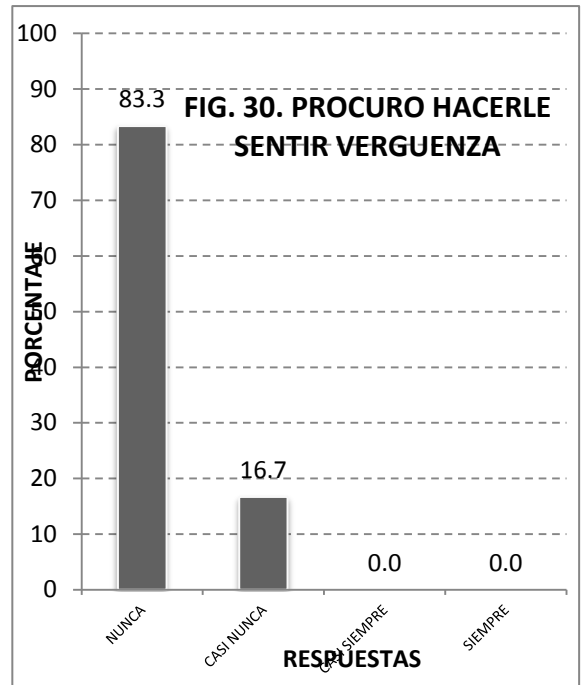
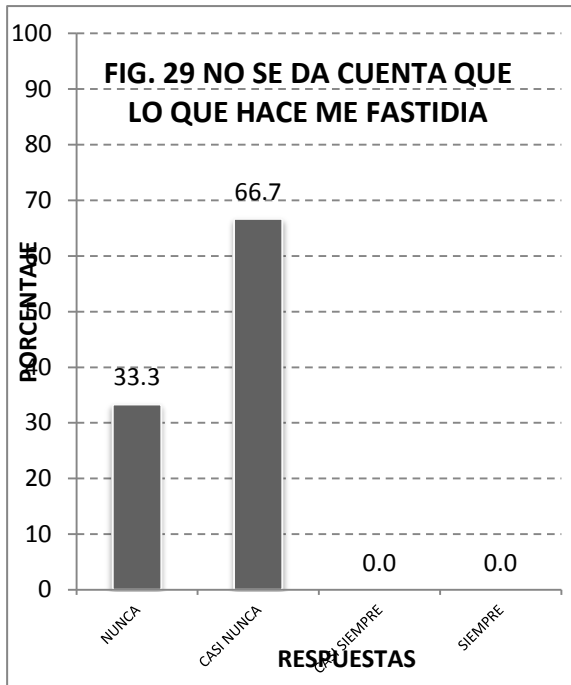






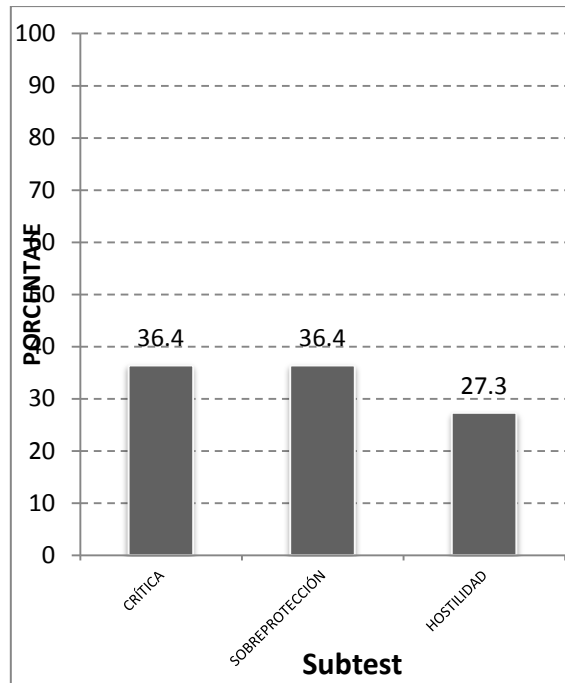




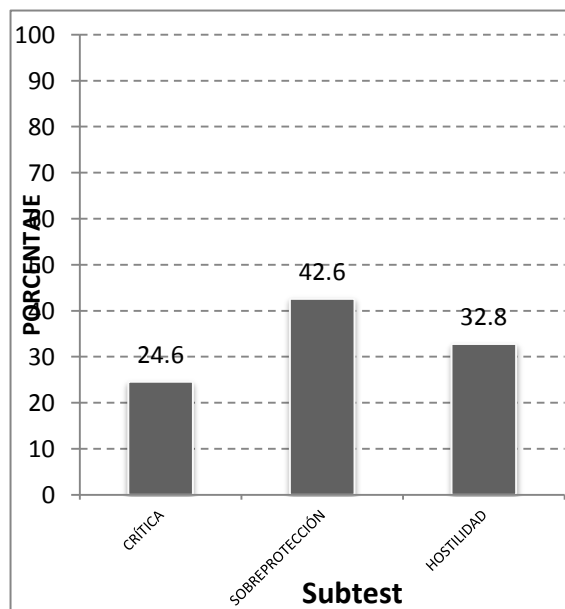


# GRÁFICAS DEL PRETEST, POR SUJETO Y POR SUBTEST.

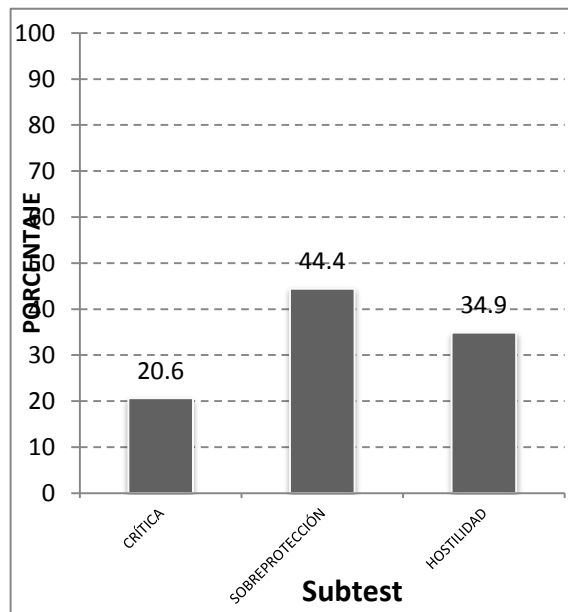
## SUJETO 1



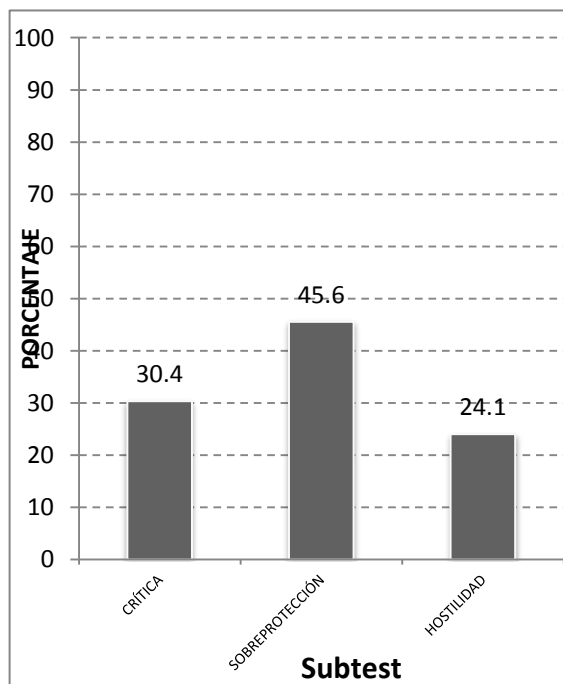
## SUJETO 2



### SUJETO 3

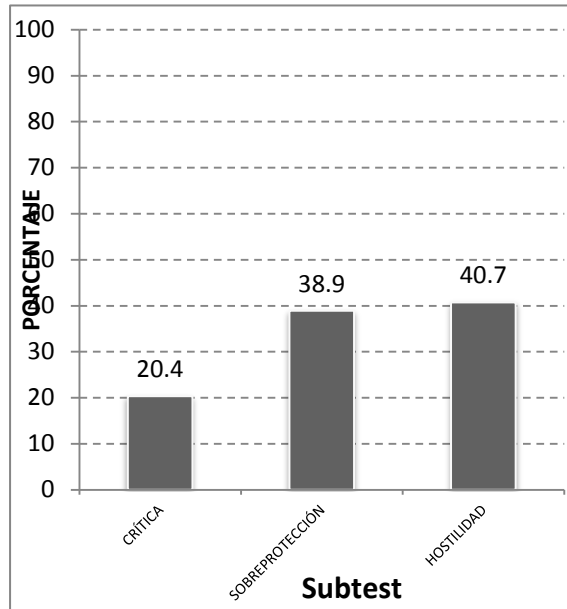


### SUJETO 4

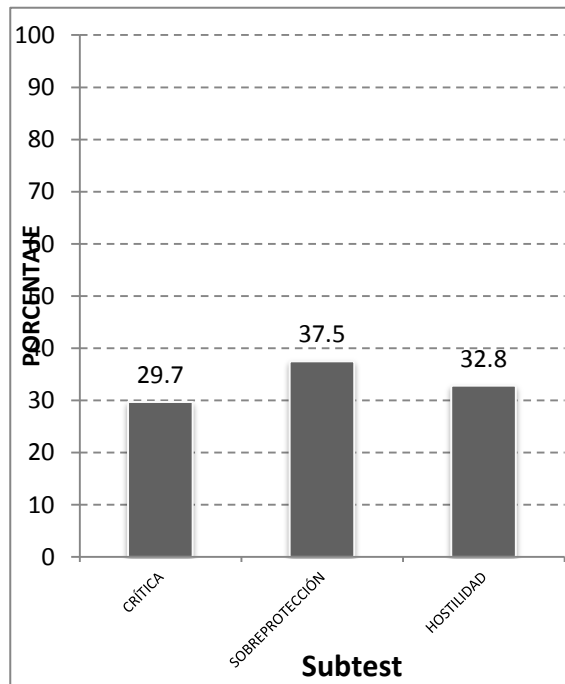




## SUJETO 5

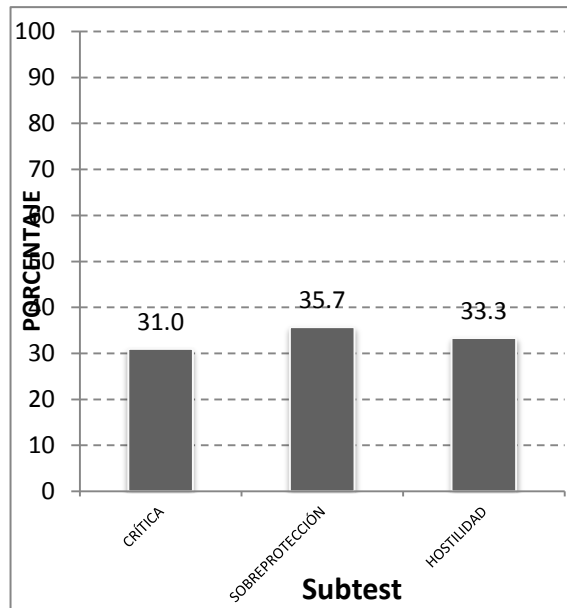


## SUJETO 6

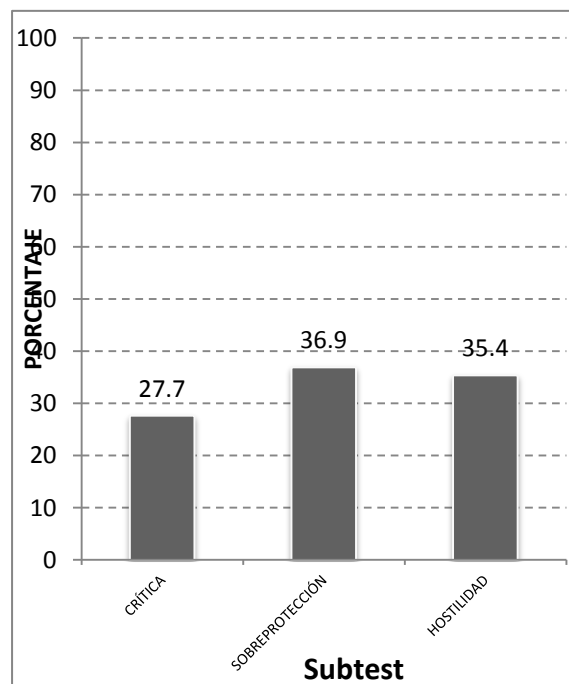


# GRÁFICAS DEL POSTEST, POR SUJETO Y POR SUBTEST.

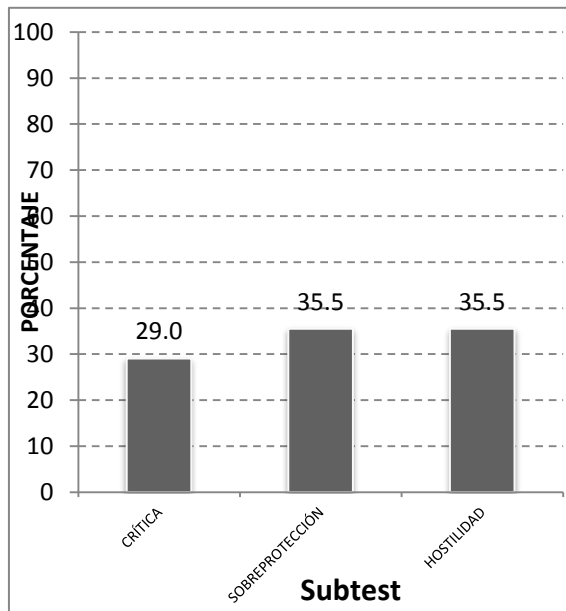
## SUJETO 1



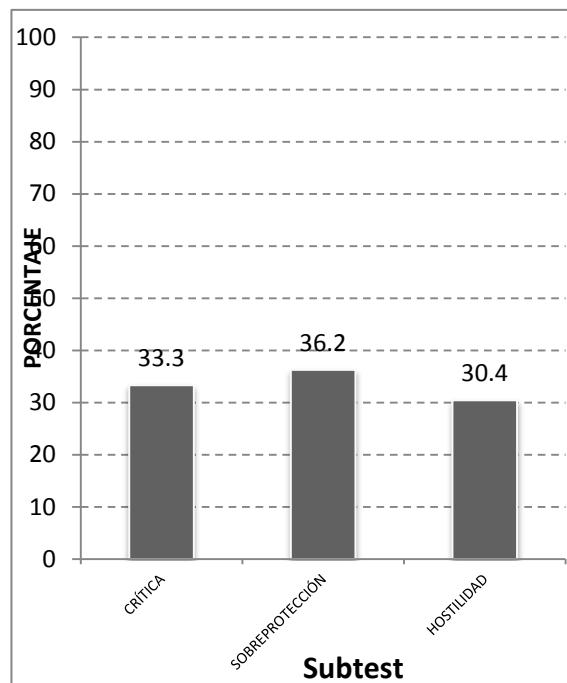
## SUJETO 2



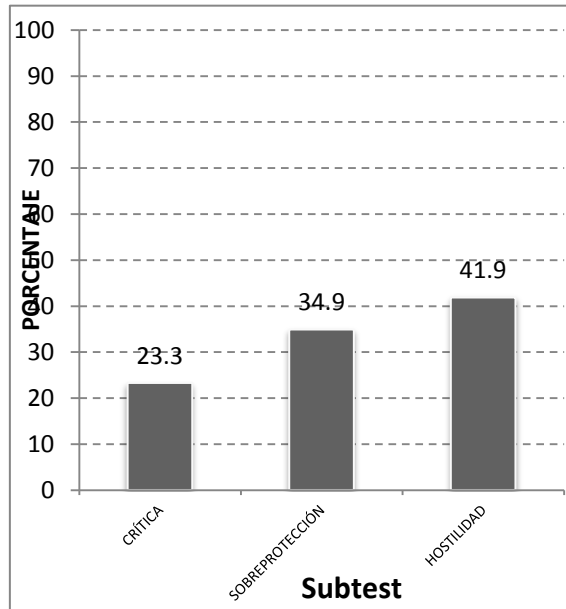
### SUJETO 3



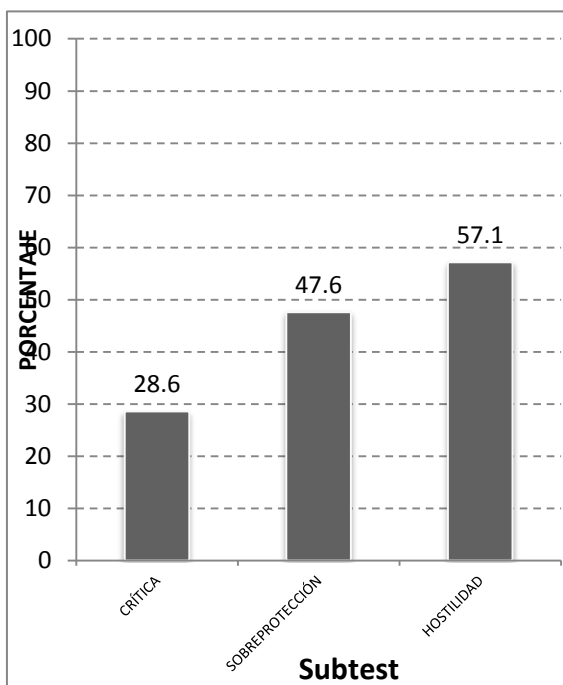
### SUJETO 4



SUJETO 5



SUJETO 6



# **ANEXOS**

## ANEXO 1: CARTAS DESCRIPTIVAS

### CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 1

**NOMBRE DEL TALLER:** EMOCION EXPRESADA

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	-Bienvenida.	-Telaraña	-Presentación del instructor. -Presentación de los participantes.	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias acerca del inicio del padecimiento.		- Platica con los familiares acerca de cuándo se desarrolló la enfermedad del paciente.	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:15	- Explicar las instrucciones para contestar la herramienta de trabajo.	-	-Explicación del test Emociones expresadas.	Diapositivas.	Observación.
14:15 – 15:00	- conocer las emociones expresadas del familiar.	-Expositiva.	-Aplicación del test Emociones expresadas.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

**CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 2 Y 3**

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALC

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

<b>HORA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>CONTENIDO TEMATICO</b>	<b>AUXILIAR DIDACTICO</b>	<b>EVALUACION</b>
13:00 – 13:15	Activar a los participantes	-El gusano. Sesión 2 -Danza de activación. Sesión 3	Dinámica de activación	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias acerca del test Emociones expresadas		Puntos de vista de los participantes acerca del test Emociones expresadas.	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar la relación entre la familia y el usuario.	-	Familia y esquizofrenia	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

## CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 4 Y 5

**NOMBRE DEL TALLER:** EMOCION EXPRESADA

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Activar a los participantes	Yo tengo un tic. Sesión 4 ¿Qué personaje soy? Sesión 5	Dinámica de activación	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	Concientizar de la importancia de la unión familiar.		Desensibilización, familiar paciente.	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	Explicar los puntos que no se están cubriendo en los lazos familiares.	-	Dinámica actividades diarias.	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Resolver las actividades	Plenaria	Dudas y comentarios	Diapositivas.	Observación.



	diarias que aprendí y como cambiare.		finales de los participantes.	Cañón. Pc.	
--	--------------------------------------	--	-------------------------------	---------------	--

**CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 6 Y 7**

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Activar a los participantes	El cartero. Sesión 6 Baile de la escoba. Sesión 7	Dinámica de activación	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.		Puntos de vista de los participante acerca de Los temas anteriores	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar el primer punto a reducir la sobreprotección	-	Que es la sobreprotección?	Diapositivas.	Observación.

14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.
---------------	--	--------------	---	--------------------------------	--------------

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 8 Y 9**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Activar a los participantes	Sesión 8: Lavacoches. Sesión 9: Levántese y siéntese	Dinámica de activación	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de virtudes y fallas de la vida diaria.	Dinámica cualidades y defectos.	Hablemos de nosotros, usuarios y familiares	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- conocer los diferentes sentimientos que guardamos.	-dinámica del corazón	Nuestro corazón	Diapositivas	Observación.

14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios que aprendí, abrazo grupal.	Diapositivas . Cañón. Pc.	Observación.
---------------	--	--------------	---	---------------------------------	--------------

### CARTA DESCRIPTIVA/ SESIÓN 10

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Intercambio de experiencias.	Sesión 10: Intercambio de comentarios.	Retroalimentación de los temas antes vistos.	Expositivo.	Observación.

13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.	Carta al usuario	Lectura de cartas.	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- conocer mis debilidades	-	Conociendo mis debilidades	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

**CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 11 Y 12**

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS , VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Intercambio de experiencias.	Intercambio de comentarios.	Retroalimentación de los temas antes vistos.	Expositivo.	Observación.

13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.	Pensamiento hacia el ser querido	El pensamiento de amor	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar el primer punto a reducir la crítica.	-	¿Qué es la crítica?	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

#### CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 13 Y 14

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Intercambio de experiencias.	Intercambio de comentarios.	Retroalimentación de los temas antes vistos.	Expositivo.	Observación.

13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.	Comunicación abierta	Lo que más me gusta de ti	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar el primer punto a reducir la crítica.	-	Que hace la crítica en el ser humano	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

### CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 15 Y 16

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
13:00 – 13:15	Intercambio de experiencias.	Intercambio de comentarios.	Retroalimentación de los temas antes vistos.	Expositivo.	Observación.

13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.	Comunicación abierta	Defectos y virtudes	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar el primer punto a reducir la crítica.	-	Como eliminar la critica	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositiva.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

#### CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 17 Y 18

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.

HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	CONTENIDO TEMATICO	AUXILIAR DIDACTICO	EVALUACION
------	---------------------	-------------------	--------------------	--------------------	------------

13:00 – 13:15	Activación de los participantes	Danza arrítmica	Dinámica de activación e integración grupal	Música en idioma desconocido para los participantes	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias.	Comunicación abierta			Observación.
14:00 – 14:45	- Explicar hostilidad	Expositivo	Definición de hostilidad e identificación en la dinámica diaria	Diapositivas.	Observación.
14:45 – 15:00	Escuchar el punto de vista de los participantes así como aclarar dudas existentes.	-Expositivo.	Dudas y comentarios finales de los participantes.	Diapositivas. Cañón. Pc.	Observación.

**NOMBRE DEL TALLER: EMOCION EXPRESADA**

### **CARTA DESCRIPTIVA / SESIÓN 19**

**DIRIGIDO A:** FAMILIARES QUE TENGAN UN INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE DENTRO DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.



**RESPONSABLE:** PSICÓLOGA THALIA GUADALUPE TADEO SOSA

**OBJETIVO GENERAL:** REDUCIR LA HOSTILIDAD, SOBREPOTECCION Y CRÍTICA DEL FAMILIAR CON UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DE LA CLINICA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN COATZACOALCOS, VER.



<b>HORA</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>TECNICA DIDACTICA</b>	<b>CONTENIDO TEMATICO</b>	<b>AUXILIAR DIDACTICO</b>	<b>EVALUACION</b>
13:00 – 13:15	Intercambio de experiencias del taller	Intercambio de comentarios.	Retroalimentación de los temas antes vistos.	Expositivo.	Observación.
13:15 – 14:00	-Intercambio de experiencias del taller	Intercambio de comentarios	Retroalimentación de los temas antes vistos	Expositivo.	Observación.
14:00 – 14:45	cierre	Agradecimientos		Video se sensibilización	
14:45 – 15:00	CLAUSURA	CLAUSURA			

## ANEXO 2: CARNET DE CITAS DEL USUARIO DEL CISAME-COATZACOALCOS.

INSTRUCCIONES PARA LA CONSULTA		SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ				
<p>1.- Acuda puntualmente a sus citas con 15 minutos de anticipación.</p> <p>2.- Pague su consulta o servicio previamente y exija su comprobante de pago.</p> <p>3.- Al llegar reportese con la recepcionista de esa área.</p> <p>4.- verifique que su nueva cita sea registrada en esa tarjeta de citas.</p> <p>5.- En caso de perder su cita pase con la trabajadora Social, Enfermera o Médico que le atiende para obtener una nueva cita.</p> <p>NOTA: En caso de cobro indebido o quejas graves por favor comuníquese a los SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, a la SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA a los telefonos 01 (228) 8 40 04 72, 8 42 30 00 EXT. 257 donde sera amablemente atendido.</p>		 <p><b>SSA</b> GOBIERNO DEL ESTADO <b>TARJETA DE CITAS</b></p>				
HOSPITAL _____		UNEME CISAME				
NOMBRE _____						
NO. DE EXPEDIENTE _____						
<b>CLASIFICACION SOCIOECONOMICA</b>						
0	1	2	3	4	5	6

CITAS			CITAS		
FECHA	HORA	NÚCLEO	FECHA	HORA	NÚCLEO

## ANEXO 3: TEST DE EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR.

### EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILO Y SECLÉN)

Versión modificada  
Instituto Nacional de Psiquiatría

Fecha \_\_\_\_\_  
Folio \_\_\_\_\_  
Fase \_\_\_\_\_  
Grupo \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN:**

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

**Instrucciones:**

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

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

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

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

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

## **CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA**

1° Se pueden vaciar los códigos de respuesta a la hoja de respuesta o capturar directamente a una base de datos.

2° Se tiene que tomar en cuenta que hay preguntas que se requieren invertir los códigos.

P: 7, 12, 13, 20, 22 y 28

Si aparecen códigos (4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4)

3° Posteriormente se pueden obtener totales por cada subtest, tomando en cuenta las preguntas:

Crítica                      P. 1, 3, 5, 9, 15, 16, 18, 27, 29 y 30

Sobreprotección        P. 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 20 y 26

Hostilidad                P. 7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 28

Sumando los códigos 4, 3, 2 o 1 respectivos.

4° Se obtiene el nivel de Emoción Expresada teniendo como resultado

Nivel de EE	Puntaje
Alta	62-120
Baja	<30-60

5° De igual manera se puede determinar el nivel por cada subtest. Sobreprotección, Crítica y hostilidad

Alta	25-40
Baja	10-24