

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“Estrategia de Intervención Familiar
en Esquizofrenia”**

TESIS

Presentada por:


Bach. Jimmy Washington Medina Alanoca

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

**TACNA - PERÚ
2007**

JURADOS



Dr. Guillermo Bornaz Acosta
PRESIDENTE



Méd. Mauro Robles Mejía
JURADO



Dr. Oscar Cáceres Moscoso
JURADO



Méd. Jorge López Claros
ASESOR

Registro N° 019-2007-FACH Escuela: Medicina Humana

Bachiller: JIMMY WASHINGTON MEDINA ALANOCA

Fecha de Sustentación: 03 de mayo del 2007

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 19 (DIECINUEVE)

Categorativo: SOBRESALIENTE

Jurado: • Dr. Guillermo Gomez Acosta

• Méd. Mauro Robles Mejía

• Dr. Oscar Edmundo Moroso

Observaciones: FELICITACIÓN PÚBLICA


Secretario Académico
Administrativo

**Dedicado con mucho optimismo
para aquellas familias de pacientes
con esquizofrenia que batallan
incansablemente día tras día
contra ésta terrible enfermedad.**

**"Los hombres olvidan siempre
que la felicidad humana es una
disposición de la mente y no una
condición de las circunstancias."
John Locke.**

RESUMEN

OBJETIVO. Éste trabajo busca elaborar una Estrategia de Intervención Familiar basada en la reducción de la actitud negativa hacia la Esquizofrenia mediante la elevación del nivel de Inteligencia Emocional y el Entrenamiento en el Manejo de la Enfermedad por parte de los familiares, que viven en el departamento de Tacna. **METODOLOGÍA.** Se desarrolló durante los meses de Mayo 2005 a Diciembre 2006, en dos etapas: en la primera se utilizó un diseño de investigación descriptiva, de tipo básica y de corte transversal, y en la segunda; un tipo de investigación aplicada. La muestra estuvo conformada por 33 familias de pacientes con esquizofrenia. **RESULTADOS.** Como grupo de familias: el 48,48% de las familias encuestadas son de tipo nuclear integra. Como grupo de familiares: el Cociente Emocional Total promedio de los familiares que colaboran con el llenado del inventario de Bar-On es de $94,2 \pm 16,1$. Siendo "La Felicidad" el componente que presenta mayor depresión; un $88,2 \pm 17,4$. Como grupo de Pacientes: de Julio 2004 a Junio 2005 un 54,55% de los pacientes recayeron. Finalmente, se elabora el "Manual del Capacitador" en donde se incluye el Taller Psicoeducativo y la Escala de Actitud. **CONCLUSIONES.** Se elaboró con éxito la Estrategia,

siendo su fruto fundamental; el "Manual del Capacitador" del Taller Psicoeducativo para Familiares de Pacientes con Esquizofrenia: "De la Incertidumbre al Optimismo"

SUMMARY

OBJECTIVE. This work looks for to elaborate a Strategy of Relative Intervention based on the reduction of the negative attitude towards the Schizophrenia by means of the elevation of the level of Emotional Intelligence and the Training in the Managing of the Disease on the part of the relatives, who live in Tacna's department. **METHODOLOGY.** It has been developed during May 2005 to December 2006, in two stages: in the first one there was in use a design of descriptive basic investigation, of type and of transverse court, and in the second one; a type of applied investigation. The sample was shaped by 33 families of patients with schizophrenia. **RESULTS.** As group of families: 48,48 % of the polled families are of type integrate nuclear. As group of relatives: the Emotional Quotient Total mediate of the relatives who collaborate with the filling of the Bar On's inventory is of $94,2 \pm 16,1$. Being "The Happiness" the component that presents major depression; $88,2 \pm 17,4$. As group of Patients: from July 2004 to June 2005 54,55% of the patients relapsed. Finally, the "Manual of the Capacitador" has been elaborated where is included the Workshop Psicoeducativo and the Scale of Attitude. **CONCLUSIONS.** The Strategy was elaborated successfully, being their

fundamental fruit; the "Manual of the Capacitador" of the Workshop Psicoeducativo for Relatives of Patients with Schizophrenia: "From the Uncertainty to the Optimism".

ÍNDICE GENERAL

1. Introducción	pag. 1
CAPITULO I.....	pag. 5
2. Planteamiento del Problema	pag. 5
2.1 Formulación del Problema	pag. 5
2.2 Objetivo General.....	pag. 6
2.3 Objetivos Específicos.....	pag. 6
2.4 Justificación	pag. 7
2.5 Hipótesis	pag. 9
CAPITULO II.....	pag. 10
3. Revisión de la Literatura	pag. 10
3.1 Inteligencia Emocional.....	pag. 10
3.1.1 Desarrollo Histórico de los Conceptos de Inteligencia e Inteligencia Emocional.....	pag. 10
3.1.2 Principales Modelos Teóricos	pag. 18
3.1.2.1 Modelo de Inteligencia Emocional según Goleman	pag. 19
3.1.2.1.1 Autoconciencia.....	pag. 19
3.1.2.1.2 Autoncontrol.....	pag. 20
3.1.2.1.3 Automotivación o Aprovechamiento Emocional.....	pag. 21
3.1.2.1.4 Empatía	pag. 22
3.1.2.1.5 Habilidad Social	pag. 22
3.1.2.2 Modelo de Inteligencia Emocional de Bar-On.....	pag. 24
3.1.2.2.1 Inteligencia Intrapersonal.....	pag. 25
3.1.2.2.1.1 Comprensión Emocional de sí mismo.....	pag. 25
3.1.2.2.1.2 Asertividad	pag. 25
3.1.2.2.1.3 Autoconcepto.....	pag. 25
3.1.2.2.1.4 Autorrealización	pag. 26
3.1.2.2.1.5 Independencia	pag. 26
3.1.2.2.2 Inteligencia Interpersonal.....	pag. 26
3.1.2.2.2.1 Empatía.....	pag. 26
3.1.2.2.2.2 Relaciones Interpersonales.....	pag. 27
3.1.2.2.2.3 Responsabilidad Social.....	pag. 27
3.1.2.2.3 Adaptabilidad	pag. 27
3.1.2.2.3.1 Solución de Problemas	pag. 27
3.1.2.2.3.2 Prueba de la Realidad	pag. 28

3.1.2.2.3.3 Flexibilidad.....	pag. 28
3.1.2.2.4 Manejo del Estrés.....	pag. 28
3.1.2.2.4.1 Tolerancia al Estrés.....	pag. 28
3.1.2.2.4.2 Control de los Impulsos.....	pag. 29
3.1.2.2.5 Estado de Ánimo en General.....	pag. 29
3.1.2.2.5.1 Felicidad.....	pag. 29
3.1.2.2.5.2 Optimismo.....	pag. 29
3.2 Esquizofrenia.....	pag. 30
3.2.1 Concepto.....	pag. 30
3.2.2 Etiopatogenia.....	pag. 30
3.2.3 Epidemiología.....	pag. 37
3.2.3.1 Riesgo de padecerla.....	pag. 37
3.2.3.2 Edad de inicio, sexo y raza.....	pag. 37
3.2.4 Clínica.....	pag. 38
3.2.4.1 Síntomas.....	pag. 38
3.2.4.2 Fases de Enfermedad.....	pag. 40
3.2.4.2.1 Fase Prodrómica.....	pag. 41
3.2.4.2.2 Fase Aguda.....	pag. 41
3.2.4.2.3 Fase de Continuación.....	pag. 41
3.2.4.2.4 Fase de Estabilización.....	pag. 42
3.2.4.3 Diagnóstico.....	pag. 42
3.2.5 Clasificación.....	pag. 45
3.2.6 Tratamiento.....	pag. 50
3.2.6.1 Abordaje Psicológico.....	pag. 50
3.2.6.2 Abordaje Farmacológico.....	pag. 51
3.2.6.2.1 Clasificación.....	pag. 51
3.2.6.2.1.1 Antipsicóticos Típicos.....	pag. 51
3.2.6.2.1.2 Antipsicóticos Atípicos.....	pag. 53
3.2.7 Curso y Pronóstico.....	pag. 55
3.2.7.1 Curso.....	pag. 55
3.2.7.2 Pronóstico.....	pag. 57
3.3 Familia y Esquizofrenia.....	pag. 57
3.3.1 Angustia y miedo.....	pag. 58
3.3.2 Culpa.....	pag. 58
3.3.3 Estigma y embarazo.....	pag. 59
3.3.4 Frustración.....	pag. 59
3.3.5 Ira.....	pag. 60
3.3.6 Tristeza y duelo.....	pag. 60
3.4 Intervenciones Familiares en Esquizofrenia.....	pag. 61
3.4.1 Eficacia de las Intervenciones.....	pag. 62
3.4.2 Componentes de la Intervenciones Familiares.....	pag. 62
3.4.3 Duración de las Intervenciones.....	pag. 64

3.4.4 Modalidad de la Intervención	pag. 65
3.4.5 Fases de la Enfermedad.....	pag. 66
3.4.6 Barreras a la implantación de la Intervenciones Familiares....	pag. 67
 CAPITULO III.....	 pag. 69
4 Metodología.....	pag. 69
4.1 Descripción del Diseño y Tipo de Investigación.....	pag. 69
4.2 Muestra.....	pag. 69
4.3 Variables.....	pag. 71
4.3.1 Variable Dependiente	pag. 71
4.3.1.1 Actitud de los Familiares hacia la Esquizofrenia.....	pag. 71
4.3.2 Variable Independiente.....	pag. 71
4.3.2.1 Taller Psicoeducativo.....	pag. 71
4.3.3 Variables Intervinientes.....	pag. 72
4.3.3.1 Edad	pag. 72
4.3.3.2 Sexo.....	pag. 72
4.3.3.3 Parentesco con el paciente.....	pag. 73
4.3.3.4 Roles del Familiar	pag. 73
4.3.3.5 Rol principal del paciente.....	pag. 73
4.3.3.6 Grado de Instrucción.....	pag. 74
4.3.3.7 Estado Civil.....	pag. 74
4.3.3.8 Religión.....	pag. 75
4.3.3.9 Lugar de Nacimiento.....	pag. 75
4.3.3.10 Actividad Laboral	pag. 75
4.3.3.11 Domicilio	pag. 76
4.3.3.12 Inteligencia Emocional	pag. 76
4.3.3.13 Tiempo de Residencia con el paciente	pag. 77
4.3.3.14 Edad de Inicio de Enfermedad.....	pag. 77
4.3.3.15 Consulta.....	pag. 77
4.3.3.16 Hospitalización.....	pag. 78
4.3.3.17 Recaída en Esquizofrenia.....	pag. 78
4.3.3.18 Medicación.....	pag. 79
4.3.3.19 Ciclo Vital.....	pag. 79
4.3.3.20 Edad Productiva.....	pag. 80
4.3.3.21 Tipo de Familia	pag. 80
4.3.3.22 Tiempo de Enfermedad	pag. 81
4.4 Procedimiento.....	pag. 92
4.4.1 Primera Etapa.....	pag. 92
4.4.1.1 Capacitación.....	pag. 93
4.4.1.2 Tamizaje I	pag. 93
4.4.1.3 Tamizaje II	pag. 95

4.4.2 Segunda Etapa	pag. 96
4.4.2.1 Recolección	pag. 97
4.4.2.2 Creación del Taller.....	pag. 97
4.4.2.3 Construcción de la Escala	pag. 101
4.5 Descripción del Instrumental a Utilizar.....	pag. 102
4.5.1 Ficha de Recolección de datos de la Historia Clínica	pag. 102
4.5.2 Ficha de Recolección de datos de los Familiares	pag. 102
4.5.3 Inventario de Bar-On adaptado al Perú	pag. 103
5 Análisis de Información.....	pag. 104
CAPITULO IV	pag. 106
6 Resultados.....	pag. 106
6.1 Resultados como grupo de familias	pag. 106
6.2 Resultados como grupos de familiares.....	pag. 108
6.2.1 Familiares en general	pag. 108
6.2.2 Familiares que deben desarrollar el Inventario	pag. 114
6.2.3 Familiares que participan en el Inventario	pag. 121
6.3 Resultados como grupo de pacientes	pag. 126
6.4 Resultados de la Enfermedad.....	pag. 131
6.5 Resultados del Taller y de la Escala	pag. 134
CAPITULO V	pag. 135
7 Discusión	pag. 135
8. Conclusión.....	pag. 140
9. Recomendación.....	pag. 141
10. Bibliografía.....	pag. 142
ANEXOS.....	pag. 145
ANEXO I	pag. 146
Ficha de Recolección de datos de la Historia Clínica.....	pag. 146
Ficha de Recolección de datos de los Familiares.....	pag. 147
ANEXO II	pag. 148
Antipsicóticos.....	pag. 148
ANEXO III	pag. 149

Descripción General de Inventario de Bar-On	pag. 149
1 Ficha Técnica	pag. 149
2 Propiedades Psicométricas del Inventario	pag. 149
2.1 Confiabilidad	pag. 149
2.2 Validez	pag. 150
 ANEXO IV	 pag. 151
Inventario Emocional de Bar-On	pag. 151
Inventario Emocional de Bar-On Modificado	pag. 155
Hoja de Respuestas	pag. 159
 ANEXO V	 pag. 160
Tabla N° 01: Inteligencia Emocional	pag. 160
Tabla N° 02: Cociente Emocional de Bar-On	pag. 161
Tabla N° 03: Medicación	pag. 162
 ANEXO VI	 pag. 163
Índice del Manual del Capacitador	pag. 163
 ANEXO VII	 pag. 278
Escala PANSS	pag. 278
Escala Positiva	pag. 280
P1 Delirios	pag. 280
P2 Desorganización conceptual	pag. 281
P3 Comportamiento alucinatorio	pag. 282
P4 Excitación	pag. 283
P5 Grandiosidad	pag. 284
P6 Susplicacia/persecución	pag. 285
P7 Hostilidad	pag. 286
Escala Negativa	pag. 287
N1 Embotamiento afectivo	pag. 287
N2 Retracción emocional	pag. 288
N3 Pobre relación	pag. 289
N4 Retracción social, apatía pasiva	pag. 290
N5 Dificultad de pensamiento abstracto	pag. 291
N6 Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación	pag. 293
N7 Pensamiento estereotipado	pag. 294
Escala de Psicopatología General	pag. 295

PG1 Preocupaciones somáticas.....	pag. 295
PG2 Ansiedad.....	pag. 296
PG3 Sentimientos de culpa	pag. 297
PG4 Tensión motora.....	pag. 298
PG5 Manierismos y posturas.....	pag. 299
PG6 Depresión	pag. 300
PG7 Retardo motor.....	pag. 301
PG8 Falta de colaboración	pag. 302
PG9 Inusuales contenidos del pensamiento.....	pag. 303
PG10 Desorientación.....	pag. 304
PG11 Atención deficiente	pag. 306
PG12 Ausencia de juicio e introspección.....	pag. 307
PG13 Trastornos de la volición.....	pag. 308
PG14 Control deficiente de impulsos.....	pag. 309
PG15 Preocupación.....	pag. 310
PG16 Evitación social activa.....	pag. 312

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es considerada la reina de los problemas en salud mental, es decir, el iceberg de mayor tamaño e interés en el mar llamado psiquiatría, y probablemente la enfermedad de mayor complejidad y preocupación en Salud Pública Mundial.

Preocupación que se vio reflejada en un primer momento tras la segunda guerra mundial, con el surgimiento de la llamada psiquiatría comunitaria que condujo a un proceso de desinstitucionalización de la población asilada y a centrar la atención en los pacientes esquizofrénicos en la comunidad.

Dándose el marco histórico adecuado para el nacimiento de las intervenciones familiares, donde inimaginablemente, la familia, acusada de ser la principal protagonista en la etiología de esta enfermedad, pasa a ser fundamental en el apoyo terapéutico para el paciente que sufre de psicosis crónica.

En nuestro tiempo, no debería ser causa de sorpresa el subrayar la relevancia que ocupa la familia como ente terapéutico, así pues, la familia tiene un valor incalculable; es pues el lugar donde residen las redes fundamentales de integración e interacción social, la base del

porvenir; de las relaciones de reciprocidad, de libertad, de ternura, de apoyo mutuo, de refuerzo en situaciones de desamparo; de base de lanzamiento para recuperar lo que la vida nos quita o nos oculta, como son los momentos de orfandad, de soledad profunda, de dolor por sentirnos enfermos o desvalidos.

La familia es la piedra angular de la sociedad, de aquella sociedad que la mayoría de veces no presta la atención necesaria a sus enfermos mentales y peor aun, los discriminan. La ironía de la vida nos hace ver que cuando se enferma de cáncer, se lleva a cabo una movilización de amigos y familiares que prestan comprensión y simpatía, ofreciendo ayuda en lo que puedan, en cambio a un enfermo de esquizofrenia, a lo sumo se le compadece, se le deja solo, o se le vuelve la cabeza.

Actualmente, el tratamiento farmacológico óptimo sigue siendo la clave del abordaje clínico de los trastornos psicóticos, al menos durante los periodos posteriores a los episodios psicóticos agudos. Sin embargo, se han obtenido efectos beneficiosos adicionales muy importantes cuando la farmacoterapia óptima se ha integrado con los tratamientos de tipo familiar (Left; Wig; Bedi et al, 1990).

Las estrategias familiares de tipo educativo persiguen el objetivo de reducir el impacto del estrés generado por el ambiente sobre los individuos con vulnerabilidad biológica según el marco de la teoría de vulnerabilidad dada por Zubin y Spring en 1977, para tratar de evitar las recaídas de la enfermedad, al tiempo que facilitan el funcionamiento social en el paciente.

Tomando en consideración las diferentes estrategias de intervención familiar es que surge la idea de desarrollar este proyecto, y elaborar un programa de intervención familiar novedoso, que se adecue a la realidad en la que vivimos, en el sentido de tratar de conseguir una mayor efectividad en los objetivos propuestos, involucrando de esta manera a la inteligencia emocional como la variable fundamental en la elaboración de esta estrategia.

La inteligencia emocional se define como “el conjunto multifactorial de habilidades emocionales, personales y sociales interrelacionadas que influyen en nuestra capacidad general para hacer frente de manera activa y efectiva a las demandas y presiones diarias” (Bar-On, 2000). Como tal, la inteligencia emocional es un factor relevante para

determinar la habilidad de tener éxito en la vida, e influencia directamente el bienestar psicológico general.

Por otro lado, en el Perú se mantiene la tendencia de las estadísticas mundiales (1%) en la prevalencia de la esquizofrenia. Siendo el problema principal en este caso, la falta de acceso adecuado al sistema de atención; fundamentalmente porque la mayor parte de la población peruana es pobre (MINSa, 2004).

El presupuesto para la salud en el Perú es del 4,4% del PBI (OPS, 1998), posiblemente uno de los más bajos del mundo, entonces nace la interrogante ¿qué podemos hacer para salir de esta situación caótica en la que nos encontramos?, y la respuesta más adecuada que se encuentra; es la de asumir el problema y enfrentarlo.

Se asume entonces en ésta tesis la existencia de un problema fundamental: la falta de una estrategia de intervención familiar en esquizofrenia que se adecue a la realidad de la población residente en el departamento de Tacna.

CAPÍTULO I

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La senda escogida para la creación de una estrategia novedosa de intervención familiar en esquizofrenia, queda remarcada por la siguiente interrogante:

¿Es posible elaborar una estrategia de Intervención familiar para los familiares; residentes en el sector urbano, mayores de 15 años de edad y con grado de instrucción de primaria o mayor; de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según la CIE10 con dos o más años de enfermedad y presenten atención por consultorio externo de Psiquiatría de julio 2004 a junio del 2005 en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue del departamento de Tacna, y esté basada en la reducción de la actitud negativa hacia la esquizofrenia mediante la elevación del nivel de Inteligencia emocional y el entrenamiento en el manejo de la enfermedad por parte de los familiares?.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Elaborar una Estrategia de Intervención Familiar basada en la reducción de la actitud negativa hacia la Esquizofrenia mediante la elevación del nivel de Inteligencia Emocional y el entrenamiento en el manejo de la enfermedad por parte de los familiares.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características generales de la población en estudio como grupos de familias, grupo de familiares y grupo de pacientes.
- Determinar las características generales de la esquizofrenia en el grupo de pacientes.
- Crear un Taller Psicoeducativo mediante dinámicas de trabajo multifamiliar.
- Construir una escala de actitud de los familiares hacia la esquizofrenia.

2.4. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de desarrollar un tratamiento en esquizofrenia, acorde con nuestros tiempos, y que se adecue a nuestra realidad, es de vital importancia en la mejora de la respuesta clínica en nuestros pacientes.

En la actualidad las intervenciones familiares logran, en la mayoría de los casos, mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren esta enfermedad y disminuir a sus familiares la carga que para ellos representa.

En Tacna, no existen estrategias de intervención familiar en esquizofrenia, ya que no se conoce la realidad de la zona. Situación que también se aborda en este proyecto, permitiendo así ampliar el conocimiento teórico sobre la esquizofrenia en nuestro departamento, hecho que es fundamental para la práctica, ya que nos permite tener un punto de inicio para los posibles nuevos trabajos por venir.

Actualmente, existen dos facultades de medicina en nuestro departamento, que nos posibilitan el tener una calidad y cantidad de recursos humanos que antes no existía, hecho que abre las puertas a la investigación en el campo de la medicina.

Por otro lado, parece inaudito pensar que en Tacna a pesar de sus grandes posibilidades económicas, por la ubicación geográfica con el vecino país del sur, no se halla podido avanzar, con paso firme, en el terreno de la salud mental. Mientras en otras ramas de la medicina ocurre todo lo contrario, hecho que nos da la impresión que, para la mayoría de los pobladores que habitan en esta región, el tener una enfermedad mental es menos relevante que el tener una enfermedad física.

Se subraya la importancia del presente proyecto de tesis en este sentido, ya que nos permitirá hacer un lavado de conciencia, y a la vez enfatizar en la importancia de crear redes sociales que nos permitan mejorar la salud mental de la comunidad tacneña.

Para finalizar, se realiza los atributos de desarrollar investigación en nuestro país, sobre este tema en particular, debido a que la mayor

parte de trabajos que involucran a la familia de pacientes con esquizofrenia se han llevado a cabo en países anglosajones y europeos, y aquellas contadas investigaciones que se han dado en culturas hispanohablantes se reducen a poblaciones de latinos residentes en los Estados Unidos, y a las hechas en España.

2.5. HIPÓTESIS

Si es posible elaborar una Estrategia de Intervención Familiar basada en la reducción de la actitud negativa hacia la Esquizofrenia mediante la elevación del nivel de Inteligencia Emocional y el entrenamiento en el manejo de la enfermedad por parte de los familiares.

CAPITULO II

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

3.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.1.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS CONCEPTOS DE INTELIGENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL

A continuación se ofrece un sustancial resumen histórico representado en el siguiente cuadro:

AUTOR	INTELIGENCIA	INTELIGENCIA EMOCIONAL
GALTON (1822-1911)	Estudia la capacidad mental sistemáticamente y enfatiza la influencia hereditaria en las capacidades	

	individuales.	
CATELL (1890)	Inventa las pruebas mentales.	
BINET (1817-1911)	Primera escala de Inteligencia para niños (1905). Define el Cociente Intelectual como la razón entre la Edad Mental y la Edad Cronológica. (1916). Inicia la polémica sobre la inteligencia como resultado de un solo factor o de varios.	
PRIMERA GUERRA MUNDIAL (1918)	La milicia inicia la aplicación de pruebas de inteligencia a grupos.	
TERMAN (1916) Y	Defensores de la teoría de la Inteligencia	

SPEARMAN (1927)	<p>basada en un factor único o "general".</p> <p>Elaboran tests basados en este factor "general".</p>	
THORNDIKE (1920)		<p>El componente social aparece por vez primera en el concepto de Inteligencia en el libro "La inteligencia y sus usos".</p>
WATSON (1930), THORNDIKE (1931) Y GUTHRIE (1935)	<p>El conductismo simplifica el concepto de Inteligencia a simples asociaciones de estímulo y respuesta.</p>	
DOLL Y THORNDIKE (1937)		<p>Encuentran y definen aspectos sociales en la inteligencia general.</p>
WESCHLER (1939-	<p>Diseña escalas de</p>	<p>Propuso que la</p>

1940)	Inteligencia para adultos primero y posteriormente para niños.	inteligencia general contiene aspectos no intelectuales.
THURSTONE (1938), THOMSON (1939) Y GUILFORD (1967).	Defensores de la teoría de que la Inteligencia está formada por varios factores independientes en lugar de un solo factor "general".	
SCHAFFER (1940)		Sostiene que las emociones son una respuesta desorganizada, por falta de una adaptación efectiva.
WERTHEIMER (1880-1943), KOHLER (1887-1967) Y KOFFKA (1887-	Introducen otro componente en el concepto de	

1941)	Inteligencia: El discernimiento o pensamiento productivo. Teorías de la Gestalt.	
LEEPER (1948)		Propuso que el pensamiento emocional es parte integral del pensamiento lógico.
RUESCH Y MCLEAN (1948-1949)		Sugirieron que los desordenes psicosomáticos resultan de una inhabilidad de expresar sentimientos basados en una perturbación en el proceso cognitivo.
SEGUNDA GUERRA MUNDIAL	La psicología cognitiva avanza y recibe más atención. Hull forma el	

	<p>conductismo informal y la cognición se ve analizada bajo las más variadas formas.</p>	
PIAGET (1896-1980)	Estructuralismo.	
TURING (1950)	<p>Define en "Computing Machinery and Intelligence" la inteligencia artificial y abre campo a los psicólogos dentro de las ciencias computacionales estableciendo paralelismos en los procesos computacionales y el pensamiento humano.</p>	

MOWRER (1960)		Las emociones son de una importancia extraordinaria en la economía total de los organismos vivos y no merecen ser colocadas en oposición a la inteligencia.
HEBB (1960), HOLT (1964), BREGER Y MCGAUGH (1965)	La psicología cognitiva se renueva con los conocimientos adquiridos de las ciencias computacionales.	
SIFNEOS (1967)		Inventó el término Alexitimia, dificultad para identificar sentimientos, distinguir entre ellos y describirlos.
MAYER (1977),	Se le da especial	

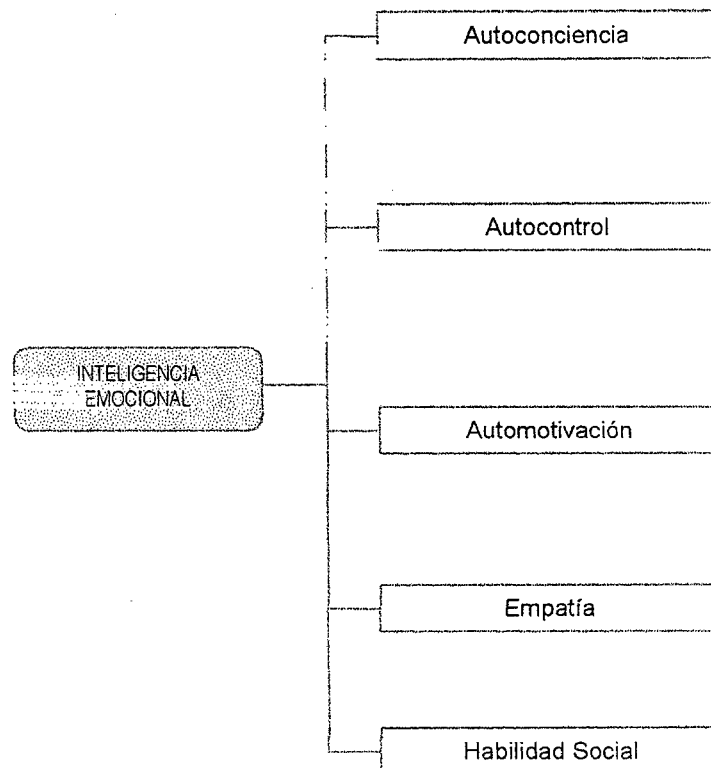
STERNBERG (1979).	importancia a los símbolos y su manipulación dentro de la inteligencia.	
GARDNER (1983,1993)	Defiende la idea del Intelecto como una conjunción de capacidades o inteligencias.	Define dos componentes: Capacidades Intrapsíquicas y Habilidades Interpersonales.
BAR-ON (1985-1999)	Sostiene que no hay relación alguna entre la Inteligencia Cognitiva y la Inteligencia Emocional.	Desarrolla en su tesis doctoral un modelo de inteligencia no cognitiva, medible, basado en varios componentes individuales (1985). El término EQ (cociente emocional) no es seriamente tomado en cuenta y Bar On tiene

		que renombrarlo en su tesis.
<p>MAYER Y SALOVEY (1989-1997) GOLEMAN (1995)</p>		Finalmente ellos acuñan el término "Inteligencia Emocional" Hace una recopilación de estudios sobre Inteligencia Emocional y difunde la importancia el Cociente Emocional.

3.1.2. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS

Es indispensable conocer los principales modelos utilizados para la valoración de éste constructo, y a continuación se expone los dos principales modelos teóricos utilizados en la actualidad:

3.1.2.1. MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL SEGÚN GOLEMAN



Este modelo esta conformado por los siguientes componentes

3.1.2.1.1. AUTOCONCIENCIA

Sólo quien aprende a percibir las emociones, a tomar conciencia de ellas, a etiquetarlas y aceptarlas, puede dirigir las en su beneficio. Este proceso debe darse las 24 horas del día, mirando las

emociones como potenciales y no como debilidades, requiriendo además: atención, honestidad emocional y utilizar de manera apropiada la retroinformación emocional que nos ofrece nuestro propio cerebro.

3.1.2.1.2. AUTOCONTROL

Debemos recordar que las emociones básicas como el hambre, la sed, el miedo, la ira, la sexualidad, son parte del equipamiento emocional básico y la forma de manejarlos depende de nosotros. El autocontrol permite ser capaz de soportar las tormentas emocionales en vez de sucumbir ante ellas. Culturalmente aprendemos formas de dirigir el curso de las emociones estas pueden ser el apaciguamiento, la represión de las emociones que son convenientes como técnica de supervivencia en situaciones amenazadoras pero no como soluciones a largo plazo.

Para el autocontrol debemos conocer nuestras aptitudes y talentos para ser reales con los compromisos que asumimos. Los sentimientos más difíciles de controlar son los relacionados con la ira, furia, los celos, la ansiedad y otros del ámbito negativo.

3.1.2.1.3. AUTOMOTIVACIÓN O APROVECHAMIENTO EMOCIONAL

Para esto debemos destacar algunos aspectos como son: la fuerza de voluntad, el optimismo y un discurso permanentemente positivo; el éxito sería más probable cuando tengamos identificado un desafío, cuando este haya sido evaluado y tengamos la certeza de que podemos resolverlo.

A su vez estos tres componentes constituyen la autoestima, que es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones, y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. La autoestima no es fácil de cambiar en los adultos porque implica revivir nuestra historia de vida, mientras que en los niños la tarea es estimularla. La autoestima no garantiza el éxito pero sí la satisfacción personal y social. En la niñez es donde se debe fomentar la inteligencia intrapersonal o autoestima, y en la adolescencia es donde se debe afianzar, pues es el momento en que se define la identidad personal (saberse individuo distinto a los demás) es el tiempo de pasar de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas.

Además es una etapa en la que se toman decisiones importantes como vacaciones, o se cuestionan los valores aprendidos y se ratifican o cambian los existentes de acuerdo a la historia de vida.

3.1.2.1.4. EMPATÍA

Las capacidades previas son las que nos ayudan para la empatía ya que solo conociendo y comprendiendo nuestras emociones y automotivándonos podemos aprender a percibir lo que los demás sienten, y ser capaces de ponernos en el lugar de la otra persona. La mejor forma de estimular la empatía radica en enseñar a los niños y adultos respeto, delicadeza, disposición al compromiso, escuchar activamente sin realizar ninguna valoración de lo que se exprese y comprender las necesidades de los demás, fundamentándose en relaciones auténticas y libres de toda apariencia.

3.1.2.1.5. HABILIDAD SOCIAL

Cuando hemos logrado empatía estamos listos para tener competencia social. Para ello es necesario saber crear un ambiente

agradable para la conversación, saber escuchar y motivar a los demás, moderar los conflictos, contemplar los problemas desde distintas perspectivas y reconocer los sistemas de relación e interacción de los grupos. La Habilidad Social se fundamenta en la amistad y el trabajo en equipo, que requiere un intercambio de prestaciones y contraprestaciones para interpretar en forma correcta las señales emocionales.

3.1.2.2. MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE BAR-ON



Este modelo se conforma de los siguientes componentes:

3.1.2.2.1. INTELIGENCIA INTRAPERSONAL

3.1.2.2.1.1. COMPRENSIÓN EMOCIONAL DE SÍ MISMO

La habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el por qué de los mismos.

3.1.2.2.1.2. ASERTIVIDAD

La habilidad de expresar sentimientos, creencias, y pensamientos, sin dañar los sentimientos de los demás; y defender nuestros derechos de una manera no destructiva.

3.1.2.2.1.3. AUTOCONCEPTO

La habilidad para comprender, aceptar y respetarse a si mismo, aceptando nuestros aspectos positivos y negativos, como también nuestras limitaciones y posibilidades.

3.1.2.2.1.4. AUTORREALIZACIÓN

La habilidad para realizar lo que realmente podemos, queremos y disfrutamos de hacerlo.

3.1.2.2.1.5. INDEPENDENCIA

La habilidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo en nuestros pensamientos, acciones y ser independiente emocionalmente para tomar nuestras decisiones.

3.1.2.2.2. INTELIGENCIA INTERPERSONAL

3.1.2.2.2.1. EMPATÍA

La habilidad de percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.

3.1.2.2.2. RELACIONES INTERPERSONALES

La habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.

3.1.2.2.3. RESPONSABILIDAD SOCIAL

La habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y que es un miembro constructivo del grupo social.

3.1.2.2.3. ADAPTABILIDAD

3.1.2.2.3.1. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La habilidad para identificar y definir los problemas como también para generar e implementar soluciones efectivas.

3.1.2.2.3.2. PRUEBA DE LA REALIDAD

La habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en realidad existe (lo objetivo).

3.1.2.2.3.3. FLEXIBILIDAD

La habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos, y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

3.1.2.2.4. MANEJO DEL ESTRÉS

3.1.2.2.4.1. TOLERANCIA AL ESTRÉS

La habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones, sin “desmoronarse”, enfrentando activa y positivamente el estrés.

3.1.2.2.4.2. CONTROL DE LOS IMPULSOS

La habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones.

3.1.2.2.5. ESTADO DE ÁNIMO EN GENERAL

3.1.2.2.5.1. FELICIDAD

La habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar de sí mismo y de otros y para divertirse y expresar sentimientos positivos.

3.1.2.2.5.2. OPTIMISMO

La habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos.

3.2. ESQUIZOFRENIA

Para no fatigarlos, se trata de exponerles de forma concisa y clara los puntos fundamentales dentro de cada acápite.

3.2.1. CONCEPTO

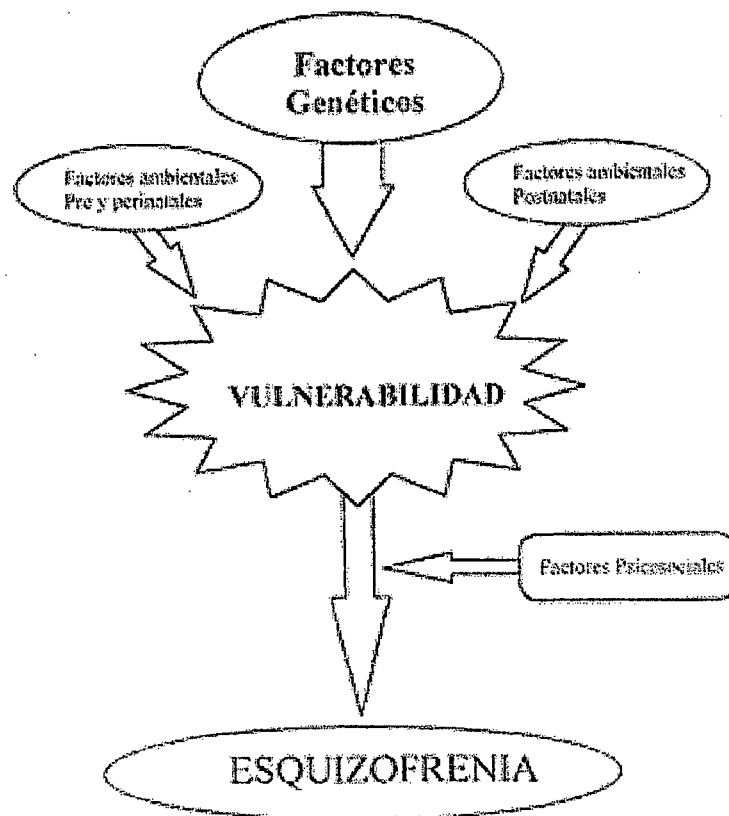
Etimológicamente el término esquizofrenia significa "mente escindida" (Eugen Bleuler, 1911), pero actualmente existen un sin número de definiciones, siendo la base de la mayoría de aquellas la sintomatología florida presente en el curso de esta enfermedad. Es así que particularmente se define en la presente tesis, de forma general, como el trastorno psicótico crónico más deteriorante.

3.2.2. ETIOPATOGENIA

Actualmente, no se sabe aun cuales son las causas de este trastorno.

El modelo de estrés-diátesis integra de modo comprensible los factores de tipo genético y ambiental. Se basa en la existencia de

una vulnerabilidad (diátesis) específica de la persona, que bajo la influencia de una serie de factores ambientales estresantes conduce a la expresión de la enfermedad.



En el siguiente cuadro se encuentran los hallazgos encontrados hasta el momento:

	<p>GENÉTICOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Riesgo de morbilidad en parientes de esquizofrénicos:<ul style="list-style-type: none">1% Población general8% Hermano esquizofrénico.12% Un progenitor esquizofrénico.12% Gemelo dicigótico40% Dos progenitores esquizofrénicos47% Gemelos monocigóticos esquizofrénicos.• Edad paterna avanzada superior a los 45 años tiene 2.8 veces mayor riesgo de tener un hijo esquizofrénico. <p>ALTERACIONES BIOQUÍMICAS</p> <ul style="list-style-type: none">• La hipótesis dopaminérgica postula que una excesiva actividad de este neurotransmisor, demostrado por un aumento del número y densidad de receptores dopamínicos, mayor
--	--

<p>FACTORES BIOGENÉTICOS</p>	<p>concentración de dopamina y su metabolito (ácido homovanílico) en el LCR, sería la responsable de algunos de los síntomas "positivos". También una hipodopaminergia mesocortical en contraste con una hiperdopaminergia a nivel límbico y estriado encontrada explicaría la presencia de síntomas negativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el origen del resto de los síntomas de la enfermedad se trata de implicar también a otros neurotransmisores como la serotonina (apoyada por el efecto serotoninérgico de los alucinógenos y el efecto antiserotoninérgico de los antipsicóticos atípicos), ácido glutámico (las alucinaciones podrían estar ligadas a una mayor activación de este receptor), la noradrenalina (sobre todo en la forma paranoide) o los aminoácidos como el GABA (hay disminución de neuronas GABAérgicas en el hipocampo).
---	--

	<p>NEUROIMAGENOLÓGÍA (30% ANÓMALAS) Y NEUROPATOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se han evidenciado alteraciones en el funcionamiento de los lóbulos frontales (hipofrontalidad), tanto en pruebas neuropsicológicas como en pruebas de neuroimagen funcional (descenso de la perfusión en el SPECT, hipometabolismo en PET).• Hay dilatación del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales, pérdida de la asimetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal.• Hay disminución del tamaño de algunas regiones cerebrales (hipocampo, amígdala, circunvolución parahipocampal) con afectación en algunos casos de los ganglios basales (que concuerdan con la presencia de movimientos anormales en pacientes que nunca han tomado antipsicóticos).• Ausencia de gliosis (tejido cicatricial del SNC)
--	--

	<p>y denota inflamación previa o degeneración).</p> <p>OTROS HALLAZGOS ANORMALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra desinhibición en los movimientos sacádicos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta en cerca del 50-80% de los pacientes, que también se ha observado en sus familiares de primer grado no esquizofrénicos. Estos movimientos son independientes del tratamiento farmacológico y del estado clínico.
<p>FACTORES AMBIENTALES</p>	<p>AUMENTO DEL RIESGO RELATIVO EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacido en invierno/primavera. 1,1 • Complicaciones obstétricas. 2 • Malnutrición severa (1er trimestre). 2 • Gripe materna (2do trimestre) 2 • Nacer en zona urbana. 1,4 • Inmigrante o minoría étnica. 5 • Consumo crónico de cannabis. 2 • Aislamiento en la infancia. 2

<p>FACTORES PSICOSOCIALES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existe factores sociales que provoquen esquizofrenia; la presencia de un exceso de enfermos en niveles socioeconómicos bajos se explica por un proceso de pérdida de habilidades sociales y laborales secundario a la enfermedad (hipótesis del descenso social). • La hipótesis del "doble vínculo" (que defendía que la enfermedad se debía a una comunicación anómala dentro de la familia del paciente) y de la "madre esquizofrénica". (que responsabilizaba a la madre por una crianza anormal) Han sido rechazadas, demostrándose que estas alteraciones eran consecuencia de la enfermedad. • Se ha llamado emoción expresada (EE) al promedio de comentarios críticos u hostiles y excesivo interés de los familiares hacia el paciente. El porcentaje de recaída es claramente mayor para los de alta EE frente a los de baja EE (58% y 16%
---------------------------------------	--

	respectivamente).
--	-------------------

3.2.3. EPIDEMIOLOGÍA

3.2.3.1. RIESGO DE PADECERLA

- Prevalencia de 1%.
- Incidencia de 15-20/100000 habitantes por año.

3.2.3.2. EDAD DE INICIO, SEXO Y RAZA

- Hombres: inicio 15-25 años, mujeres: inicio 25-35 años, (90% entre 15-45 años).
- No hay diferencias en la incidencia entre sexos, culturas o grupos étnicos.

3.2.4. CLÍNICA

3.2.4.1. SÍNTOMAS

La división de mayor éxito es la de Andreasen que divide a los síntomas en “positivos” y “negativos”. A continuación se presenta algunos fundamentos sobre esta clasificación, con la advertencia previa sobre los síntomas presentados en el cuadro; que son los expuestos por Stanley en su escala (PANSS). Así mismo, las definiciones de los mismos se presentan en el *Anexo VII*.

	POSITIVOS	NEGATIVOS
CONCEPTO	<ul style="list-style-type: none">• “De novo”, no presentes en la experiencia normal.	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de una función psicológica normal.
SINÓNIMOS	<ul style="list-style-type: none">• “Productivos”, “psicóticos”, “activos”.	<ul style="list-style-type: none">• “Deficitarios”, “residuales”.
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none">• De curso breve, agudos.	<ul style="list-style-type: none">• Crónicos, estables en el tiempo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fáciles de identificar y valorar. • Gran acuerdo entre diferentes entrevistadores. • Recuerdan a los de "primer rango" de Schneider . 	<ul style="list-style-type: none"> • Difíciles de valorar. • Discrepancias entre entrevistadores. • Recuerdan a los "primarios" de Bleules (asociación, afectividad, autismo y ambivalencia).
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Delirios. • Desorganización conceptual. • Comportamiento alucinatorio. • ¿Excitación? • ¿Grandiosidad? • Susplicacia. • ¿Hostilidad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectividad embotada. • Retracción emocional • Pobre relación. • Retracción social pasiva/apatía. • Dificultad del pensamiento

		abstracto. <ul style="list-style-type: none"> • Falta de espontaneidad y fluidez. • Pensamiento estereotipado.
--	--	--

3.2.4.2. FASES DE ENFERMEDAD

La mayor parte de los pacientes alternan episodios agudos y estables con remisión parcial o total. Es habitual que el paciente esquizofrénico experimente síntomas residuales entre los brotes. La completa curación de la enfermedad es, actualmente, un resultado no esperable dentro de la evolución.

Para ampliar lo expresado anteriormente, a continuación se expone las cuatro fases en las que se divide el curso de ésta enfermedad:

3.2.4.2.1. FASE PRODRÓMICA (TREMA)

Puede ser evidente o no para el paciente o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en la respuesta emocional a estímulos.

3.2.4.2.2. FASE AGUDA (PSICÓTICA O BROTE)

Está marcada por severos síntomas psicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad se habla de "fase de reagudización".

3.2.4.2.3. FASE DE CONTINUACIÓN

En este período, que puede abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.

3.2.4.2.4. FASE DE ESTABILIZACIÓN (RESIDUAL)

Durante esta fase los pacientes pueden estar asintomáticos o exhibir síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

3.2.4.3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los "***Criterios Diagnósticos CIE 10***" para esquizofrenia (F20):

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

(1) Por lo menos uno de los siguientes:

- a. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.

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

(2) Al menos dos de las siguientes:

- a. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy

estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.

- b. Neologismos, intercepción, o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c. Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- d. Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución del rendimiento). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterio de exclusión más frecuente usado:

- (1) Si al enfermo satisfacen también los criterios para un episodio maniaco o depresivo, los criterios listados más

arriba en G1 (1) y G2 (2), deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.

(2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido que se especifica) o a intoxicación, dependencia o abstinencias relacionadas con alcohol y otras drogas.

3.2.5. CLASIFICACIÓN

La más importante es la de Crow que correlaciona la clínica con los hallazgos de neuroimagen y anatomopatológicos.

El cuadro que se muestra a continuación representa, en su esencia, los cimientos actuales para la terapéutica en éste tipo de psicosis:

MODIFICADO DE CROW		
	TIPO I. (Positiva)	TIPO II. (Negativa)
HISTORIA FAMILIAR	Sociopatía	Psicosis mayores (excluidas psicosis afectivas)
HISTORIA DEMOGRÁFICA	Mayor número de internaciones y uso de psicofármacos	Hombres mayores
ESTADO PREMÓRBIDO	Labilidad afectiva Ira Ansiedad	Empobrecimiento afectivo Retardo motor Déficit cognitivos
INICIO	Agudo	Crónico tardío
RESPUESTA A LOS NEUROLÉPTICOS	Buena	Regular o mala
DAÑO CEREBRAL	Químico: Dopamina alta	Estructural: ¿Daño neuronal irreversible?
PREDICCIÓN CRÓNICA	Déficit social	Déficit ocupacional
TC, RMN, PET, FPC, MCC	¿Normal?	¿Alterada?

Según la CIE-10 la esquizofrenia se clasifica en:

PARANOIDE (F20.0)	Forma más frecuente; dominada por los delirios y alucinaciones, casi siempre relacionadas con la persecución y la influencia de terceras personas; sobre el paciente; es la forma de comienzo más tardío y la que produce un menor deterioro funcional y tiene una mejor respuesta al tratamiento.
HEBEFRÉNICA (F20.1)	Marcada por las alteraciones graves de la conducta (aspecto físico extraño, desinhibición, desorganización) y de la afectividad (inapropiada); es la forma de inicio más precoz (adolescencia) y la de peor pronóstico.
CATATÓNICA (F20.2)	Se caracteriza por: La alteración de la psicomotricidad es lo que más llama la atención;

	<p>como el estupor o inmovilidad (catalepsia, flexibilidad c�rea, posturas extrañas, estupor o agitación extrema); actividad motora excesiva, autónoma y sin propósito aparente.</p> <p>El negativismo extremo o mutismo; que puede ser activo (con resistencia a la movilización) o pasivo (ausencia de respuesta a las ordenes).</p> <p>Las posturas y movimientos anormales (esteriot�picas, manierismos, muecas).</p> <p>Los ecos�ntomas (ecolalia, ecopraxia, ecomimia); desde la aparición de los antipsicóticos se ha convertido en la forma más rara, con una buena respuesta al tratamiento (se suele indicar TEC).</p>
	<p>Aparecen características de varios</p>

INDIFERENCIADA (F20.3)	subtipos.
¿DEPRESIÓN POST-ESQUIZOFRÉNICA? (F20.4)	Persisten algunos síntomas propios de la enfermedad pero no son suficientes para el diagnóstico de Esquizofrenia en la entrevista actual y se suman síntomas depresivos.
RESIDUAL (F20.5)	Después de un episodio esquizofrénico, desaparecen los síntomas psicóticos, pero persisten síntomas de otros campos (sobre todo síntomas negativos).
¿SIMPLE? (F20.6)	En ausencia de síntomas psicóticos se desarrollarían de forma gradual e insidiosa síntomas negativos (retraimiento sociolaboral), con escasa respuesta emocional.

3.2.6. TRATAMIENTO

3.2.6.1. ABORDAJE PSICOLÓGICO

Incluye psicoterapia individual y grupal para el conocimiento de la enfermedad (psicoeducación) y el tratamiento de los problemas emocionales que acarrea, así como terapia de familia para el aprendizaje de técnicas de comunicación destinadas a disminuir la “emoción expresada”; se ha demostrado un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico y una disminución del número de recaídas cuando se usan ambos abordajes.

Las medidas de rehabilitación psicológica y laboral (Hospitales de día, Centros de día y talleres protegidos) suponen uno de los pilares en el tratamiento psicosocial, buscando la integración del paciente en la sociedad y permitiendo evitar la hospitalización prolongada en un buen número de pacientes.

3.2.6.2. ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Los fármacos antipsicóticos (AP) reciben también el nombre de Neurolépticos (por la alta frecuencia de efectos extrapiramidales) o tranquilizantes mayores (por la sedación que algunos de ellos producen). Los modernos AP carecen en gran medida de esa toxicidad neurológica por lo que trata de evitar el nombre neuroléptico y se habla de AP tradicionales o típicos y de AP atípicos.

3.2.6.2.1. CLASIFICACIÓN

3.2.6.2.1.1. ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS (APT)

Fueron en su mayoría introducidos entre los '50 y los '70. Las drogas más representativas de este grupo son: Haloperidol, Clorpromazina, Levomepromazina y Trifluoperazina.

La mayor parte de ellos son útiles en el tratamiento del episodio agudo. El mecanismo de acción común incluye el bloqueo postsináptico de los receptores para Dopamina (D2), por lo que

son útiles en síntomas positivos de la enfermedad. Dado que con el uso continuo estas moléculas producen decremento de recambio de dopamina ("down regulation") se postula que su eficacia antipsicótica se reduce con el tiempo de uso. Sus efectos adversos son tan frecuentes y conspicuos que constituyen una de las causas de abandono de tratamiento.

Entre ellos mencionamos:

- Síntomas extrapiramidales; es decir alteraciones en la marcha y la postura por daño directo e indirecto. Aquí mencionaremos a la distonía aguda (dolor muscular y alteración de la posición de aparición más o menos brusca), pseudoparkinsonismo (marcha lenta, temblor de reposo, rigidez postural, sialorrea, etc.).
- Disquinesia tardía; alteración del tono muscular y del movimiento que aparece tras un tiempo de tratamiento, de carácter irreversible.
- Síndrome neuroléptico maligno; se trata de un síndrome potencialmente fatal, que cursa con destrucción de fibras musculares, hipertermia, falla metabólica, insuficiencia renal aguda, deshidratación, coma y muerte.

- Los antipsicóticos típicos no son útiles en el tratamiento de los síntomas negativos y del humor que forman parte de los cuadros sintomáticos de la esquizofrenia y podrían potencialmente empeorar la cognición en estos pacientes.

3.2.6.2.1.2. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS (APA)

Constituyen una auténtica revolución en el tratamiento de esta enfermedad. Como grupo (aunque luego haremos alguna distinción entre ellos) han cambiado las perspectivas evolutivas y de pronóstico de los pacientes. Este grupo incluye (por orden de aparición) a Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona. Otras moléculas están en investigación.

Presentan un bloqueo dopaminérgico selectivo (lo que explicaría su eficacia sobre síntomas positivos con menor producción de síntomas extrapiramidales) y un bloqueo serotoninérgico (lo que explicaría su eficacia en síntomas negativos y del humor). La eficacia que alguno de ellos presenta en síntomas cognitivos se explicaría por su acción sobre receptores colinérgicos.

Estos medicamentos han venido a cubrir la necesidad de atender todo el, espectro sintomático de la enfermedad esquizofrénica: síntomas positivos, negativos, cognitivos, depresivos y del humor.

El primero de los antipsicóticos atípicos fue Clozapina ya investigado en la década de los '70. Clozapina es un eficaz antipsicótico, pero podría producir agranulocitosis (en alrededor del 0,8 %) de los pacientes expuestos por al menos 1 año. Por tal razón en nuestro país está restringido a pacientes con esquizofrenia refractaria a otros medicamentos, es decir es un medicamento de segunda elección.

Risperidona es un antipsicótico con un perfil de eficacia media en síntomas positivos y pobre en las otras dimensiones de la esquizofrenia. En la práctica clínica es considerado el "más típico de los atípicos" dado que a dosis plenas necesarias para el tratamiento de la esquizofrenia, existiría una mayor posibilidad de que los pacientes presenten síntomas extrapiramidales. Ha ganado aceptación en el tratamiento de algunas enfermedades no esquizofrénicas, tales como agitación asociada a Enfermedad de Alzheimer. Olanzapina es un antipsicótico atípico introducido en

1996, eficaz en síntomas positivos, negativos, cognitivos, depresivos y del humor. Es el único de los atípicos aprobado para el empleo en tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia. Un efecto adverso reportado en pacientes predispuestos es el aumento de peso (característica común a todos los atípicos). Usado como antipsicótico de elección en el tratamiento de las diferentes etapas de la esquizofrenia.

Tanto para Quetiapina como para Ziprasidona, sus recientes introducciones y escasa experiencia clínica nos impiden una evaluación definitiva. Sobre Ziprasidona pesaría contundentemente el hecho de que podría potencialmente producir arritmias cardíacas que conducirían a la muerte súbita.

3.2.7. CURSO Y PRONÓSTICO

3.2.7.1. CURSO

Conviene estar atento a los síntomas prodrómicos de una recaída (aumento de la inquietud, agitación, depresión, insomnio), por la

posibilidad de reajustar la dosis del antipsicótico y cortarla de forma rápida.

La mayoría de los pacientes tienen un curso caracterizado por recaídas más o menos frecuentes y una lenta progresión hacia el estado residual; el número recaídas y su intensidad suelen descender en la edad adulta.

No hay que menospreciar el potencial suicida de estos pacientes (40% lo intenta y 4-10% lo consuma), que puede deberse a alucinaciones "mandatarias", pero que con mayor frecuencia se debe a la coexistencia de depresión (depresión postpsicótica, sobre todo en la esquizofrenia paranoide), sobre todo en pacientes jóvenes, en sus primeros brotes y durante las semanas posteriores a una alta hospitalaria.

Es más favorable en mujeres.

3.2.7.2. PRONÓSTICO

Es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos. Se suele aceptar la "regla de los tercios": 1/3 de los pacientes tienen un relativo buen pronóstico (capaces de funcionar de forma autónoma en la sociedad), 1/3 tiene un pronóstico intermedio (con necesidad de soporte para su integración social) y 1/3, muy mal pronóstico (precisando con frecuencia recursos residenciales a largo plazo).

3.3. FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

No existe otra enfermedad que más angustie a la familia y al mismo tiempo más la disgregue que la esquizofrenia, pues inevitablemente esta enfermedad causa un impacto no sólo en el paciente sino en todos los miembros de la familia; quienes experimentan un stress grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico, sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver sufrir conflictos conyugales entre los padres, entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia.

Las familias presentan las siguientes respuestas emocionales (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986):

3.3.1. ANGUSTIA Y MIEDO

Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aun antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo. Presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

3.3.2. CULPA

Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer. Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones,

con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo. Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.

3.3.3. ESTIGMA Y EMBARAZO

Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incompreensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales. Cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y embarazo a sus familiares.

3.3.4. FRUSTRACIÓN

Cuando un miembro de una familia contrae una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de resolución

comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.

3.3.5. IRA

Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.

3.3.6. TRISTEZA Y DUELO

La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente

triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo. También lo es para el cónyuge de un paciente cuando debe llorar la pérdida de una esposa o marido que le corresponde genuinamente, y aprende a hacer frente al ensimismamiento del ser querido o al menos al resto de sus capacidades.

3.4. INTERVENCIONES FAMILIARES EN ESQUIZOFRENIA

A partir de los '80 se inicia la evaluación de los efectos de la combinación de los tratamientos farmacológicos con las intervenciones psicosociales, fundamentalmente sobre las recaídas y la EE. Y en los años '90 se buscó una definición mas precisa de la eficacia de distintos formatos terapéuticos y un mejor ajuste a los distintos momentos de la enfermedad (cronicidad, primeros episodios), y a las diferentes topografías familiares (baja y alta EE), así como una ampliación de las variables clínicas relevantes (carga familiar, calidad de vida, estilos de afrontamiento, necesidades familiares, etc.).

De todo este bagaje experimental acumulado, podemos extraer diversas conclusiones:

3.4.1. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones familiares, combinadas con medicación neuroléptica de mantenimiento a dosis baja o estándar, han probado su eficacia en la reducción de la carga familiar, la sintomatología de los pacientes, la reducción de la EE, especialmente criticismo y agresividad, y la demora de recaídas y rehospitalizaciones; son rentables económicamente para los servicios sanitarios y han mostrado ya su eficacia en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales. (Dixon et al., 2000).

3.4.2. COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

Las recomendaciones sugeridas por las distintas organizaciones y asociaciones, guías de consenso y expertos (American Psychiatric Association, 1997; Dixon et al., 2000; Internacional Association of Psychosocial Rehabilitatiton Services (IAPSRS), 1997; Lema & Steinwachs, 1998a; Lehman & Steinwachs, 1998b; McEvoy, Scheifler, & Frances, 1999; World Health Organization, 1997) coinciden en afirmar que las intervenciones familiares, en el ámbito

de la esquizofrenia, deben proporcionar una combinación de ingredientes comunes de los programas de intervención que han resultado eficaces y que Goldstein (1994;1995) sintetizó en los siguientes:

(a) *compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa.*

(b) *educación sobre la esquizofrenia, en torno al modelo de vulnerabilidad al estrés, teorías etiológicas, variaciones en el pronóstico, motivos de los distintos tratamientos, y recomendaciones para enfrentarse con el trastorno.*

(c) *entrenamiento en comunicación, dirigido a mejorar la claridad de la comunicación en general y los modos de dar feedback positivo y negativo dentro de la familia.*

(d) *entrenamiento en solución de problemas, dirigido a mejorar el manejo de las discusiones y problemas del día a día, el manejo de los sucesos estresantes concretos de la vida, y la generalización de habilidades de solución de problemas.*

(e) *intervención en crisis, entrenamiento en detección de señales tempranas de recaída e intervención en los momentos de máximo*

estrés, implicando a los miembros de la familia cuando son evidentes los signos de incipiente agudización.

3.4.3. DURACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

En los estudios revisados, esta ha sido una variable muy cambiante, al haberse intentado formatos breves o muy breves que oscilaban entre 6 y 15 sesiones (Solomon, Draine, Manion , & Meisel, 1996; Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1998; Szmukler, Herrman, Colusa, Benson, & Bloch, 1996; Vaughn et al., 1992); formatos prolongados de 2 ó 3 años (Hogarty et al., 1997; Hogarty et al., 1986 McFarlane et al., 1995; Rund et al., 1994; Xiong et al., 1994); y formatos intermedios, entre 9 y 18 meses (Leff et al., 1985; Leff et al., 1994; Terrier et al., 1988).

Los resultados confirman lo inadecuado de la intervenciones breves; que las intervenciones de duración intermedia mantienen sus efectos durante un período de tiempo y luego remiten; y la indicación de intervenciones a largo plazo e incluso indefinas.

En todo caso, existe consenso en torno a la duración mínima de 9 meses ó 1 año y la duración óptima en torno a 2 años, con un apoyo posterior permanente aunque sea de “bajo tono” o a cierta distancia, de modo que la familia pueda sentir y tener siempre accesible el recurso.

3.4.4. MODALIDAD DE LA INTERVENCIÓN

La inmensa mayoría de los estudios revisados han venido utilizando dos formatos principales; el modelo psicoeducativo de Anderson o el modelo de intervención conductual sugerido por Falloon. Los resultados indican que ambos son formatos igualmente válidos y entre los cuales no se han encontrado diferencias (Schooler et al., 1997).

Ha habido discrepancias sobre la forma de administración de la intervención: unifamiliar a domicilio o multifamiliar en grupo. Los resultados indican que ambas modalidades son igualmente eficaces (Leff et al., 1989; Leff et al., 1990; McFarlane et al., 1995); lo cual anima al uso de formatos multifamiliares por sus beneficios sobre la socialización y extensión de redes de apoyo natural de las

familias, así como por su menor costo y mayor facilidad de aplicación en entornos clínicos asistenciales naturales.

3.4.5. FASES DE LA ENFERMEDAD

El momento clínico de aplicación de la intervención es una cuestión todavía en estudio, y de gran interés por el actual desarrollo de modalidades de intervención temprana en psicosis.

La práctica totalidad de los estudios aquí evaluados se han realizado con familiares y pacientes con años de historia de enfermedad, siendo escasas las intervenciones en primeros episodios. Esta fase inicial de la enfermedad parece incluir una serie de rasgos que la distinguen de etapas posteriores y que requeriría un tratamiento específico (Gleeson, Jackson, Stavely, & Burnett, 1999; Kuipers & Raune, 2000; McGorry, 1995); lo que supondría distintos objetivos clínicos y una adaptación de las terapias existentes.

Los trabajos que se han realizado en esta población han mostrado efectos contradictorios; así mientras Linszen et al., (1996;1998)

observaron que la intervención conductual intensiva elevaba el estrés familiar y las recaídas en medios familiares de baja EE, Zhang et al., (1994) observaron una reducción de la tasa de recaída tras esta intervención, y Rund et al., (1994) apreciaron una reducción en los niveles de EE familiar.

Se sugiere que, en esta fase, la EE aún no es un constructo claramente establecido y que, por tanto, las intervenciones clave deberían dirigirse particularmente hacia la construcción de habilidades de solución de problemas relacionadas con el pobre funcionamiento social del paciente y la soledad y pérdida emocional que los cuidadores padecen ante el impactante y estigmatizante efecto que supone la entrada de la psicosis dentro de una familia (Gleeson et al., 1999; Kuipers & Raune, 2000).

3.4.6. BARRERAS A LA IMPLANTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

Resulta paradójico que, ante tanta evidencia sobre las ventajas de estos procedimientos de intervención, todavía no se haya

universalizado su uso en los recursos sanitarios. Se han aducido, entre otras, las siguientes razones:

(a) los responsables de los servicios de salud mental no confían en las evidencias científicas.

(b) el peso de otras teorías, como las psicoanalíticas, sistémicas, estratégicas o humanistas en los profesionales margina la aplicación de estos procedimientos.

(c) los profesionales continúan ignorando a las familias como objetivo y recurso asistencial.

(d) la aplicación de estas terapias supone tener que persuadir a demasiadas personas.

(e) sería necesario un alto nivel de formación y cualificación en los equipos y un cambio en las rutinas clínicas de intervención (Hahlweg & Wiedemann, 19; Lehman, 2000).

CAPITULO III

4. METODOLOGÍA

4.1. DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La tesis esta distribuida en 2 etapas:

- En la primera de ellas se utilizó un diseño de investigación descriptiva, de tipo básica y de corte transversal.
- La segunda etapa nos ofrece un tipo de investigación aplicada.

4.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 33 familias, de un total de 189 pacientes atendidos, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Si la familia presenta paciente con diagnóstico de Esquizofrenia según la CIE10 atendido entre julio del 2004 a junio del 2005 en

consultorio de Psiquiatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue del departamento de Tacna.

- Si la familia presenta paciente cuya fecha de Diagnóstico de Esquizofrenia se hizo de junio del 2003 hacia atrás.
- Si la familia presenta vivienda ubicada en zona urbana de Tacna.
- Si la familia presenta familiar(es) que tenga(n) 16 años de edad o más, resida(n) con el paciente por tiempo mayor a 24 meses, y colabore(n) con la entrevista.
- Si la familia presenta familiar(es) que tengan 16 años de edad o más, presente(n) grado de instrucción de primaria o mayor, resida(n) con el paciente por tiempo mayor a 24 meses, y colabore(n) con el llenado del Inventario de Bar-On adaptado al Perú.

4.3. VARIABLES

4.3.1. VARIABLE DEPENDIENTE

4.3.1.1. ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LA ESQUIZOFRENIA

Se define como la tendencia aprendida de los familiares a responder hacia la esquizofrenia en una forma positiva o negativa.

Su operabilidad se obtendrá mediante la elaboración de una escala de actitud de los familiares hacia la esquizofrenia. *Ver Anexo VI.*

4.3.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

4.3.2.1. TALLER PSICOEDUCATIVO

Definido como la intervención psicoeducativa en donde se propicia una situación de enseñanza-aprendizaje en base a la dinámica grupal como herramienta fundamental para el cambio de actitudes.

Su operabilidad se consigue mediante la elaboración del "Manual del Capacitador" del Taller Psicoeducativo para Familiares de Pacientes con Esquizofrenia. *Ver Anexo VI.*

4.3.3. VARIABLES INTERVINIENTES

4.3.3.1. EDAD

Es el tiempo que ha vivido el familiar o paciente desde su nacimiento hasta el 30 de junio del 2005. Su operabilidad se da en años vividos.

4.3.3.2. SEXO

Definido como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Su operabilidad se da en masculino "M"; si su condición orgánica lo distingue como hombre y femenino "F"; si su condición orgánica lo distingue como mujer.

4.3.3.3. PARENTESCO CON EL PACIENTE

Vínculo por consanguinidad o afinidad en relación al paciente. Se operabiliza en padre, madre, pareja, hermano(a), tío(a), abuelo(a), primo(a), etc.

4.3.3.4. ROLES DEL FAMILIAR

Son las funciones que desempeña el familiar dentro de la familia. Se operabiliza indicando los roles que tiene (ejemplo: ser padre de x e y familiares, pareja de z familiar, etc.).

4.3.3.5. ROL PRINCIPAL DEL PACIENTE

Es la función más relevante desempeñada por el paciente dentro de la familia. Se operabiliza en padre, madre, pareja, hermano(a), tío(a), abuelo(a), primo(a), etc.

4.3.3.6. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Nivel educativo al cual pertenece. Su operabilidad se obtiene mediante la elección de uno de los cuatro niveles educativos propuestos: analfabeto "A"; si nunca ha recibido educación o no término satisfactoriamente el primer grado de primaria desarrollado en el Perú o su equivalente en el extranjero (no sabe leer ni escribir), primaria "P"; si culminó alguno de los seis grados presentes en la primaria desarrollada en el Perú o su equivalente en el extranjero, secundaria "S"; si culminó alguno de los cinco grados presentes en la secundaria desarrollada en el Perú o su equivalente en el extranjero, superior "SU"; si logró aprobar el primer año académico de alguna carrera profesional en Instituto Superior o Universidad o su equivalente en el extranjero.

4.3.3.7. ESTADO CIVIL

Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se operabiliza eligiendo una de las siguientes alternativas: soltero "S", conviviente "C", casado "CA", viudo "V", divorciado "D".

4.3.3.8. RELIGIÓN

Definido como el grupo de creyentes al cual pertenece actualmente. Su operabilidad se logra escogiendo una de las siguientes alternativas: católica "C", mormona "M", adventista "A", testigo de Jehová "T" u otra "O"; especificando la religión o la condición de ateo si no fuera creyente.

4.3.3.9. LUGAR DE NACIMIENTO

Se define como el departamento donde nació. Se operabiliza seleccionando una alternativa de las siguientes: Tacna "T", Moquegua "M", Puno "P", Arequipa "A" u Otro "O"; especificando el departamento al cual pertenece.

4.3.3.10. ACTIVIDAD LABORAL

Es la condición de desempeñar una actividad remunerada. Se operabiliza en si o no.

4.3.3.11. DOMICILIO

Lugar donde reside la familia. Su operabilidad se consigue mediante la dirección de la vivienda.

4.3.3.12. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Se define como “el conjunto multifactorial de habilidades emocionales, personales y sociales interrelacionadas que influyen en nuestra capacidad general para hacer frente de manera activa y efectiva a las demandas y presiones diarias” (Bar-On, 2000). La operabilidad de esta variable se obtiene mediante el Cociente Emocional (CE) alcanzado por los familiares de los pacientes esquizofrénicos respondientes en la escala total, disgregado también en sus demás indicadores (5 componentes y 15 subcomponentes) en correspondencia con el “Inventario de Cociente Emocional de Bar-On” de Reuven Bar-On adaptado a nuestra realidad peruana (Ugarriza, 2001). *Ver Anexo IV.*

4.3.3.13. TIEMPO DE RESIDENCIA CON EL PACIENTE

Definido como el tiempo de convivencia del familiar con el paciente hasta el 30 de junio del 2005. Su operabilidad se da en años o meses (si el tiempo es menor de un año).

4.3.3.14. EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD

Es la edad del paciente en el momento del diagnóstico de esquizofrenia. Se operabiliza en años.

4.3.3.15. CONSULTA

Se define como la atención del paciente en el consultorio del servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna registrada desde julio 2004 a junio 2005 en su historia clínica por el médico psiquiatra. Se operabiliza mediante el número de consultas.

4.3.3.16. HOSPITALIZACIÓN

Definido como el ingreso del paciente al nosocomio del servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, registradas desde julio 2004 a junio 2005 en su historia clínica con la finalidad de residir en éste, y recibir tratamiento psiquiátrico durante su estancia. Su operabilidad se da cuantificando el número de hospitalizaciones.

4.3.3.17. RECAÍDA EN ESQUIZOFRENIA

Se define como la reaparición de síntomas psicóticos o la exacerbación de los ya existentes por al menos una semana de duración que conlleven a un sustancial aumento en la medicación o el reingreso hospitalario (Brown, Birley y Wing, 1972), desde julio 2004 a junio 2005 registradas en la historia clínica del paciente. Se operabiliza con el número de recaídas en esquizofrenia.

4.3.3.18. MEDICACIÓN

Esta definida como el tratamiento farmacológico antipsicótico que prescribió el médico psiquiatra al paciente desde julio 2004 a junio 2005 registrado en la historia clínica del paciente.

Su operabilidad se alcanza indicando el nombre de los medicamentos antipsicóticos prescritos. *Ver anexo II.*

4.3.3.19. CICLO VITAL

Son las etapas del desarrollo biopsicosocial del ser humano, clasificadas en:

- Etapa de niñez: comprendida desde el nacimiento hasta los 11 años de edad.
- Etapa de adolescencia: comprendida desde los 12 años hasta los 19 años de edad.
- Etapa de adultez temprana: comprendida desde los 20 años hasta los 39 años de edad.

- Etapa de adultez intermedia: comprendida desde los 40 años hasta los 64 años de edad.
- Etapa de adultez tardía: comprendida desde los 65 años a más.

Para operabilizar esta variable es necesario saber previamente la edad del familiar o paciente y luego proceder a elegir entre una de ellas según corresponda.

4.3.3.20. EDAD PRODUCTIVA

Se define como la condición etárea general necesaria para obtener una mayor productividad económica en el desempeño de una actividad laboral; ésta comprendida entre los 15 años y los 64 años de edad. Su operabilidad depende de la edad del paciente o familiar y luego la elección se define como un si; si se encuentra en éste intervalo de edad, o no; si no lo está.

4.3.3.21. TIPO DE FAMILIA

Es la clasificación de las familias según las relaciones de parentesco que tengan. Conformados por:

- La familia extensa: Esta constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos
- La familia nuclear integra: Son matrimonios casados en primeras nupcias, con o sin hijos biológicos.
- La familia nuclear ampliada: Familias en que se incluye a otras personas que puedan tener algún vínculo consanguíneo o no.
- La familia monoparental: Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza.
- La familia reconstituida: Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

Se operabiliza teniendo en cuenta su dependencia a la variable parentesco y rol del familiar, y seleccionando uno de los tipos de familia mencionados anteriormente.

4.3.3.22. TIEMPO DE ENFERMEDAD

Definido como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad del paciente hasta el 30 de julio del 2005. Para su

operabilidad hay que tener en cuenta la dependencia con la variable "edad de inicio de la enfermedad", y se da en años.

En el siguiente cuadro se presenta en forma resumida las variables utilizadas en éste proyecto, su definición, su tipificación y su valoración:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPIFICACIÓN	VALORACIÓN
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LA ESQUIZOFRENIA	Tendencia aprendida de los familiares a responder hacia la esquizofrenia en una forma positiva o negativa.	Discreta y categórica	Escala de actitud de los familiares hacia la esquizofrenia.
TALLER PSICOEDUCATIVO	Intervención psicoeducativa en donde se	Discreta y categórica	Evaluaciones periódicas de los conocimientos

	propicia una situación de enseñanza-aprendizaje en base a la dinámica grupal como herramienta fundamental para el cambio de actitudes.		teórico-prácticos impartidos.
EDAD	Tiempo que ha vivido desde su nacimiento hasta el 30 de junio del 2005.	Continua	En años.
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Dicotómica	Masculino y femenino

PARENTESCO CON EL PACIENTE	Vínculo por consanguinidad o afinidad en relación al paciente.	Categórica	Padre o madre, pareja, hermano(a), tío(a), abuelo(a), primo(a) , etc.
ROLES DEL FAMILIAR	Funciones que desempeña el familiar dentro de la familia.	Nominal	Ej. Padre de x e y familiares, pareja de z familiar, etc.
ROL PRINCIPAL DEL PACIENTE	Función más relevante desempeñada por el paciente dentro de la familia.	Categórica	Padre o madre, pareja, hermano(a), tío(a), abuelo(a), primo(a) , etc.
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel educativo al cual pertenece.	Categórica	Analfabeto, primaria, secundaria, superior.
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en	Categórica	Soltero, conviviente,

	relación con los derechos y obligaciones civiles.		casado, viudo, divorciado.
RELIGIÓN	Grupo de creyentes al cual pertenece.	Categoría	Católica, mormona, adventista, testigo de Jehová, etc.
LUGAR DE NACIMIENTO	Departamento donde nació.	Categoría	Tacna, Moquegua, Puno, Arequipa, etc.
ACTIVIDAD LABORAL	Desempeño de una actividad remunerada.	Dicotómica	Si y no
DOMICILIO	Lugar donde reside la familia.	Nominal	Dirección del domicilio
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Conjunto multifactorial de	Discreta y categórica	Cociente Emocional (CE)

	<p>habilidades emocionales, personales y sociales interrelacionadas que influyen en nuestra capacidad general para hacer frente de manera activa y efectiva a las demandas y presiones diarias.</p>		<p>alcanzado por los familiares de los pacientes esquizofrénicos respondientes en la escala total, disgregada también en sus demás indicadores (5 componentes y 15 subcomponentes) en correspondencia con el Inventario de Bar-On (I-CE) adaptado a nuestra realidad peruana (Ugarriza, 2001).</p>
--	---	--	--

TIEMPO DE RESIDENCIA CON EL PACIENTE	Tiempo de convivencia del familiar con el paciente hasta el 30 de junio del 2005.	Continua	En años o meses (si es menor de un año).
EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD	Edad del paciente en el momento del diagnóstico de esquizofrenia.	Continua	En años
CONSULTA	Atención del paciente en el consultorio del servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna registrada desde julio 2004 a Junio 2005 en	Discreta	Número de consultas

	su historia clínica por el médico psiquiatra.		
HOSPITALIZACIÓN.	Ingreso del paciente a nosocomio del servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, registradas desde julio 2004 a junio 2005 en su historia clínica para residir en éste y recibir tratamiento psiquiátrico durante su estancia.	Discreta	Número de hospitalizaciones.

<p>RECAÍDA EN ESQUIZOFRENIA</p>	<p>Reaparición de síntomas psicóticos o la exacerbación de los ya existentes por al menos una semana de duración que conlleven a un sustancial aumento en la medicación o el reingreso hospitalario, desde julio 2004 a junio 2005 registradas en la historia clínica del paciente.</p>	<p>Discreta</p>	<p>Número de recaídas en esquizofrenia.</p>
<p>MEDICACIÓN</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Nominal</p>	<p>Nombre de los medicamentos</p>

	antipsicótico que prescribió el médico psiquiatra al paciente desde julio 2004 a junio 2005 registrado en la historia clínica del paciente.		antipsicóticos prescritos.
CICLO VITAL	Etapas del desarrollo biopsicosocial del ser humano.	Categoría	Etapa de niñez, etapa de adolescencia, etapa de adultez temprana, etapa de adultez intermedia y etapa de adultez tardía
EDAD PRODUCTIVA	Condición etárea general		Si y no

	necesaria para obtener una mayor productividad económica en el desempeño de una actividad laboral; comprendida desde los 15 años hasta los 64 años de edad.		
TIPO DE FAMILIA	Clasificación de las familias según las relaciones de parentesco.	Categórica	Extensa, nuclear integra, nuclear ampliada, monoparental, reconstituida.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido	Discreta	En años

	desde el diagnóstico de la enfermedad del paciente hasta el 30 de julio del 2005.		
--	---	--	--

4.4. PROCEDIMIENTO

El procedimiento se dividió en dos etapas de acuerdo al diseño de investigación mencionado anteriormente.

4.4.1. PRIMERA ETAPA

Para una mejor comprensión de los procedimientos utilizados en esta etapa, se les ha sistematizado en los siguientes componentes:

4.4.1.1. CAPACITACIÓN

Para lograr el desarrollo de éste primer componente, se solicitó la participación de los estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, que cursaban la cátedra de Psiquiatría. Siendo veinte el número de estudiantes que aceptaron colaborar en la ejecución del proyecto.

Posteriormente, se formaron parejas de trabajo, según la empatía entre los participantes. Asimismo, los estudiantes fueron capacitados, durante el mes de mayo; cuatro horas semanales, en el correcto llenado de la "Ficha de Recolección de datos de los Familiares" y del "Inventario de Bar-On Modificado".

4.4.1.2. TAMIZAJE I

Componente que se desarrolló durante los meses de Junio, Julio y mediados de Agosto del 2005. En el cual se solicitó información a la Oficina de Estadística del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, obteniendo la cifra de 189 pacientes con F20 (esquizofrenia), según la clasificación internacional de

enfermedades (CIE 10), atendidos por consultorio externo de Julio del 2004 a Junio del 2005. Procediendo luego a recopilar información mediante la "Ficha de recolección de datos de la Historia Clínica". *Ver Anexo I.*

Los resultados obtenidos en éste componente fueron los siguientes:

Del total de pacientes con F20 (189 pacientes), se corroboró el diagnóstico de esquizofrenia en sólo 117 (61,9%) pacientes, siendo el resto excluido por presentar otros diagnósticos.

Asimismo, de estos 117 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sólo 60 (51,28%) pacientes presentaron dos o más años de enfermedad, es decir, el diagnóstico de esquizofrenia se dio de Junio del 2003 hacia atrás.

Por otro lado, de estos 60 pacientes se excluyeron 9 (15%) pacientes. 2 (3,33%) pacientes por presentar doble historia, es decir, cada uno de ellos tenía dos historias clínicas diferentes. 1 (1,67%) paciente por no presentar registro de la consulta en la

Historia Clínica; durante Julio 2004-Junio 2005. 2 (3,33%) pacientes por no presentarse a la única consulta que se registró entre Julio 2004-Junio2005. 2 (3,33%) pacientes por no presentar domicilio en Tacna. 2 (3,33%) pacientes por presentar domicilio en zona rural.

Finalmente, en este componente restaron 51 (85%) pacientes, consignados todos ellos, para el trabajo de campo.

4.4.1.3. TAMIZAJE II

En la ejecución de éste componente; por medio del trabajo de campo, se reconoce la dura labor que tuvieron los encargados de recolectar la información. Quienes en varias oportunidades tuvieron que lidiar con familias de mal vivir; exponiéndose a las vituperaciones e incluso a la delincuencia.

De la misma forma quisiera resaltar el ingenio y la capacidad de empatizar con los familiares; que demostraron los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Hecho que dependió exclusivamente de ellos, y se confirmó al tener acceso a

la mayoría de familias consignadas en el componente anterior; mediante el registro en la "Ficha de recolección de datos de los Familiares". *Ver Anexo I.*

El segundo tamizaje se desplegó desde el mes de Julio hasta mediados de Agosto del 2005. En últimas cuentas, se obtuvo una muestra equivalente a 33 (64,71%) pacientes en correspondencia a 33 familias de 51 pacientes consignados en el primer tamizaje.

Desde otro punto de vista, se excluyeron 18 (35,29%) pacientes. 11 (21,57%) pacientes por presentar dirección falsa. 1 (1,96%) paciente por vivir solo. 1 (1,96%) paciente por presentar a un solo familiar analfabeto viviendo con él. 5 (9,8%) pacientes por no colaborar con la entrevista.

4.4.2. SEGUNDA ETAPA

Se sintetizó en los componentes presentes a continuación:

4.4.2.1. RECOLECCIÓN

En este componente se reunió la información pertinente sobre las intervenciones familiares en esquizofrenia, los talleres de psicoeducación y las premisas para el desarrollo de la escala de actitud hacia la esquizofrenia.

El tiempo de recopilación fue de 4 meses, desde el mes de Septiembre a Diciembre del 2005. Las búsquedas se distribuyeron en 4 áreas: (1) internet (Medlineplus y Google). (2) Bibliografía recomendada por Psiquiatras, (3) Bibliografía recomendada por Psicólogos. (4) Bibliografía recomendado por Educadores especialistas en Dinámica de Grupos.

4.4.2.2. CREACIÓN DEL TALLER

Se elaboró el "Manual del Capacitador"; del Taller Psicoeducativo para Familiares de Pacientes con Esquizofrenia durante los meses de Enero del 2006 a Enero del 2007. *Ver Anexo VI.*

En su elaboración se tomó en cuenta los siguientes parámetros:

El encuadre; que estará conformado por un grupo cerrado, de 12 a 16 participantes por grupo, en donde se excluye a los pacientes en la participación de estos grupos y conducido por: un líder que ejerza el rol de facilitador del grupo y un técnico capacitado en desarrollo personal y comunicación que ejerza el rol de ayudante, quienes serán los responsables de velar porque se logren los objetivos para los cuales se ha conformado.

En la elección de los grupos se tomará en cuenta algunas de las siguientes variables: el parentesco, el tipo de familia, el ciclo vital del familiar, el rol del paciente, el ciclo vital del paciente, el tiempo de enfermedad del paciente, el domicilio de la familia. Principalmente las tres primeras variables descritas anteriormente, cuyos objetivos son: el lograr mantener una jerarquía en los roles (parentesco: padres, hermanos y otros), una tendencia a la familia nuclear (tipo de familias: familia nuclear y otro tipo de familias) y facilitar la socialización entre los integrantes de los grupos (el ciclo vital del familiar).

Las sesiones serán en total treinta y estarán divididas en tres fases. Una primera fase dirigida a mejorar el nivel de inteligencia

emocional de los familiares, conformada por 15 sesiones cuyo temario estará conformado por los subcomponentes del Inventario de Bar-On (comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización, independencia, empatía, relaciones interpersonales, responsabilidad social, solución de problemas, prueba de la realidad, flexibilidad, tolerancia al estrés, control de los impulsos, felicidad, optimismo), distribuidas de menor a mayor complejidad.

El nivel de complejidad se obtendrá de acuerdo al CE promedio alcanzado por los familiares participantes en la primera etapa de la presente tesis para cada uno de los subcomponentes del Inventario de Bar-On, siendo ordenados en forma descendente (primero aquellos subcomponentes de mayor CE, luego el que le sigue y así sucesivamente hasta el subcomponente de menor CE promedio alcanzado).

La duración de las sesiones de ésta primera fase serán en promedio de 90-120 minutos y en una frecuencia de una vez por semana.

Una segunda fase dirigida al entrenamiento en el manejo de la enfermedad por parte de los familiares, conformada por 10 sesiones, cuyo temario estará distribuido de acuerdo a la naturaleza y complejidad del contenido de la manera siguiente: 1) Salud y Enfermedad. 2) Esquizofrenia. 3) Causas y Efectos. 4) Tratamientos. 5) Recaídas: 5.1) Protección y riesgo. 5.2) Estrés. 5.3) Comunicación verbal. 5.4) Comunicación no-verbal. 5.5) Medicación. 5.6) Actuación.

La duración de las sesiones será de 120-150 minutos y una vez por semana.

Y una tercera fase dirigida a brindar apoyo terapéutico a la familia, conformado por 5 sesiones, donde se buscará entrenar a la familia en la resolución de problemas específicos que presenten durante las diferentes fases de la enfermedad.

Cada sesión tendrá una duración de 150-180 minutos y será impartida en una frecuencia de dos sesiones por mes.

4.4.2.3. CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA

Se llevó a cabo la construcción de una “Escala de Actitud de los Familiares hacia la Esquizofrenia” durante los meses de Julio a Septiembre del 2006. Así mismo se incluyó aquella escala dentro del “Manual del Capacitador”. *Ver Anexo VI.*

Las premisas a considerar en la construcción del cuestionario fueron las siguientes:

- Su estructura estará conformado de 30 a 50 reactivos, basados en componentes conativos, cognitivos y emocionales, es decir; creencias, atribuciones, conocimientos y experiencias de los familiares hacia la esquizofrenia, en el ámbito personal, familiar y social.
- Se preverá que las preguntas no causen resistencia al entrevistado y puedan ser comprendidas en su totalidad. Que la disposición conjunta del cuestionario, es decir, su secuencia lógica sea la adecuada y no cause fatiga a la persona encuestada. Que la categorización de las respuestas sea tipo Likert, en 5 categorías; desde “casi nunca o nunca” a “casi siempre o siempre”.

4.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTAL A UTILIZAR

4.5.1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA

CLÍNICA

Consta de una ficha dividida en dos secciones. La primera recoge los datos generales del paciente (nombre, edad, sexo y dirección) y la fecha de diagnóstica de Esquizofrenia. La segunda recolecta los antecedentes de la enfermedad (número y fecha de consulta, recaída, hospitalización, y medicación) durante Julio 2004-Junio 2005. *Ver Anexo I.*

Antes de aplicarla, se entregó a 2 especialistas, quienes la evaluaron según criterios de presentación, calidad de redacción, pertinencia de las variables, relevancia del contenido y la factibilidad de la aplicación.

4.5.2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS FAMILIARES

Constituido por una ficha que recopila los datos generales de los familiares encuestados (nombre, parentesco, edad, sexo, lugar de

nacimiento, grado de instrucción, religión, estado civil, actividad laboral, tiempo de residencia, y rol del familiar). *Ver Anexo I.*

En la elaboración del instrumento se consideran los aspectos éticos de confiabilidad de la información; así mismo el familiar otorgará su consentimiento para responder.

Por otro lado, se entregó a 2 especialistas el formato diseñado y estructurado; siendo evaluado según criterios de presentación, calidad de redacción, pertinencia de las variables, relevancia del contenido y la factibilidad de la aplicación.

4.5.3. INVENTARIO DE BAR-ON (EQ-I) ADAPTADO AL PERÚ

En el *Anexo III* de ésta tesis se da mayores detalles sobre las características generales presentes en éste inventario.

Asimismo, se hace hincapié sobre la modificación hecha, para el desarrollo de esta tesis, de algunos ítems del inventario en mención, de manera deliberada, con la finalidad de evitar algún tipo de resistencia ocasionada por aquellos hacia la población en

estudio y también con la perspectiva de poder aplicarlo en familiares que presenten grado de instrucción de primaria, esperando lógicamente no haber ocasionado alguna modificación sustancial en la validez y fiabilidad de la prueba.

Una vez modificado el instrumento se procedió a su corrección mediante la técnica de juicio de expertos para determinar la valoración del contenido y la concordancia entre jueces expertos. Se entregó a 2 especialistas el formato diseñado y estructurado siendo evaluado según criterios de presentación, calidad de redacción, pertinencia de las variables, relevancia del contenido y la factibilidad de la aplicación.

En el desarrollo de la entrevista para el llenado del Inventario se solicitó al familiar entrevistado su consentimiento y se consideró los aspectos éticos de confiabilidad de la información.

5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Los datos obtenidos por las fichas de recolección fueron analizados mediante programa Microsoft Excel 2003, logrando de esta manera

dar una presentación adecuada, mediante tablas y gráficas, del los resultados de dicha información.

Así como, la evaluación del inventario de Bar-On se llevó a cabo conforme se muestra en el manual de evaluación del inventario adecuado a nuestra realidad por la psicóloga Nelly Ugarriza Chávez.

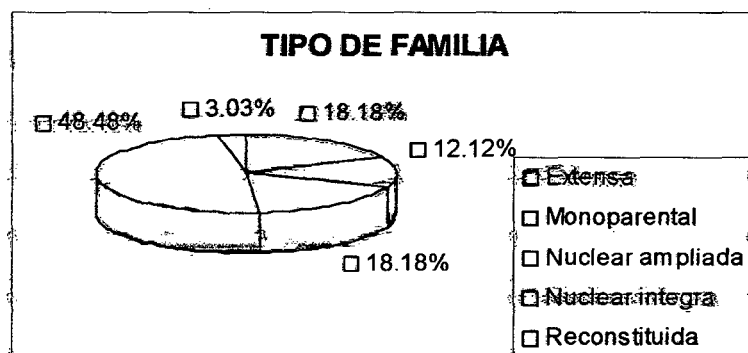
CAPITULO IV

6. RESULTADOS

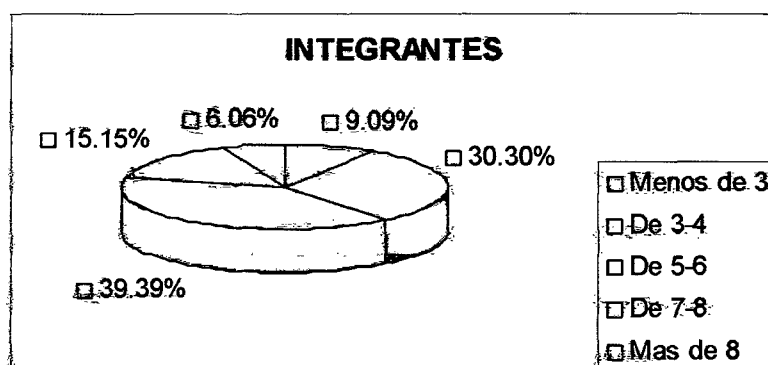
6.1. RESULTADOS COMO GRUPO DE FAMILIAS

Los resultados de las características generales como grupo de familias de las 33 familias encuestadas son los siguientes:

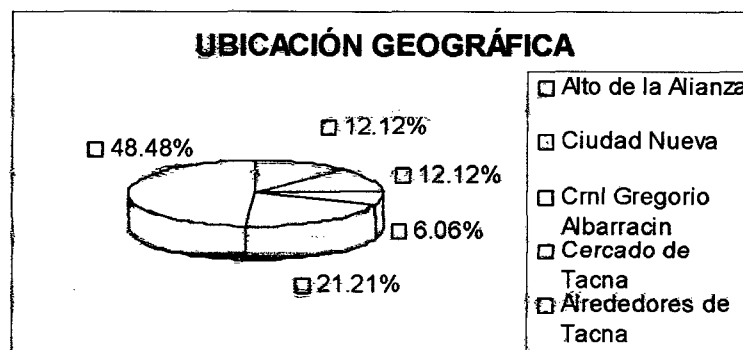
- La distribución de las familias según su tipo es: 6 (18,18%) familias extensas, 4 (12,12%) familias monoparentales, 6 (18,18%) familias nuclear ampliadas, 16 (48,48%) familias nuclear integra, y 1 (3,03%) familia reconstituida. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de las familias según su número de integrantes es: 3 (9,09%) familias tienen menos de 3 integrantes, 10 (30,30%) familias tienen de 3-4 integrantes, 13 (39,39%) familias tienen de 5-6 integrantes, 5 (15,15%) familias tienen de 7-8 integrantes, y 2 (6,06%) familias tienen más de 8 integrantes. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de las familias según su ubicación geográfica es: 4 (12,12%) familias viven en el distrito de Alto de la Alianza, 4 (12,12%) familias viven en el distrito de Ciudad Nueva, 2 (6,06%) familias viven en el distrito de Crnl. Gregorio Albarracín, 7 (21,21%) familias viven en el cercado del distrito de Tacna, y 16 (48,48%) familias viven en los alrededores del distrito de Tacna. Ver gráfica siguiente.



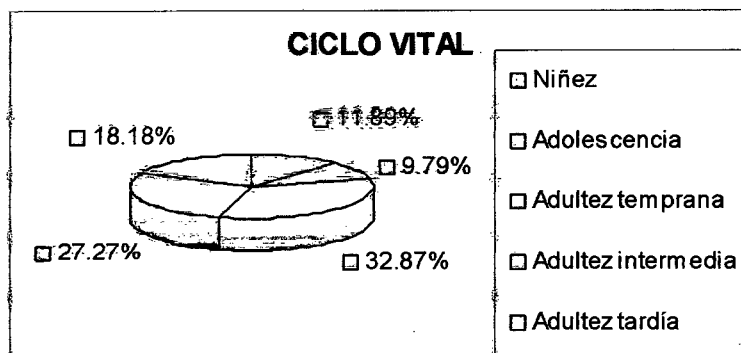
6.2. RESULTADOS COMO GRUPO DE FAMILIARES

6.2.1. FAMILIARES EN GENERAL

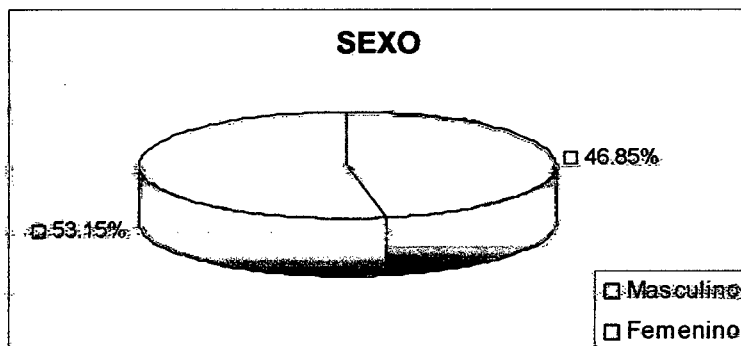
Los resultados de las características generales de los 143 familiares que conforman el grupo de familiares en la muestra de familias encuestadas son los siguientes:

- El promedio de edad de los familiares es de $39,4 \pm 22,6$.
- La distribución de los familiares según su ciclo vital es: 17 (11,89%) familiares están en la etapa de niñez, 14 (9,79%) familiares están en la etapa de adolescencia, 47 (32,87%) familiares están en la etapa de adultez temprana, 39 (27,27%) familiares están en la

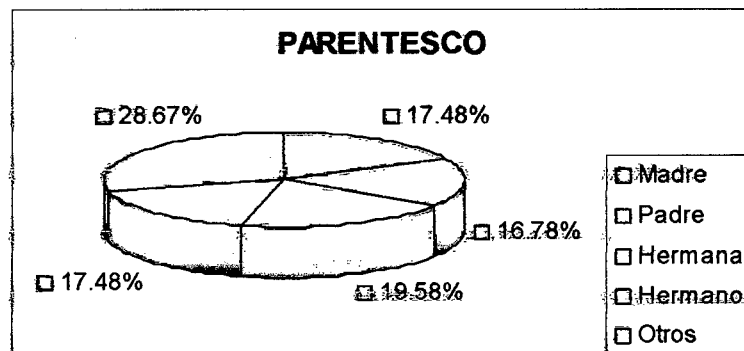
etapa de adultez intermedia, y 26 (18,18%) familiares están en la etapa de adultez tardía. Ver gráfica siguiente.



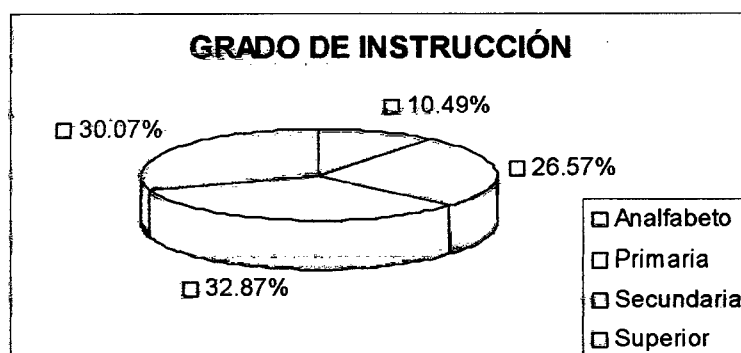
- La distribución de los familiares según su sexo es: 67 (46,85%) familiares son de sexo masculino, y 76 (53,15%) familiares son de sexo femenino. Ver gráfica siguiente.



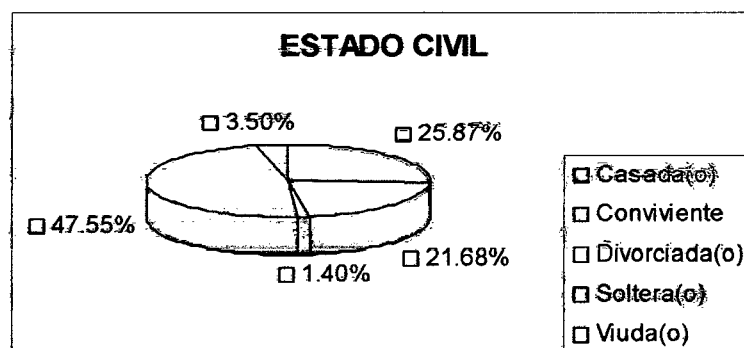
- La distribución de los familiares según su parentesco con el paciente es: 25 (17,48%) familiares son madres, 24 (16,78%) familiares son padres, 28 (19,58%) familiares son hermanas, 25 (17,48%) familiares son hermanos, y 41 (28,67%) familiares tienen otro parentesco diferente. Ver gráfica siguiente.



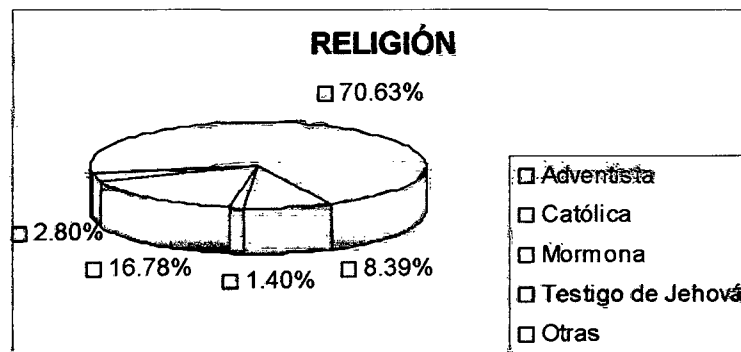
- La distribución de los familiares según su grado de instrucción es: 15 (10,49%) familiares son analfabetos, 38 (26,57%) familiares cursan primaria, 47 (32,87%) familiares cursan secundaria, y 43 (30,07%) familiares cursan superior. Ver gráfica siguiente.



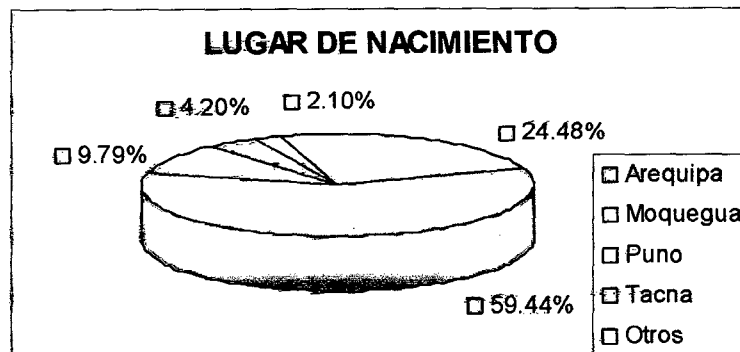
- La distribución de los familiares según su estado civil es: 37 (25,87%) familiares son casados, 31 (21,68%) familiares son convivientes, 2 (1,4%) familiares son divorciados, 68 (47,55%) familiares son solteros, y 5 (3,5%) familiares son viudos. Ver gráfica siguiente.



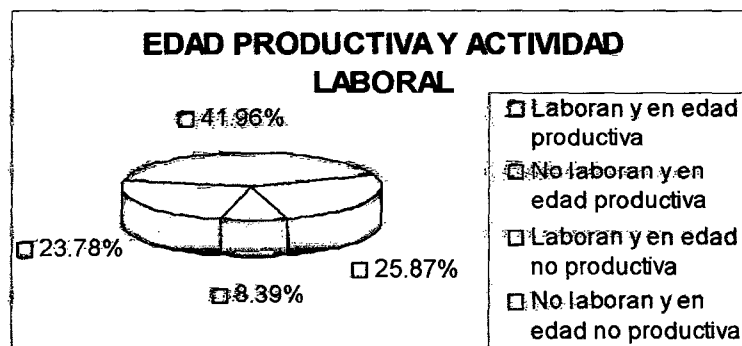
- La distribución de los familiares según su religión es: 4 (2,8%) familiares son adventistas, 101 (70,63%) familiares son católicos, 12 (8,39%) familiares son mormones, 2 (1,4%) familiares son testigos de Jehová, y 24 (16,78%) familiares pertenecen a otra religión o no son de ninguna en particular. Ver gráfica siguiente.



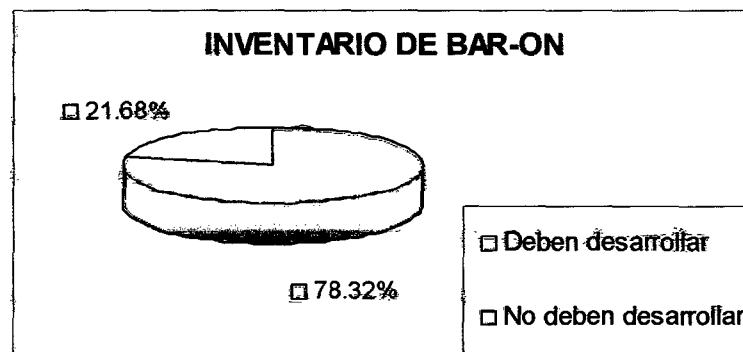
- La distribución de los familiares según su lugar de nacimiento es: 6 (4,2%) familiares nacieron en Arequipa, 3 (2,1%) familiares nacieron en Moquegua, 35 (24,48%) familiares nacieron en Puno, 85 (59,44%) familiares nacieron en Tacna, y 14 (9,79%) familiares nacieron en otros lugares. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su actividad laboral en función de la edad productiva es: 60 (41,96%) familiares laboran y están en edad productiva, 37 (25,87%) familiares no laboran y están en edad productiva, 12 (8,39%) familiares laboran y no están en edad productiva, y 34 (23,78%) familiares no laboran y no están en edad productiva. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su posibilidad de desarrollar el Inventario de Bar-On es: 112 (21,68%) familiares deben desarrollar el inventario, y 31 (41,96%) familiares no deben desarrollar el inventario. Ver gráfica siguiente.

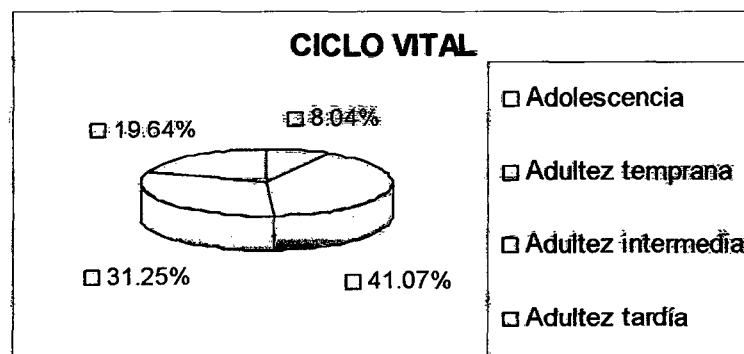


6.2.2. FAMILIARES QUE DEBEN DESARROLLAR EL INVENTARIO

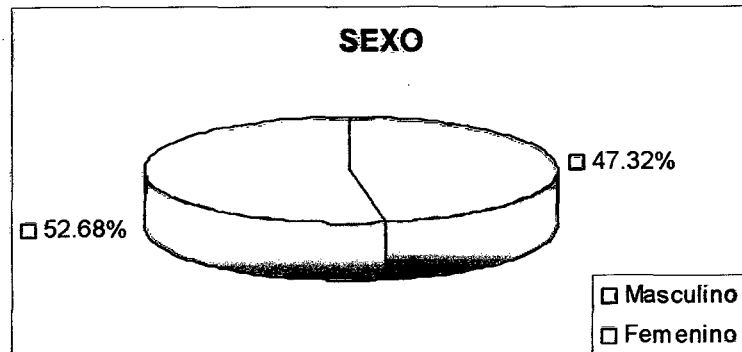
Los resultados de las características generales de los 112 familiares que deben desarrollar el Inventario de Bar-On; de la muestra de familias encuestadas, son los siguientes:

- El promedio de edad de los familiares es de $43,7 \pm 19,2$.

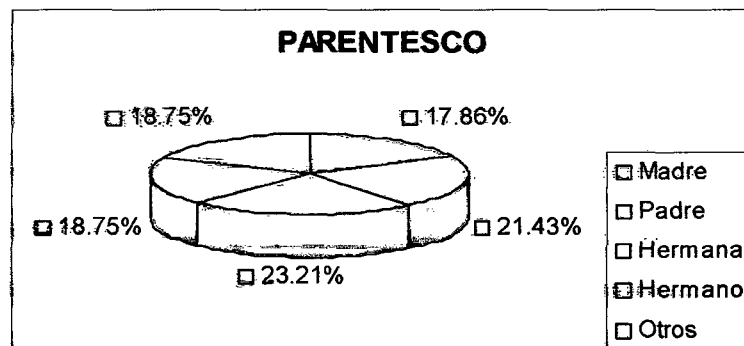
- La distribución de los familiares según su ciclo vital es: 9 (8,04%) familiares están en la etapa de adolescencia, 46 (41,07%) familiares están en la etapa de adultez temprana, 35 (31,25%) familiares están en la etapa de adultez intermedia, y 22 (19,64%) familiares están en la etapa de adultez tardía. Ver gráfica siguiente.



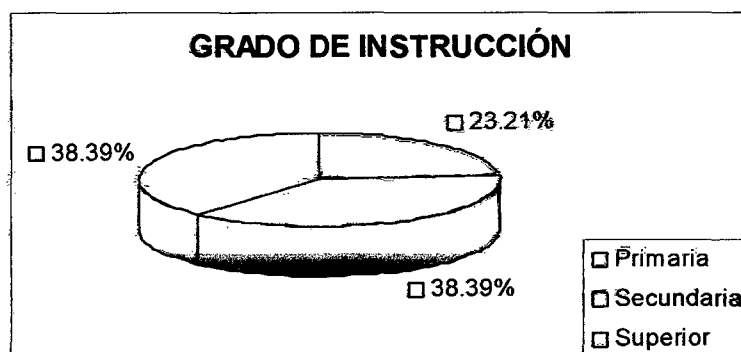
- La distribución de los familiares según su sexo es: 53 (47,32%) familiares son de sexo masculino, y 59 (52,68%) familiares son de sexo femenino. Ver gráfica siguiente.



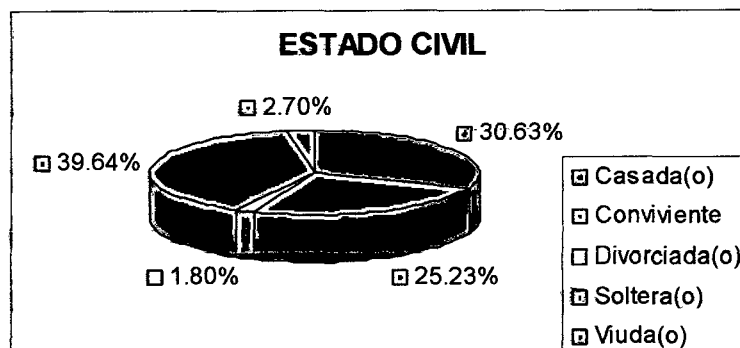
- La distribución de los familiares según su parentesco con el paciente es: 20 (17,86%) familiares son madres, 24 (21,43%) familiares son padres, 26 (23,21%) familiares son hermanas, 21 (18,75%) familiares son hermanos, y 21 (18,75%) familiares tienen otro parentesco diferente. Ver gráfica siguiente.



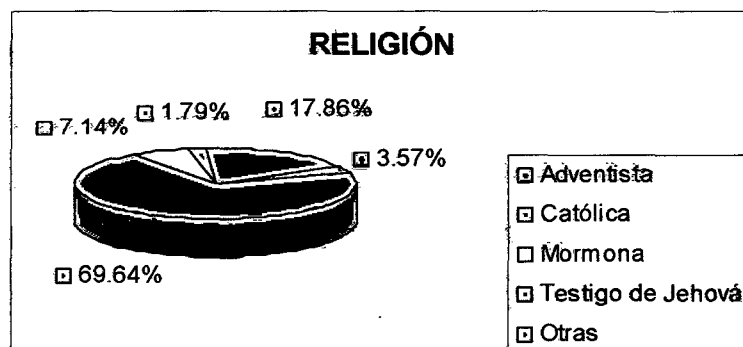
- La distribución de los familiares según su grado de instrucción es: 26 (23,21%) familiares cursan primaria, 43 (38,39%) familiares cursan secundaria, y 43 (38,39%) familiares cursan superior. Ver gráfica siguiente.



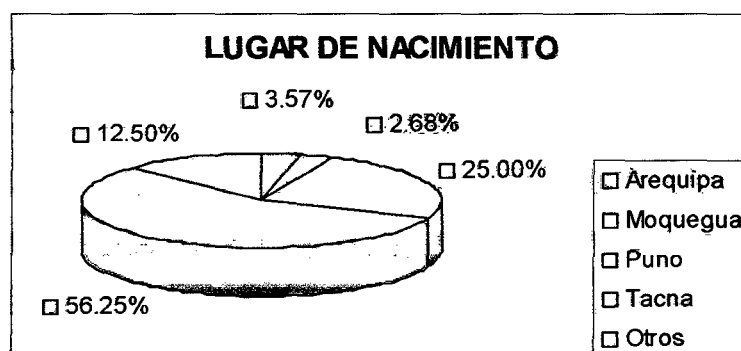
- La distribución de los familiares según su estado civil es: 34 (30,63%) familiares son casados, 28 (25,23%) familiares son convivientes, 2 (1,8%) familiares son divorciados, 44 (39,64%) familiares son solteros, y 3 (2,7%) familiares son viudos. Ver gráfica siguiente.



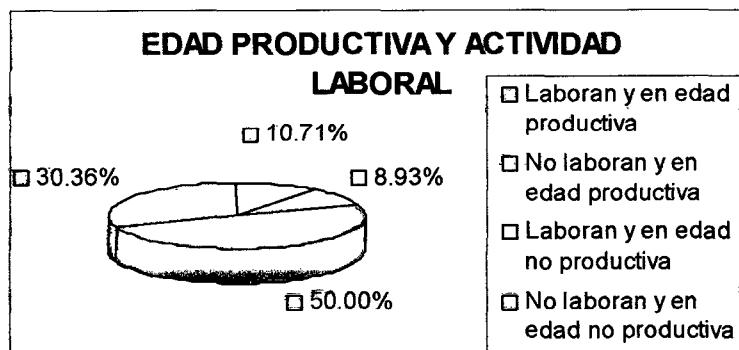
- La distribución de los familiares según su religión es: 4 (3,57%) familiares son adventistas, 78 (69,64%) familiares son católicos, 8 (7,14%) familiares son mormones, 2 (1,79%) familiares son testigos de Jehová, y 20 (17,86%) familiares pertenecen a otra religión o no son de ninguna en particular. Ver gráfica siguiente.



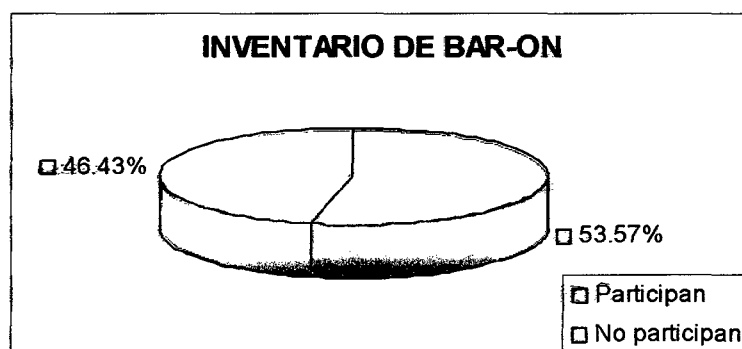
- La distribución de los familiares según su lugar de nacimiento es: 4 (3,57%) familiares nacieron en Arequipa, 3 (2,68%) familiares nacieron en Moquegua, 28 (25%) familiares nacieron en Puno, 63 (56,25%) familiares nacieron en Tacna, y 14 (12,5%) familiares nacieron en otros lugares. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su actividad laboral en función de la edad productiva es: 56 (50%) familiares laboran y están en edad productiva, 34 (30,36%) familiares no laboran y están en edad productiva, 12 (10,71%) familiares laboran y no están en edad productiva, y 10 (8,93%) familiares no laboran y no están en edad productiva. Ver gráfica siguiente.



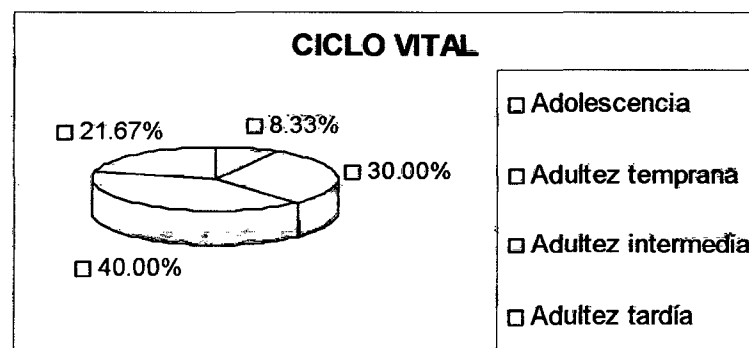
- La distribución de los familiares según su participación en el llenado del Inventario de Bar-On es: 60 (53,57%) familiares participan en el llenado del inventario, y 52 (46,43%) familiares no participan en el llenado del inventario. Ver gráfica siguiente.



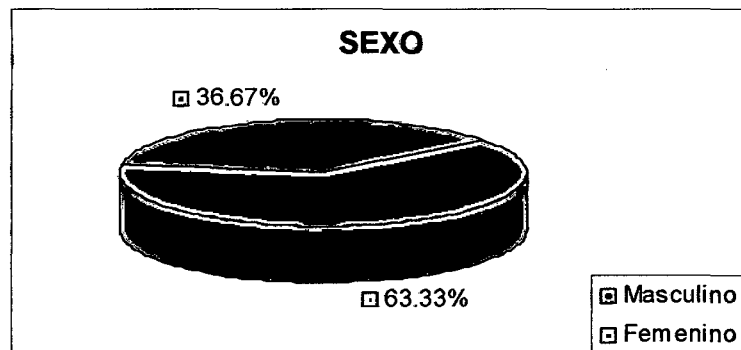
6.2.3. FAMILIARES QUE PARTICIPAN EN EL INVENTARIO

Los resultados de las características generales de los 60 familiares que participan en el llenado del Inventario de Bar-On; de la muestra de familias encuestadas, son los siguientes:

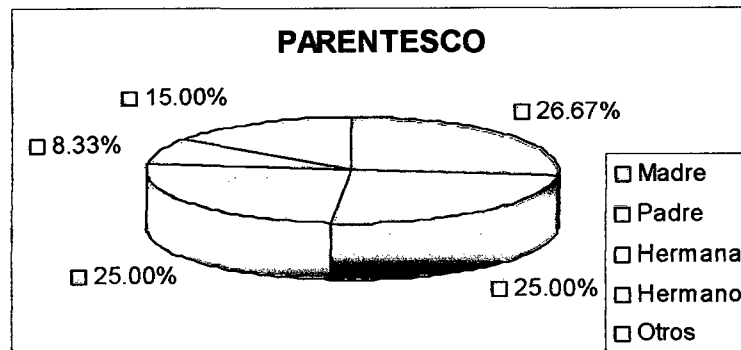
- El promedio de edad de los familiares es de $46,4 \pm 18,6$.
- La distribución de los familiares según su ciclo vital es: 5 (8,33%) familiares están en la etapa de adolescencia, 18 (30%) familiares están en la etapa de adultez temprana, 24 (40%) familiares están en la etapa de adultez intermedia, y 13 (21,67%) familiares están en la etapa de adultez tardía. Ver gráfica siguiente.



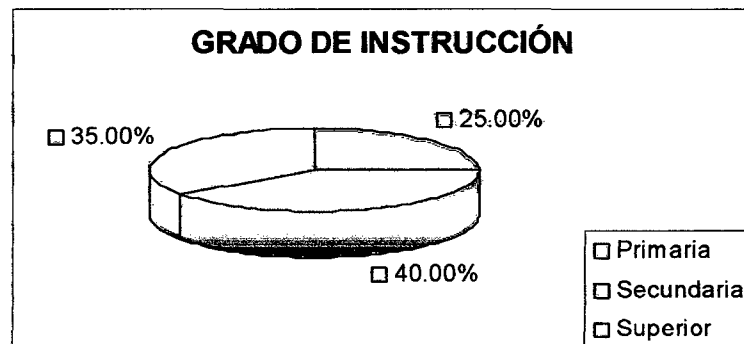
- La distribución de los familiares según su sexo es: 22 (36,67%) familiares son de sexo masculino, y 38 (63,33%) familiares son de sexo femenino. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su parentesco con el paciente es: 16 (26,67%) familiares son madres, 15 (25%) familiares son padres, 15 (25%) familiares son hermanas, 5 (8,33%) familiares son hermanos, y 9 (15%) familiares tienen otro parentesco diferente. Ver gráfica siguiente.

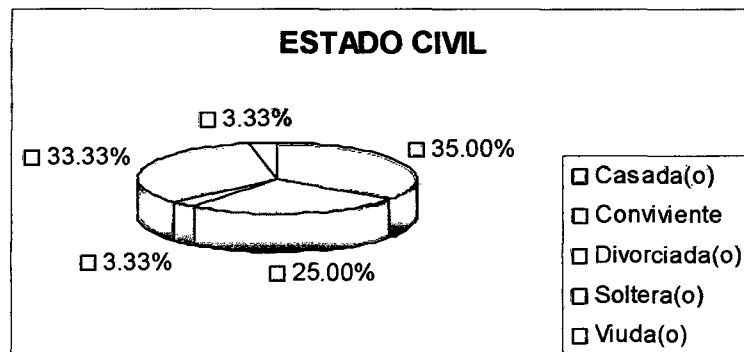


- La distribución de los familiares según su grado de instrucción es: 15 (25%) familiares cursan primaria, 24 (40%) familiares cursan secundaria, y 21 (35%) familiares cursan superior. Ver gráfica siguiente.

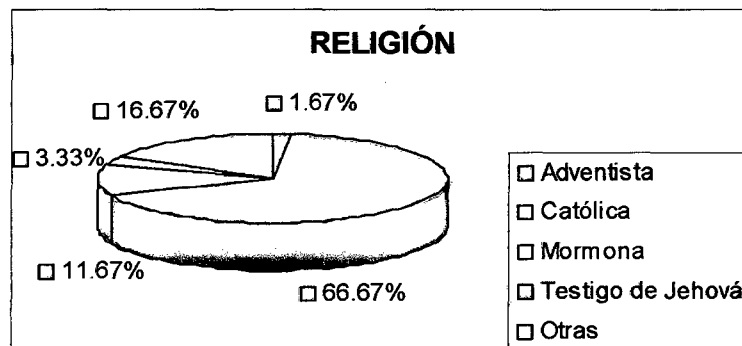


- La distribución de los familiares según su estado civil es: 21 (35%) familiares son casados, 15 (25%) familiares son convivientes, 2

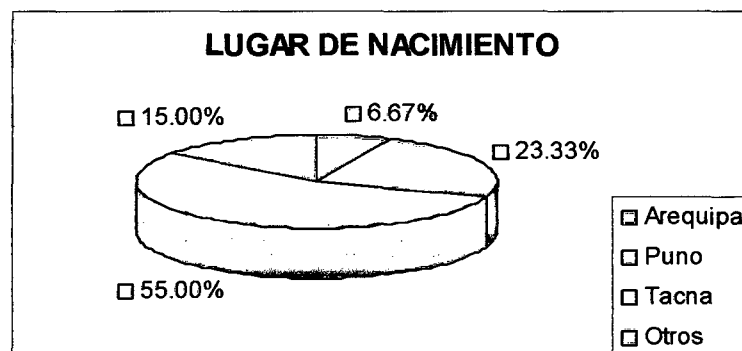
(3,33%) familiares son divorciados, 20 (33,33%) familiares son solteros, y 2 (3,33%) familiares son viudos. Ver gráfica siguiente.



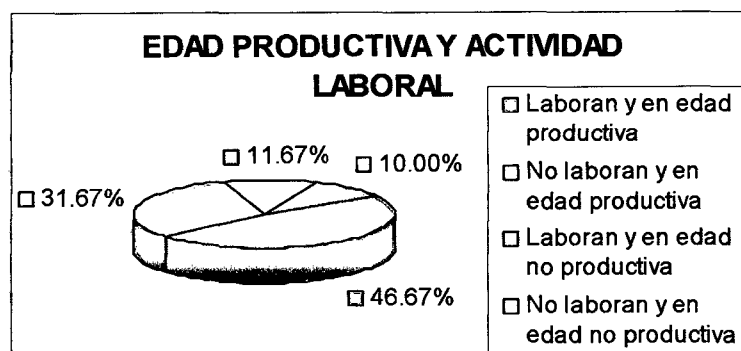
- La distribución de los familiares según su religión es: 1 (1,67%) familiares son adventistas, 40 (66,67%) familiares son católicos, 7 (11,67%) familiares son mormones, 2 (3,33%) familiares son testigos de Jehová, y 10 (16,67%) familiares pertenecen a otra religión o no son de ninguna en particular. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su lugar de nacimiento es: 4 (6,67%) familiares nacieron en Arequipa, 14 (23,33%) familiares nacieron en Puno, 33 (55%) familiares nacieron en Tacna, y 9 (15%) familiares nacieron en otros lugares. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los familiares según su actividad laboral en función de la edad productiva es: 28 (46,67%) familiares laboran y están en edad productiva, 19 (31,67%) familiares no laboran y están en edad productiva, 7 (11,67%) familiares laboran y no están en edad productiva, y 6 (10%) familiares no laboran y no están en edad productiva. Ver gráfica siguiente.



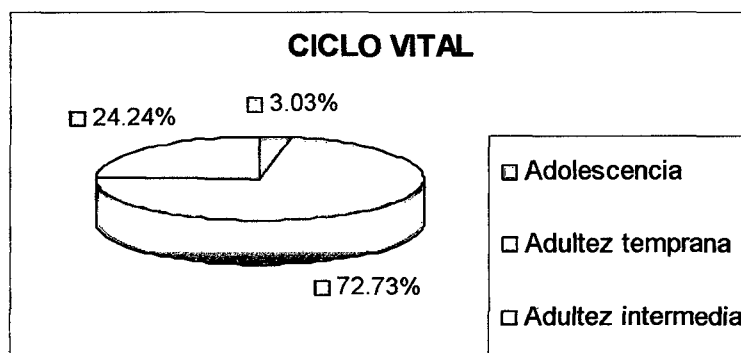
- La distribución de los familiares según su nivel de Inteligencia Emocional, así como los resultados del Inventario de Bar-On son presentados en la Tabla N° 1 y Tabla N° 2. *Ver Anexo V.*

6.3. RESULTADOS COMO GRUPO DE PACIENTES

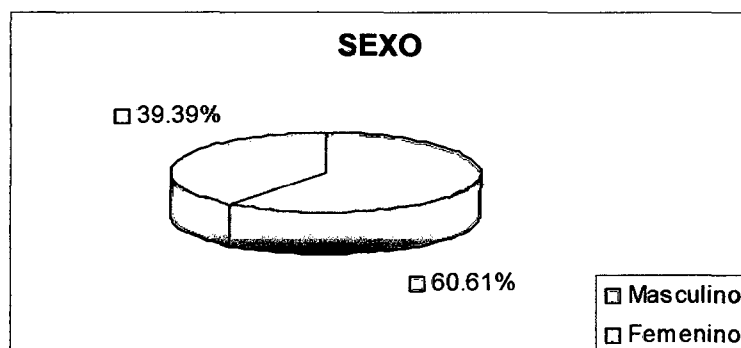
Los resultados de las características generales de los 33 pacientes que conforman el grupo de pacientes en la muestra de familias encuestadas son los siguientes:

- El promedio de edad de los pacientes es de $32,2 \pm 8,3$.
- La distribución de los pacientes según su ciclo vital es: 1 (3,03%) paciente está en la etapa de adolescencia, 24 (72,73%) pacientes

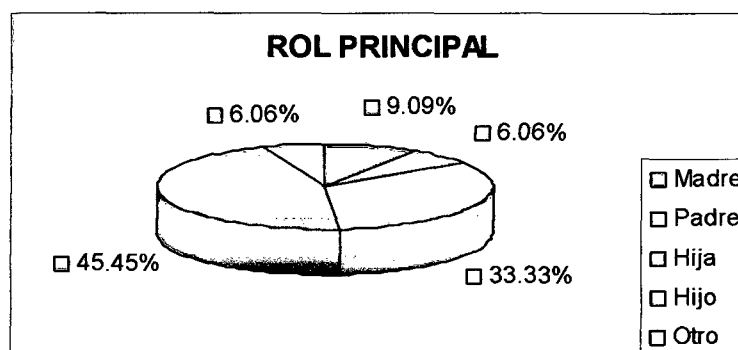
están en la etapa de adultez temprana, y 8 (24,24%) pacientes están en la etapa de adultez intermedia. Ver gráfica siguiente.



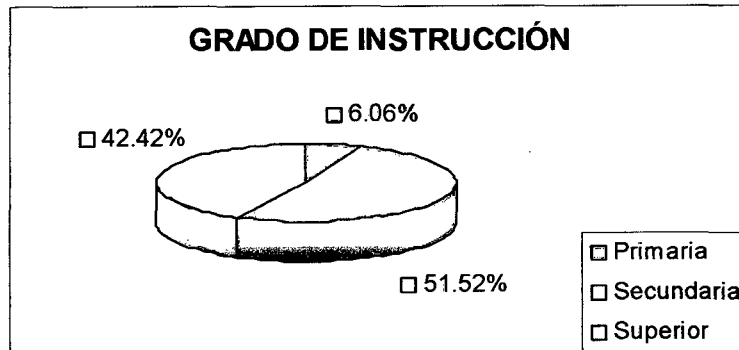
- La distribución de los paciente según su sexo es: 20 (60,61%) pacientes son de sexo masculino, y 13 (39,39%) pacientes son de sexo femenino. Ver gráfica siguiente.



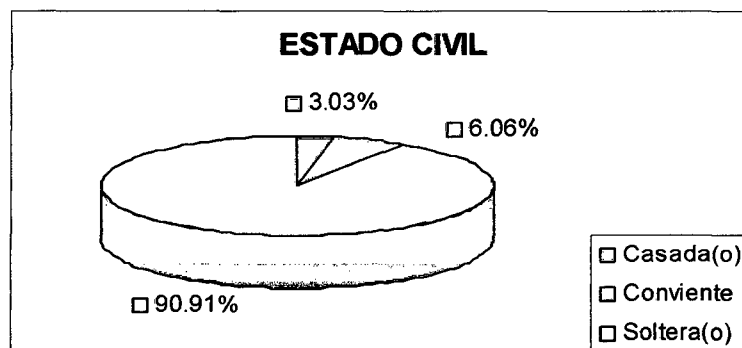
- La distribución de los pacientes según su rol principal es: 3 (9,09%) pacientes ocupan el rol principal de madres, 2 (6,06%) pacientes ocupan el rol principal de padres, 11 (33,33%) pacientes ocupan el rol principal de hijas, 15 (45,45%) pacientes ocupan el rol principal de hijos, y 2 (6,06%) pacientes ocupan otro rol principal diferente. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los pacientes según su grado de instrucción es: 2 (6,06%) pacientes cursan primaria, 17 (51,52%) pacientes cursan secundaria, y 14 (42,42%) pacientes cursan superior. Ver gráfica siguiente.

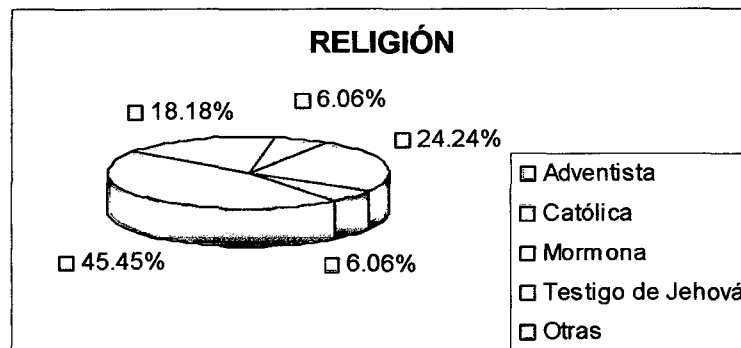


- La distribución de los pacientes según su estado civil es: 1 (3,03%) paciente es casado, 2 (6,06%) pacientes son convivientes, 30 (90,91%) pacientes son solteros. Ver gráfica siguiente.

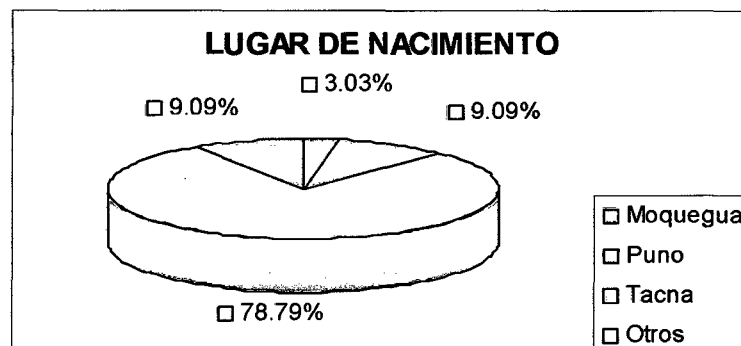


- La distribución de los pacientes según su religión es: 2 (6,06%) pacientes son adventistas, 15 (45,45%) pacientes son católicos, 6 (18,18%) pacientes son mormones, 2 (6,06%) pacientes son

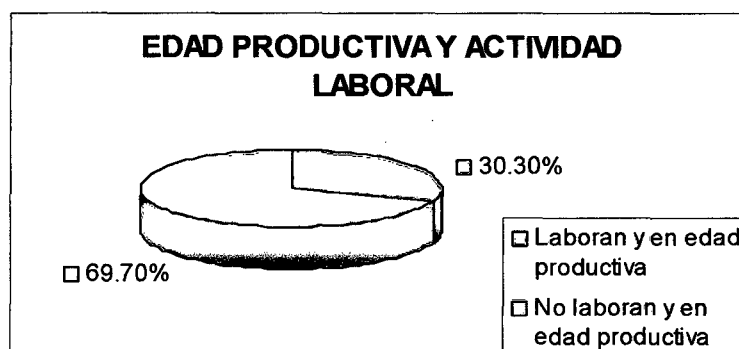
testigos de Jehová, y 8 (24,24%) pacientes son de otra religión o no son de ninguna en particular. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los pacientes según su lugar de nacimiento es: 1 (3,03%) paciente nació en Moquegua, 3 (9,09%) pacientes nacieron en Puno, 26 (78,79%) pacientes nacieron en Tacna, y 3 (9,09%) pacientes nacieron en otros lugares. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los pacientes según la actividad laboral en función de la edad productiva es: 10 (30,3%) familiares laboran y están en edad productiva, y 23 (69,7%) familiares no laboran y están en edad productiva. Ver gráfica siguiente.

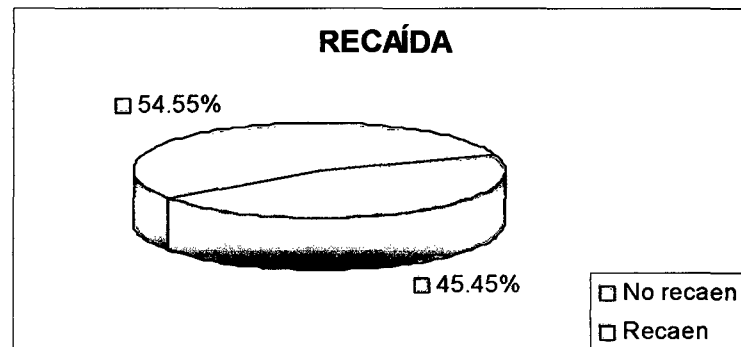


6.4. RESULTADOS DE LA ENFERMEDAD

Los resultados de las características generales de la esquizofrenia en los 33 pacientes que conforman el grupo de pacientes en la muestra de familias encuestadas son los siguientes:

- El promedio de inicio de enfermedad es de $26,1 \pm 7,4$.
- El promedio del tiempo de enfermedad es de $6,1 \pm 3,7$.
- El promedio del número de consultas es de $4 \pm 2,8$.

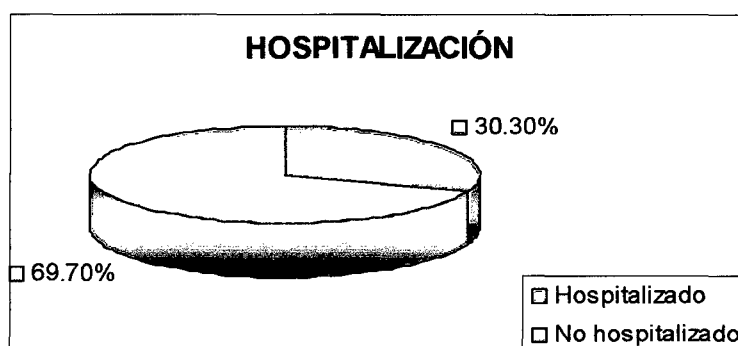
- El promedio del número de recaídas es de $0,8 \pm 0,9$.
- La distribución de los pacientes según su condición de presentar recaídas en esquizofrenia es: 15 (45,45%) pacientes no presentan recaídas de la enfermedad, y 18 (54,55%) pacientes presentan recaídas de la enfermedad. Ver gráfica siguiente.



- El promedio de recaídas de los pacientes que presentan recaídas de la enfermedad es $1,6 \pm 0,6$.
- La distribución de los pacientes que recaen según su número de recaídas de la enfermedad es: 9 (50%) pacientes recaen una vez, 8 (44,44%) pacientes recaen dos veces, 1 (5,56%) paciente recaee 3 veces. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los pacientes según su condición de presentar hospitalización es: 10 (30,3%) pacientes presentan hospitalización en el servicio de psiquiatría, y 23 (69,7%) pacientes no presentan hospitalización en el servicio de psiquiatría. Ver gráfica siguiente.



- La distribución de los pacientes según su medicación prescrita se presenta en la tabla N° 3. Ver anexo V.

6.5. RESULTADOS DEL TALLER Y DE LA ESCALA

- La elaboración del taller psicoeducativo para los familiares de pacientes con esquizofrenia y la escala de actitud de los familiares hacia la esquizofrenia se incluyen en el “Manual del Capacitador”.

Ver Anexo VI.

CAPITULO V

7. DISCUSIÓN

En la elaboración de ésta estrategia se tuvo que discutir en primer lugar sobre el procedimiento adecuado para encontrar una muestra representativa en la población de estudio; así pues, nacen los criterios de inclusión necesarios para ello.

El primer criterio hace mención a la necesidad de tener diagnóstico de esquizofrenia según la CIE 10. Sobre éste punto es imprescindible anotar que en muchos casos el diagnóstico se obtuvo en base a la DSM IV, en concordancia con la CIE 10. Asimismo, los diagnósticos según la DSM IV de 295.1 (esquizofrenia tipo desorganizada), 295.2 (esquizofrenia tipo catatónica), 295.3 (esquizofrenia tipo paranoide), 295.4 (trastorno esquizofreniforme), 295.6 (esquizofrenia tipo residual), y 295.9 (esquizofrenia tipo indiferenciada) se englobaron en F20 (esquizofrenia según la CIE 10).

De los datos recógidoss en la oficina de Estadística del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se corrobora al recopilar información en la fichas de

recolección de datos de la HCI, un 38,1% de datos falsos, es decir, tenían un diagnóstico diferente a F20. Hecho que crea inseguridad y en cierta medida descuadra los cimientos sobre los que se sustenta ésta tesis. Al respecto, cabe mencionar que en un inicio se tomó en cuenta la población de pacientes con esquizofrenia atendidos por consultorio externo de psiquiatría de los años 2002 (199 pacientes), 2003 (184 pacientes), y 2004 (203 pacientes); como marco de referencia para desarrollar el proyecto. Situación que finalmente cambió cuando se analizó la eficacia en el cumplimiento de los objetivos planteados.

El segundo criterio hace mención al tiempo de enfermedad, siendo considerado sólo aquellos pacientes con tiempo mayor a dos años de enfermedad. Para éste punto se tomaron en cuenta los diferentes trabajos de investigación sobre el tema, en donde se hace hincapié la falta de asimilación por parte de los familiares de la enfermedad que sufre el paciente, es decir, los familiares rechazan la idea de que su paciente tenga esquizofrenia; hecho que influye negativamente en su tratamiento.

Así mismo, es necesario un periodo de adaptación por parte de la familia hacia la enfermedad, y por parte del médico hacia el enfermo que solicita le brinden un tratamiento personalizado. Situación que se considera cubierta sólo a partir del tercer año de enfermedad, es decir, dos años posteriores al diagnóstico de esquizofrenia.

El tercer criterio hace referencia a la ubicación de la vivienda en zona urbana, sobre éste punto es relevante mencionar la mayor concentración de la población tacneña en zonas urbanas, actualmente supera el 90%. Por otro lado, se tomó en cuenta la mayor incidencia de la enfermedad en dicha zona, así como, la fácil accesibilidad de los encuestadores, permitiendo mejorar la eficacia de los objetivos planteados.

El cuarto criterio hace mención a las características del(os) entrevistado(s) (edad, tiempo de residencia con el paciente y deseo de colaboración). Al respecto, cabe resaltar los sesgos por influjo de la entrevista en el familiar. Este es un factor que puede presentarse en todas las situaciones de entrevistas. El familiar puede desconfiar acerca de las intenciones de la entrevista y esquivar algunas preguntas o dar respuestas que conduzcan a error. Por otro parte,

para disminuir tales fuentes de sesgo, se presentó adecuadamente los objetivos del estudio a los familiares, tomando tiempo suficiente para la entrevista y dándole la seguridad al familiar que los datos recopilados son confidenciales.

El quinto criterio hace referencia a las características de los familiares que deben llenar el inventario de Bar-On adaptado al Perú (edad, grado de instrucción, tiempo de residencia con el paciente, y deseo de colaborar). Como tal, los sesgos en el llenado del inventario se reducen gracias a la forma como está estructurado esta herramienta, evitando hasta cierto punto, se den resultados falsos.

Además, es importante mencionar las modificaciones desarrolladas deliberadamente en el inventario. Situación que influye en su fiabilidad y su validez, y al mismo tiempo produce un poco de incertidumbre de los resultados alcanzados.

La discusión de los resultados presentes en la tesis, ocupa el segundo lugar en mérito a la relevancia en la elaboración de ésta estrategia. Así pues, primero se empieza por mencionar la validez de la representación muestral de los familiares que participaron en el

llenado del inventario, es decir, el determinar si el tamaño de la muestra de familiares participantes es el adecuado. Al respecto, se consigna que el margen de error muestral es equivalente al 8,7%, el mismo que se obtiene en función de la probabilidad de presentar un cociente emocional total promedio o mayor. Por otro lado, es indispensable anotar lo implícito de la acción de no participar en el llenado del inventario. Una de las posibilidades sería, sin lugar a dudas, un menor interés por la enfermedad de su familiar, y como tal; una menor inteligencia emocional. Motivo fundamental para tomar con pinzas el hecho de conseguir una verdadera representatividad con la muestra.

Como segundo tema, y no menos relevante, se menciona al 54,55% de los pacientes que recayeron durante el periodo de estudio. Su concordancia con las tasas de recaída en esquizofrenia en los diferentes trabajos de investigación presentados a nivel mundial es sustancial (45-65% de recaídas por año). Asimismo, se hace incapié en uno de los principales factores involucrados; el bajo índice de control ambulatorio (cuatro consultas por año). Lo que trae como consecuencia un inadecuado seguimiento del paciente, y a su vez un tratamiento poco efectivo.

Para finalizar, se considera brevemente aspectos como la implementación del taller y la construcción de la escala. Resta decir sobre el primero de ellos, que en todo momento se tomó en consideración los avances obtenidos en las estrategias de intervención familiar impartidas a nivel mundial. Asimismo, recalco la imperiosa necesidad de la primera fase del taller para mejorar la efectividad de la estrategia. Por lo tanto, es ésta fase la que hace la diferencia con los demás talleres psicoeducativos presentes a nivel mundial. En aquella se busca darle una guía al familiar para mejorar su bienestar psicológico, es decir, fortalecerlo, e implícitamente conseguir en él una mayor interdependencia con los demás miembros de su familia.

En cambio, la escala de actitud es una herramienta imprescindible para cuantificar los avances en ésta estrategia. Y finalmente, se menciona que éstos avances son la meta por conseguir en una tercera etapa del proyecto.

8. CONCLUSIÓN

La Estrategia de Intervención Familiar basada en la reducción de la actitud negativa hacia la Esquizofrenia mediante la elevación del nivel

de Inteligencia Emocional y el Entrenamiento en el Manejo de la Enfermedad por parte de los familiares, es ahora; una realidad concreta. Siendo, el “Manual del Capacitador” del Taller Psicoeducativo para Familiares de Pacientes con Esquizofrenia: “De la Incertidumbre al Optimismo”; fruto del titánico esfuerzo en el desarrollo de éste proyecto de tesis.

9. RECOMENDACIÓN

Es sustancial el tomar en consideración las deficiencias en la información suministrada por parte de la “Oficina de Estadística del Hospital Hipólito Unanue de Tacna”; pilar fundamental para cuantificar los avances alcanzados en la salud de nuestra población. Así pues, se invoca a las autoridades pertinentes de éste prestigioso nosocomio a investigar las causas de ésta problemática.

Por otro lado, se recomienda mejorar los formatos de registro de la información de los pacientes que son atendidos por consultorio externo de Psiquiatría. En este sentido, se propone la aplicación de la Escala PANSS como Instrumento ideal para la Evaluación de la Esquizofrenia en nuestra región. *Ver Anexo VII.*

Asimismo, se considera indispensable brindar a cada paciente una ficha de control, con el objetivo principal de involucrar a la familia en la responsabilidad de mantener controlado a su familiar enfermo.

Finalmente, se invita a la comunidad científica a validar los resultados obtenidos en ésta tesis; desarrollando la Estrategia de Intervención Familiar en la población tacneña.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan I., Harold. (2003). "Sinopsis de Psiquiatría". Octava Edición.
2. Herrera, P (2003). "Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental". Primera Edición.
3. Maurice J, E; Steven E, T; y Brian S, F. (2003). "Educar adolescentes con inteligencia emocional". Primera Edición.
4. Goldman, H. (2001). "Psiquiatria General". Quinta Edición.
5. Coon, D. (1999). "Psicología: Exploración y Aplicaciones". Octava Edición.
6. Bar-On, R (1996) "The Era of the "EQ": Defining and Assessing Emotional Intelligence". Primera Edición.

7. Gardner, H. (1993). "Multiple Intelligences: The theory in practice. New York: Avon Books". Primera Edición.
8. Aquino, A. E. (2003). "Diferencias de Género y Edad en la Inteligencia Emocional de un grupo de Internautas". Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Lima-Perú.
9. Salgado P., Pilar. (2002). "Bases Neuroanatómicas y Neurofuncionales del Trastorno de atención en la Esquizofrenia". Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, España.
10. Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario de Bar On (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. Lima-Perú.
11. Sánchez O, Sylvia (2001). "La Emoción Expresada en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos". Tesis Doctoral. Universidad autónoma de Barcelona, España.
12. Ibacache, Luis y col. (2005). "Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia". Ministerio de Salud de Chile, Primera Edición.
13. Sotillo Z, C; Echevarría Q, C; y Caycho B, L. (2004). "Guía de Habilidades Sociales para familiares de discapacitados mentales crónicos". Primera Edición.

14. Alberdi S. Jesús y col. (2003). "Guía Clínica de Esquizofrenia", Coruña-España.
15. San E. Mayte y col. (2003). "Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia". Barcelona.
16. Goleman, D. (1995). "Children, Parental Guidance, and Emotional Intelligence. The responsive community rights and responsibility". Primera Edición.
17. Albata, Cecilia y col. "Taller de Autocuidado, Relajación y Vida Sana: Manual del Facilitador". Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de Chile, Primera Edición.
18. Alianza internacional contra el VIH/SIDA. (2002). "100 formas de animar grupos: Juegos para Usar en Talleres, Reuniones y la Comunidad". Primera Edición.
19. Falloon, I. (2003). "Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad". Rev. Oficial de la World Psychiatric Association. Vol. 01, nº 01, pp. 20-28
20. Vallina F, O y Lemos G, S. (2000). "Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia". Rev. Psicotema. Vol. 12, nº 4, pp. 671-681.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS FAMILIARES

Código del paciente: _____

Fecha de entrevista: _____

Nombre del paciente: _____

Hora de entrevista: _____

A. Datos de los familiares.

Código del Familiar	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Grado de Instrucción	Religión	Estado Civil	Act. Laboral		Tiempo de Residencia	Rol del familiar
									si	No		

B. Datos adicionales.

Fecha de próxima entrevista: _____

Hora de próxima entrevista: _____

ANEXO II

ANTIPSICÓTICOS (NOMBRE COMERCIAL)

<p>ANATENSOL DECANOATO. (flufenazina) amp. 25mg/ml. CISORDINAL. (zuclopentixol) tab. 10 y 20mg, sol. 20mg/ml. CISORDINAL ACUTARD. (zuclopentixol) amp. 50mg/ml. CISORDINAL DEPOT. (zuclopentixol) amp. 200mg/ml. CLONACTIL. (clorpromazina) tab. 100mg. DENIBAN. (amisulprida) tab. 200mg. DENORAL. (risperidona) tab. 1, 2 y 3mg. DOGMATIL. (sulpirido) tab. 50 y 200mg, sol. 5mg/ml. FINUL. (sulpirido) tab. 50 y 200mg. FLUANXOL. (flupentixol) tab. 1 y 5mg. FLUANXOL DEPOT. (flupentixol) amp. 20 y 100mg/ml. HALDOL. (haloperidol) tab. 5 y 10mg, sol. 2mg/ml, amp. 5mg/ml. HALDOL DE CANOAS. (haloperidol) amp. 50 y 100mg/ml. HALOPERIDOL. (haloperidol) tab. 5 y 10mg, sol. 2mg/ml.</p>	<p>LARGACTIL. (clorpromazina) tab. 25 y 100mg, amp. 25mg. LEPONEX. (clozapina) tab. 25 y 100mg. NEULEPTIL. (propericiazina) tab. 10 y 50mg. NIVELAN. (risperidona) tab. 1, 2, y 3mg. ORAP FORTE. (pimozida) tab. 4mg. REFRAXOL. (clozapina) tab. 100mg. RISPERDAL. (risperidona) tab. 1, 2, 3 y 4mg, sol. 1mg/ml, RISPERIDONA. (risperidona) tab. 1, 2 y 3mg. SEROQUEL. (quetiapina) tab. 25, 100 y 200mg. SINOGAN. (levomepromazina) tab. 25 y 100mg, amp. 25mg. TRIFLUOPERAZINA. (trifluoperazina) tab. 5mg. ZELDOX. (ziprasidona) tab. 20, 40, 60 y 80mg. ZYPREXA. (olanzapina) tab. 5 y 10mg.</p>
---	--

CLASIFICACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS (NOMBRE GENÉRICO)

Nº	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN
01	Amisulprida	T=200mg.
02	Clorpromazina	T1=25mg, T2=100mg, A=25mg.
03	Clozapina	T1=25mg, T2=100mg.
04	Flufenazina	A=25mg/ml.
05	Flupentixol	T1=1mg, T2=5mg, A1=20mg/ml, A2=100mg/ml.
06	Haloperidol	T1=5mg, T2=10mg, S=2mg/ml, A1=5mg/ml, A2=50mg/ml, A3=100mg/ml.
07	Levomepromazina	T1=25mg, T2=100mg, A=25mg.
08	Olanzapina	T1=5mg, T2=10mg.
09	Pimozida	T=4mg.
10	Propericiazina	T1=10mg, T2=50mg.
11	Quetiapina	T1=25mg, T2=100mg, T3=200mg.
12	Risperidona	T1=1mg, T2=2mg, T3=3mg, T4=4mg, S=1mg/ml.
13	Sulpirido	T1=50mg, T2=200mg, S=5mg/ml.
14	Trifluoperazina	T=5mg.
15	Ziprasidona	T1=20mg, T2=40mg, T3=60mg, T4=80mg.
16	Zuclopentixol	T1=10mg, T2=20mg, S=20mg/ml, A1=50mg/ml, A2=200mg/ml.

LEYENDA:

- **Presentación:** T=tab., S=sol., A=amp.
- **Codificación:** Nº de la lista + Presentación.
- **Por ejemplo:** Haldol de Canoas amp. 50 mg/ml equivale a 06A2.

ANEXO III

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INVENTARIO DE BAR-ON

1. FICHA TÉCNICA

- Nombre original: EQ-I BarOn Emocional Quotient Inventory
- Autor: Reuven Bar-On
- Procedencia: Toronto-Canadá
- Adaptación Peruana: Nelly Ugarriza Chávez
- Administración: Individual o Colectiva. Tipo Cuadernillo.
- Duración: Sin límite de tiempo. Aproximadamente de 30 a 40 minutos.
- Aplicación: Sujetos de 16 años y más. Nivel lector de 6º grado de primaria.

2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO

2.1. CONFIABILIDAD

Oscila entre 0.77 a 0.91

2.2. VALIDEZ

Oscila entre 0.30 a 0.70

ANEXO IV

INVENTARIO EMOCIONAL DE BAR-ON

1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Es duro para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé como enfrentar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mi mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender como me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.

39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno(a) para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema, analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.

61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy conciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.

81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy.
86. Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy conciente de lo que me está pasando, aún cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo.
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aún cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de los demás.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.

- 118. Por lo general, me trabo cuando pienso en las diferentes maneras de resolver un problema.
- 119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
- 120. Me gusta divertirme.
- 121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
- 122. Me pongo ansioso(a).
- 123. No tengo días malos.
- 124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
- 125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
- 126. Me es difícil hacer valer mis derechos.

- 127. Me es difícil ser realista.
- 128. No mantengo relación con mis amistades.
- 129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
- 130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
- 131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
- 132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
- 133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

INVENTARIO EMOCIONAL DE BAR-ON MODIFICADO

1. En los problemas que se me presentan, para tratar de superarlos, actúo paso a paso.
2. Me es difícil disfrutar de la vida.
3. Me gusta un trabajo en el que me digan casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé como luchar contra los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Valoro mi vida y trato de darle el mejor sentido.
7. Me es fácil mostrar mis sentimientos.
8. Trato de vivir con los pies en la tierra, no me gusta soñar despierto(a).
9. Mis emociones las reconozco con facilidad.
10. Me cuesta dar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mi mismo(a).
12. Siento que algo en mi cabeza no está bien.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me es difícil comenzar cosas nuevas.
15. Al verme en un problema me gusta reunir toda la información que pueda sobre el.
16. Me gusta ayudar a los demás.
17. Me es difícil sonreír.
18. Me es difícil comprender como se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros confío más en sus ideas que en las mías.
20. Creo poder controlarme cuando estoy pasando un momento difícil.
21. Me es difícil decir para que soy bueno(a).
22. Me cuesta decir lo que pienso.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más profundos con los demás.
24. Me falta confianza en mi mismo(a).
25. Siento que he perdido la cabeza.
26. Siento que me va a ir bien en la mayoría de las cosas que hago.
27. Me es difícil detenerme cuando comienzo a hablar.
28. Me es difícil acomodarme a los cambios.
29. Me gusta mirar de diferentes formas a un problema antes de intentar resolverlo.
30. Siento que el aprovecharme de los demás no me molesta, y menos aun si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y que siente que todo le va a salir bien.
32. Me gusta que otros resuelvan mis problemas por mí.
33. Puedo manejar los problemas que me ocasionan que este tenso(a), sin ponerme muy nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil comprender cómo me siento.
36. Siento que he hecho muy poco en los últimos años.
37. Puedo decirle a la persona que me hizo enojar lo que siento.

38. Me han pasado cosas extrañas que no puedo comprender.
39. Me es fácil hacer amigos(as).
40. En mi forma de comportarme tomo en cuenta lo que creo es bueno para mí.
41. Hago cosas muy raras.
42. Me dejo llevar por mis arranques, y eso me trae problemas.
43. Me es difícil cambiar de forma de pensar.
44. Soy bueno(a) para comprender como se sienten las personas.
45. En un problema lo primero que hago es detenerme a pensar.
46. Les resulta difícil a los demás confiar en mí.
47. Estoy feliz con mi vida.
48. Me es difícil resolver mis problemas por mi mismo(a).
49. Me es difícil soportar los problemas que me ocasionan que este tensa.
50. En mi vida no hago nada que considere malo.
51. Me cuesta gozar lo que hago.
52. Me resulta difícil mostrar mis sentimientos más profundos.
53. Siento que los demás no comprenden mi forma de pensar.
54. Espero lo mejor.
55. Mis amigos(as) me confían sus cosas que son sólo de ellos.
56. Siento que no estoy bien conmigo mismo(a).

57. Siento cosas extrañas que los demás no sienten.
58. Los demás me dicen que baje el sonido de mi voz cuando hablo con una persona sobre algo que defiendo.
59. Me es fácil acomodarme a los cambios.
60. Me gusta mirar de diferentes formas los problemas, y escoger la mejor solución.
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy divertido(a).
63. Sé cómo me siento.
64. Me es difícil controlar mis nervios.
65. Siento que nada me molesta.
66. Siento que las cosas que me llaman mucho la atención ya no me llenan.
67. Puedo decirle a los demás que no pienso igual que ellos.
68. Soy un(a) soñador(a) y a veces pierdo el contacto con lo que pasa a mí alrededor.
69. Me es difícil estar bien con los demás.
70. Me es difícil darle "un bueno" a la forma como soy.
71. Siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede pasarle a los demás.
73. Me es difícil ponerme en plan de espera.
74. Puedo cambiar mis viejas formas de hacer las cosas.
75. Me es difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Rompería una regla en algunos casos, si sé que no voy a ser castigado.

77. Me siento triste.
78. Sé como tranquilizarme cuando tengo problemas.
79. En mi vida no digo mentiras.
80. Me siento con ganas de seguir hacia adelante, hasta en los momentos difíciles.
81. Trato de seguir y hacer que crezcan aquellas cosas que me divierten.
82. Me es difícil decir "no" aunque tenga las ganas de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mis sueños.
84. Mis relaciones con las personas más cercanas son de gran significado tanto para mí como para ellos(as).
85. Me siento feliz con la clase de persona que soy.
86. Mi forma de actuar hacia el comportamiento de los demás es muy fuerte y es muy difícil de controlar.
87. Me es difícil hacer cambios en mi vida diaria.
88. Sé lo que me está pasando, aun cuando estoy nervioso(a).
89. Busco todos los caminos para poder resolver un problema que se me presenta.
90. En mi forma de comportarme tomo en cuenta lo que los demás creen es bueno para ellos.
91. Siento que no estoy muy feliz con mi vida.
92. Me gusta más seguir a otros a que me sigan.
93. Me es difícil chocar con las cosas desagradables de la vida.
94. En mi vida no he roto las reglas.
95. Disfruto de las cosas que me llaman la atención.

96. Me es fácil decirle a lo demás lo que pienso.
97. Digo mas cosas de las que realmente pasaron.
98. Siento lo que los demás sienten.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy feliz con mi cuerpo.
101. Soy muy extraño(a).
102. Me dejo llevar por lo que pasa en el momento.
103. Me es difícil cambiar mis formas de hacer las cosas.
104. Cumplo las reglas que ponen la mayoría.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. Siento que me va ha ir bien en todo, a pesar de los problemas que vengan.
107. Me es difícil hacer algo sin la ayuda de los demás.
108. Puedo manejar los problemas más difíciles.
109. Siento que no estoy avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Les saco el jugo a las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me dejo dominar.
112. Puedo dejar de soñar para volver a poner los pies sobre la tierra.
113. Dicen que soy una persona que le gusta relacionarse con los demás.
114. Estoy feliz con lo forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no pueden comprender.
116. Me es difícil mostrar lo que siento.

- 117. Tengo mal carácter.
- 118. Me bloqueo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
- 119. Me es difícil ver sufrir a los demás.
- 120. Me gusta divertirme.
- 121. Necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
- 122. Me siento nervioso.
- 123. En mi vida no tengo días malos.
- 124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
- 125. Me falta una idea clara de lo que quiero en la vida.

- 126. Me es difícil hacer valer lo que me corresponde.
- 127. Me es difícil pisar tierra.
- 128. Me falta mantener relación con mis amistades.
- 129. Siento que haciendo un balance de mis puntos buenos y malos estoy bien conmigo mismo(a).
- 130. Exploto de cólera fácilmente.
- 131. Siento que si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil acomodarme al cambio.
- 132. Siento que no voy a terminar las cosas que comienzo.
- 133. Respondí sincera y correctamente a las frases anteriores.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre del familiar: _____ Código: _____

Edad: _____ Sexo: M () F () Fecha de encuesta: _____

INVENTARIO EMOCIONAL DE BAR-ON

1. Rara vez o nunca es mi caso.
2. Pocas veces es mi caso.
3. A veces es mi caso.
4. Muchas veces es mi caso.
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

Marque su respuesta correcta de esta manera: ●

1	①②③④⑤	28	①②③④⑤	55	①②③④⑤	82	①②③④⑤	109	①②③④⑤
2	①②③④⑤	29	①②③④⑤	56	①②③④⑤	83	①②③④⑤	110	①②③④⑤
3	①②③④⑤	30	①②③④⑤	57	①②③④⑤	84	①②③④⑤	111	①②③④⑤
4	①②③④⑤	31	①②③④⑤	58	①②③④⑤	85	①②③④⑤	112	①②③④⑤
5	①②③④⑤	32	①②③④⑤	59	①②③④⑤	86	①②③④⑤	113	①②③④⑤
6	①②③④⑤	33	①②③④⑤	60	①②③④⑤	87	①②③④⑤	114	①②③④⑤
7	①②③④⑤	34	①②③④⑤	61	①②③④⑤	88	①②③④⑤	115	①②③④⑤
8	①②③④⑤	35	①②③④⑤	62	①②③④⑤	89	①②③④⑤	116	①②③④⑤
9	①②③④⑤	36	①②③④⑤	63	①②③④⑤	90	①②③④⑤	117	①②③④⑤
10	①②③④⑤	37	①②③④⑤	64	①②③④⑤	91	①②③④⑤	118	①②③④⑤
11	①②③④⑤	38	①②③④⑤	65	①②③④⑤	92	①②③④⑤	119	①②③④⑤
12	①②③④⑤	39	①②③④⑤	66	①②③④⑤	93	①②③④⑤	120	①②③④⑤
13	①②③④⑤	40	①②③④⑤	67	①②③④⑤	94	①②③④⑤	121	①②③④⑤
14	①②③④⑤	41	①②③④⑤	68	①②③④⑤	95	①②③④⑤	122	①②③④⑤
15	①②③④⑤	42	①②③④⑤	69	①②③④⑤	96	①②③④⑤	123	①②③④⑤
16	①②③④⑤	43	①②③④⑤	70	①②③④⑤	97	①②③④⑤	124	①②③④⑤
17	①②③④⑤	44	①②③④⑤	71	①②③④⑤	98	①②③④⑤	125	①②③④⑤
18	①②③④⑤	45	①②③④⑤	72	①②③④⑤	99	①②③④⑤	126	①②③④⑤
19	①②③④⑤	46	①②③④⑤	73	①②③④⑤	100	①②③④⑤	127	①②③④⑤
20	①②③④⑤	47	①②③④⑤	74	①②③④⑤	101	①②③④⑤	128	①②③④⑤
21	①②③④⑤	48	①②③④⑤	75	①②③④⑤	102	①②③④⑤	129	①②③④⑤
22	①②③④⑤	49	①②③④⑤	76	①②③④⑤	103	①②③④⑤	130	①②③④⑤
23	①②③④⑤	50	①②③④⑤	77	①②③④⑤	104	①②③④⑤	131	①②③④⑤
24	①②③④⑤	51	①②③④⑤	78	①②③④⑤	105	①②③④⑤	132	①②③④⑤
25	①②③④⑤	52	①②③④⑤	79	①②③④⑤	106	①②③④⑤	133	①②③④⑤
26	①②③④⑤	53	①②③④⑤	80	①②③④⑤	107	①②③④⑤		
27	①②③④⑤	54	①②③④⑤	81	①②③④⑤	108	①②③④⑤		

ANEXO V

Tabla N° 01	INTELIGENCIA EMOCIONAL											
	CE TOTAL		CE INTRAPERSONAL		CE INTERPERSONAL		CE ADAPTABILIDAD		CE MANEJO DE ESTRÉS		CE ESTADO DE ANIMO GENERAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy alta	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Alta	4	6.67%	3	5.00%	4	6.67%	10	16.67%	5	8.33%	1	1.67%
Promedio	40	66.67%	42	70.00%	35	58.33%	38	63.33%	45	75.00%	36	60.00%
Baja	10	16.67%	9	15.00%	15	25.00%	8	13.33%	6	10.00%	16	26.67%
Muy baja	6	10.00%	6	10.00%	6	10.00%	4	6.67%	4	6.67%	7	11.67%

Tabla N° 02	COCIENTE EMOCIONAL DE BAR-ON	
	Promedio	DE
CE TOTAL	94.2	16.1
CE INTRAPERSONAL	93.3	16.3
CE INTERPERSONAL	91.6	16.0
CE ADAPTABILIDAD	97.9	16.4
CE MANEJO DE ESTRÉS	96.2	13.8
CE ESTADO DE ÁNIMO GENERAL	90.1	16.2
Solución de problemas	102.4	19.9
Independencia	100.1	21.3
Responsabilidad social	98.9	17.4
Control de los impulsos	98.2	13.7
Prueba de la realidad	97.8	13.9
Autoconcepto	96.6	17.4
Flexibilidad	95.7	18.3
Comprensión emocional de sí mismo	95.6	13.6
Tolerancia al estrés	95.0	16.1
Optimismo	94.6	17.3
Empatía	94.4	16.3
Asertividad	92.2	15.4
Relaciones interpersonales	91.0	17.6
Autorrealización	89.9	15.0
Felicidad	88.2	17.4

Tabla N° 03		MEDICACION		
		Frecuencia	Porcentaje	Global
Un medicamento	Amisulprida	2	6.06%	84.85%
	Clozapina	2	6.06%	
	Flufenazina	12	36.36%	
	Haloperidol	6	18.18%	
	Levomepromazina	1	3.03%	
	Quetiapina	1	3.03%	
	Risperidona	2	6.06%	
	Sulpirido	1	3.03%	
	Trifluoperazina	1	3.03%	
Dos medicamentos	Flufenazina + Levomepromazina	1	3.03%	15.15%
	Flufenazina + Risperidona	1	3.03%	
	Haloperidol + Levomepromazina	1	3.03%	
	Haloperidol + Quetiapina	1	3.03%	
	Levomepromazina + Olanzapina	1	3.03%	

ANEXO VI

ÍNDICE DEL MANUAL DEL CAPACITADOR

INTRODUCCIÓN	pag. 167
1. Propósito del Manual	pag. 168
2. Grupo Objetivo.....	pag. 168
3. Meta del Taller	pag. 169
4. Objetivos del Taller	pag. 169
5. Objetivos de las Fases Educativas	pag. 170
5.1. Primera Fase: "Inteligencia Emocional"	pag. 170
5.2 Segunda Fase: "Entrenamiento en el Manejo de la Enfermedad".....	pag. 170
5.3 Tercera Fase: "Apoyo Terapéutico a la Familia"	pag. 170
6. Implementación del Taller.....	pag. 170
7. Características de los Capacitadores	pag. 171
7.1. El Respeto	pag. 172
7.2. La Comprensión.....	pag. 173
7.3. La Cooperación.....	pag. 173
7.4. La Comunicación	pag. 173
7.5. La Cortesía	pag. 173
7.6. La Música.....	pag. 173
8. Sugerencias para el Facilitador.....	pag. 174
1era Fase: "Inteligencia Emocional".....	pag. 175
I Sesión: "Solución de Problemas".....	pag. 176
Actividad 1: "El nudo humano"	pag. 177
Actividad 2: "La catapulta".....	pag. 177
Actividad 3: "El rompecabezas"	pag. 178
II Sesión: "Independencia".....	pag. 179
Actividad 4: "El árbol de las manzanas podridas"	pag. 180
Actividad 5: "El arca de Noé"	pag. 181
Actividad 6: "El consejero"	pag. 182
III Sesión: "Responsabilidad Social"	pag. 183
Actividad 7: "La red de globos"	pag. 184
Actividad 8: "La torre de ladrillos".....	pag. 185
Actividad 9: "El concierto de ideas".....	pag. 185
IV Sesión: "Control de los Impulsos".....	pag. 187

Actividad 10: "El nervioso"	pag. 188
Actividad 11: "La bandeja voladora"	pag. 189
Actividad 12: "La jenga"	pag. 189
V Sesión: "Prueba de la Realidad"	pag. 191
Actividad 13: "La prueba proyectiva"	pag. 192
Actividad 14: "El regalo sorpresa"	pag. 193
Actividad 15: "La verdadera amistad"	pag. 194
VI Sesión: "Autoconcepto"	pag. 195
Actividad 16: "El concurso de belleza"	pag. 196
Actividad 17: "El baile con mi espejo"	pag. 196
Actividad 18: "El naufrago"	pag. 197
VII Sesión: "Flexibilidad"	pag. 198
Actividad 19: "El inválido"	pag. 199
Actividad 20: "El paso variable"	pag. 200
Actividad 21: "El multiusos"	pag. 201
VIII Sesión: "Comprensión Emocional de sí mismo"	pag. 202
Actividad 22: "El secreto del bolsillo"	pag. 203
Actividad 23: "El cuerpo expresivo"	pag. 203
Actividad 24: "La historia emotiva"	pag. 204
IX Sesión: "Tolerancia al Estrés"	pag. 205
Actividad 25: "El difunto"	pag. 206
Actividad 26: "El estresado"	pag. 207
Actividad 27: "El apoyo familiar"	pag. 207
X Sesión: "Optimismo"	pag. 209
Actividad 28: "La barra motivadora"	pag. 210
Actividad 29: "Las respuestas voladoras"	pag. 211
Actividad 30: "El concurso de porristas"	pag. 211
XI Sesión: "Empatía"	pag. 213
Actividad 31: "El zoológico"	pag. 214
Actividad 32: "El paisaje expresivo"	pag. 215
Actividad 33: "El extraño"	pag. 215
XII Sesión: "Asertividad"	pag. 217
Actividad 34: "El parchado ciego"	pag. 218
Actividad 35: "El tiro derecho"	pag. 219
Actividad 36: "La asertividad"	pag. 220
XIII Sesión: "Relaciones Interpersonales"	pag. 222
Actividad 37: "La carta al alcalde"	pag. 223
Actividad 38: "El día del abrazo"	pag. 224
Actividad 39: "El concurso de muecas"	pag. 224
XIV Sesión: "Autorrealización"	pag. 226
Actividad 40: "El velorio"	pag. 227
Actividad 41: "El código secreto"	pag. 228

Actividad 42: “El mensajero cantor”	pag. 229
XV Sesión: “Felicidad”	pag. 230
Actividad 43: “La sorpresa”	pag. 231
Actividad 44: “El bebé de mamá”	pag. 232
Actividad 45: “El blanco de la felicidad”	pag. 233
2da Fase: “Entrenamiento en el Manejo de la Enfermedad”	pag. 234
XVI Sesión: “Salud y Enfermedad”	pag. 235
Actividad 46: “La semilla de vida”	pag. 236
Actividad 47: “La necesidad de salud”	pag. 236
Actividad 48: “La prevención de enfermedad”	pag. 237
XVII Sesión: “Esquizofrenia”	pag. 238
Actividad 49: “Los síntomas positivos”	pag. 239
Actividad 50: “Los síntomas negativos”	pag. 239
Actividad 51: “Los síntomas de la psicopatología general” ..	pag. 240
XVIII Sesión: “Causa y Efecto”	pag. 241
Actividad 52: “La predisposición”	pag. 242
Actividad 53: “La vulnerabilidad”	pag. 243
Actividad 54: “Los efectos”	pag. 243
XIX Sesión: “Tratamiento”	pag. 245
Actividad 55: “Los tipos de abordaje”	pag. 246
Actividad 56: “El tratamiento eficaz”	pag. 247
Actividad 57: “El análisis del problema”	pag. 248
XX Sesión: “Recaída, Protección y Riesgo”	pag. 249
Actividad 58: “La protección y el riesgo”	pag. 250
Actividad 59: “La recaída en esquizofrenia”	pag. 250
Actividad 60: “La protección y riesgo en esquizofrenia”	pag. 251
XXI Sesión: “Recaída, Estrés”	pag. 252
Actividad 61: “La hostilidad”	pag. 253
Actividad 62: “La sobreprotección”	pag. 253
Actividad 63: “La censura”	pag. 254
XXII Sesión: “Recaída, Comunicación Verbal”	pag. 255
Actividad 64: “El número parlanchín”	pag. 256
Actividad 65: “Las cotorras”	pag. 257
Actividad 66: “El teléfono malogrado”	pag. 258
XXIII Sesión: “Recaída, Comunicación no Verbal”	pag. 259
Actividad 67: “El interrogado”	pag. 260
Actividad 68: “El concurso de mimos”	pag. 261
Actividad 69: “La huelga de mudos”	pag. 262
XXIV Sesión: “Recaída, Medicación”	pag. 263
Actividad 70: “El comercial de televisión”	pag. 264
Actividad 71: “La medicación adecuada”	pag. 265
Actividad 72: “El afrontamiento”	pag. 265

XXV Sesión: "Recaída, Actuación"	pag. 267
Actividad 73: "Los principios básicos"	pag. 268
Actividad 74: "La actuación eficaz"	pag. 269
Actividad 75: "Los obstáculos"	pag. 269
3era Fase: "Apoyo Terapéutico a la Familia"	pag. 271
XXVI-XXX Sesión: "Solución de Problemas I-V"	pag. 272
Actividad 76, 79, 82, 85, 88: "La ubicación del problema"	pag. 273
Actividad 77, 80, 83, 86, 89: "Los requerimientos"	pag. 273
Actividad 78, 81, 84, 87, 90: "Los inconvenientes"	pag. 274
Escala de Actitud de Jazbel	pag. 275
Hoja de Respuestas.....	pag. 277

INTRODUCCIÓN

Actualmente se realizan numerosos esfuerzos a nivel mundial para actuar y modificar los factores que repercuten en los trastornos psicóticos crónicas. Condicionantes que dependen en gran medida del propio individuo que sufre la enfermedad y del entorno con el que mantiene interacción inmediata; su familia.

En el Perú existen pocos materiales para trabajar aspectos de la promoción de la salud mental dirigido a familiares de pacientes con esquizofrenia. El manual presenta una experiencia pionera: un taller psicoeducativo elaborado mediante dinámicas multifamiliares que nos permitirá reducir la actitud negativa hacia la esquizofrenia por parte de los familiares y así lograr disminuir el impacto del estrés generado por el ambiente en aquellos que presentan la enfermedad.

Este taller consta de tres fases y treinta sesiones dirigidas a mejorar el nivel de inteligencia emocional familiar, al entrenamiento en el manejo de la enfermedad, y a brindar apoyo terapéutico a las familias.

1. PROPÓSITO DEL MANUAL

En este manual encontrará las herramientas necesarias para fomentar y potenciar el conjunto multifactorial de habilidades emocionales, cognitivas y conativas interrelacionadas que influyen en la capacidad general para hacer frente de manera activa y efectiva a las demandas y presiones diarias que exige el presentar un paciente con esquizofrenia en el núcleo familiar.

De esta manera usted reforzará y desarrollará actitudes positivas hacia la esquizofrenia en los asistentes y su grupo familiar, a través de experiencias que entreguen herramientas prácticas para el fortalecimiento y mantenimiento de las conductas saludables.

2. GRUPO OBJETIVO

El taller está dirigido a los familiares de pacientes con esquizofrenia que presenten una edad mayor a quince años, estén alfabetizados y se encuentren motivados a participar.

3. META DEL TALLER

Lograr que al término de las actividades realizadas en el taller, se reduzca la actitud negativa de los familiares hacia la esquizofrenia.

4. OBJETIVOS DEL TALLER

Los objetivos que se quieren alcanzar en los asistentes al término del taller son los siguientes:

- Mantener un nivel de la inteligencia emocional elevado entre los usuarios del taller y de sus familias.
- Fomentar una identificación con la esquizofrenia y con el familiar que la padece.
- Conservar el control sobre el proceso de salud/esquizofrenia y sus condicionantes.
- Establecer redes sociales con las familias que permitan sostener una cooperación más eficaz y continua entre ellas.

5. OBJETIVOS DE LAS FASES EDUCATIVAS

5.1. PRIMERA FASE: “INTELIGENCIA EMOCIONAL”

Lograr que los familiares mantengan un nivel de inteligencia emocional elevado.

5.2. SEGUNDA FASE: “ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD”

Lograr que los familiares se identifiquen con la esquizofrenia y conserven el control sobre ella y sus condicionantes.

5.3. TERCERA FASE: “APOYO TERAPÉUTICO A LA FAMILIA”

Lograr que los familiares presenten mayor eficacia en la resolución de problemas específicos en esquizofrenia dentro del núcleo familiar.

6. IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER

El taller psicoeducativo se realizará en tres fases y treinta sesiones. En la primera fase las sesiones tienen una duración de 90-120 minutos; se imparten una vez por semana, en la segunda de 120-150 minutos; se imparten una vez por semana, y en la tercera de 150-180 minutos;

se imparten una vez cada quince días. En general se hará uso de metodologías participativas, con actividades dinámicas, predominando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.

Para un buen desarrollo de las actividades, se sugiere que el número de asistentes al taller sea de 12-16 personas, ya que cada uno de los temas tratados en las sesiones del taller son desarrollados a través de actividades individuales y grupales, en donde los asistentes aportan y matizan cada uno de los temas tratados, con sus diversas experiencias de vida, identificando y desarrollando sus capacidades individuales y familiares.

7. CARACTERÍSTICAS DE LOS CAPACITADORES

- Los capacitadores deben ser: un profesional de la salud mental (el facilitador), acompañado de un técnico capacitado en desarrollo personal y comunicación (el ayudante).
- Los capacitadores tienen la responsabilidad de motivar y dirigir las sesiones psicoeducativas, fomentando el desarrollo de las habilidades de cada uno de los usuarios del taller.

Se sugiere que para el desarrollo de las diferentes sesiones del taller, el equipo de trabajo sea siempre el mismo, ya que los asistentes son abarcados como seres integrales, con sus emociones y sentimientos, creando un lazo de confianza entre capacitadores y asistentes, como pilar fundamental para el logro de los objetivos. Por esto se debe mantener un clima de buenas relaciones humanas en donde prevalezca:

7.1. EL RESPETO

Aun cuando no se comparta una opinión, conviene considerar las creencias y sentimientos de los demás, ya que el éxito del taller depende del ambiente creado entre usted y los asistentes.

7.2. LA COMPRESIÓN

Trate de aceptar a los demás como personas con sus limitaciones, necesidades individuales, derechos, características especiales y debilidades.

7.3. LA COOPERACIÓN

No olvide que la cooperación es la llave del bienestar general, ya que al trabajar todos por un mismo fin, se obtienen mejores resultados y beneficios.

7.4. LA COMUNICACIÓN

Trate de comunicarse de la mejor manera posible, ya que no debe olvidar que es un proceso por el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes, logrando así, una mayor comprensión.

7.5. LA CORTESÍA

Sea amable y cordial, ya que facilita el entendimiento con los demás, permitiendo trabajar juntos en armonía, logrando resultados positivos. La cortesía cuesta poco y vale mucho.

7.6. LA MÚSICA

Coloque música adecuada de acuerdo a la actividad que se realice, ya que desarrolla la imaginación y fortalece la armonía de grupo.

8. SUGERENCIAS PARA EL FACILITADOR

- Todo facilitador debe estar atento al tiempo para hablar que hace uso cada miembro del grupo.
- Enseñe con el ejemplo no interrumpa a los demás y evite que se produzcan situaciones semejantes entre los miembros del grupo. Una media de 3 a 5 segundos entre un interlocutor y otro es razonable.
- Fomente que los integrantes se escuchen entre sí. Escuchar de tal forma que puedan deducir hacia donde quiere llegar nuestro interlocutor, con sus ideas.
- Promueva las críticas, pero positivas. Las negativas sólo sirven para enervar ánimos; todos tenemos derecho a discrepar y plantear ideas diferentes, pero siempre respetando al otro y planteando sugerencias y no centrándose en lo que es negativo.

1^{ERA} FASE: INTELIGENCIA EMOCIONAL

I SESIÓN: "SOLUCIÓN DE PROBLEMAS"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los problemas, puedan generar e implementar soluciones efectivas.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 8 dados de gran tamaño.
- 3 rompecabezas.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones problemáticas en el ámbito familiar y social que se hayan logrado solucionar.

Describir dos problemas actuales y generar posibles soluciones de éste.

ACTIVIDAD 1: "EL NUDO HUMANO"

DESCRIPCIÓN

Se invita a todos los participantes a pararse y formar un círculo. El facilitador solicita que todos se pongan de espaldas y con los brazos hacia atrás se tomen de la mano con otro compañero que no sea el vecino. Se da un problema por solucionar a los presentes: deben desatarse sin soltarse de las manos. Tienen 30 minutos para desarrollar esta actividad. Luego se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 2: "LA CATAPULTA"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas y se les solicita tomarse de las manos con los brazos cruzados. El facilitador coloca un dado delante de cada pareja, y plantea el siguiente problema: la pareja tiene que llevar el dado que se encuentra en el piso hacia los brazos, sin soltarse. Tienen 10 minutos para realizar la actividad. Luego tienen que colocarse dentro de uno de los círculos dibujados en el suelo (tantos círculos como parejas), trazados en una

misma línea. Tienen que lanzar el dado lo más lejos posible de donde se encuentran sin salirse del círculo. Gana quien lance el dado a mayor distancia del círculo. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 3: "EL ROMPECABEZAS"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes y se les invita a sentarse de cuclillas y en círculo. Se les solicita resolver un problema: armar un rompecabezas (el mismo para todos los grupos). El facilitador indica que para esta actividad es necesario que todos en el grupo participen. El primer grupo que arme el rompecabezas gana. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

II SESIÓN: "INDEPENDENCIA"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares aprendan a tomar decisiones en forma independiente, sepan valorar el riesgo, los pro, los contra y las consecuencias de estas decisiones.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Una cartulina cartón.
- 2 cartulinas blancas.
- 16 latas pequeñas.
- 2 unidades similares de: frijoles, garbanzos, tachuelas, botones, tuercas, bolitas, monedas y llaves.
- 4 sobres.
- 4 hojas de papel de carta.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos decisiones relevantes tomadas en forma independiente.

Describir dos decisiones que quisieran tomar actualmente, analizar el riesgo, los pro, los contra y las consecuencias de éstas.

ACTIVIDAD 4: "EL ÁRBOL DE LAS MANZANAS PODRIDAS"

DESCRIPCIÓN

Se invita a los participantes a observar un árbol con manzanas de cartulina. Cada manzana tiene un número y una decisión por tomar en la vida futura. El facilitador da a cada uno de los participantes, una hoja de respuestas, y les dice además, que las ordenen según su criterio, de la menos podrida a la más podrida. Las manzanas podridas son: (1) decidiré tener una mala alimentación. (2) decidiré tener un trabajo mal remunerado. (3) decidiré tener malos amigos. (4) decidiré tener un carácter violento. (5) decidiré tener poca higiene. Tienen 20 minutos para desarrollar la actividad. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador hace tres preguntas de reflexión sobre la actividad: ¿es difícil tomar decisiones?, ¿Influyen nuestros valores en la toma de decidir?, ¿es necesario tener tiempo suficiente para tomar una decisión?

ACTIVIDAD 5: "EL ARCA DE NOÉ"

DESCRIPCIÓN

Se brinda a los participantes al azar unas latas pequeñas de igual aspecto. Tienen en su interior objetos que producen diferentes sonidos. El facilitador les indica: Noé sólo salvará a aquellos que estén emparejados. Los que no logren encontrar a su pareja no ingresarán al Arca. En las latas distribuidas encontramos parejas de objetos que producen sonidos similares (Frijoles, garbanzos, tachuelas, botones, tuercas, bolitas, monedas y llaves). Tienen 15 minutos para encontrar a su pareja, guiados por la similitud del sonido. Terminado este tiempo las parejas forman un círculo y el facilitador al azar invita a una pareja al centro. Esta tendrá que abrir su latita y mostrar el contenido. Se quedan en el círculo si aciertan o sino se les invita a tomar asiento. Al finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 6: "EL CONSEJERO"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes y se les da al azar un sobre por grupo. Se encuentra en su interior la carta de un amigo muy cercano con la urgencia de un buen consejo. Los dilemas son: (1) Hola amigo(a), necesito urgente un consejo. Estoy embarazada y no se que hacer. No deseo tenerlo, pero tampoco abortarlo. ¿Qué me aconsejas?, (2) Hola amigo(a), necesito urgente un consejo. Soy homosexual y no se si confesarle a mi familia que mi pareja es del mismo sexo que yo o seguir callando. ¿Qué me aconsejas?, (3) Hola amigo(a), necesito urgente un consejo. Tengo cáncer y no se si contarle a mi familia sobre mi enfermedad o seguir como hasta ahora, callando. ¿Qué me aconsejas?, y (4) Hola amigo(a), necesito urgente un consejo. Mi esposo me es infiel. Tengo dos hijos con él y no se si seguir casada o separarme. ¿Qué me aconsejas? Tienen 20 minutos para analizar el riesgo, los pro, los contra y sus consecuencias de las posibles alternativas por elegir. El facilitador les solicita que decidan por una de las alternativas y la compartan con los demás. Los grupos tienen que explicar el porqué de su decisión. Los otros pueden participar haciendo preguntas. Para culminar, el facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

III SESIÓN: "RESPONSABILIDAD SOCIAL"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen como miembros constructivos de una sociedad, sepan cooperar y contribuir a mejorarla.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 128 globos de cuatros colores.
- 8 Dados de gran tamaño.
- 240 ladrillos.
- 50 hojas de papel blanco.
- 4 lápices negros.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones en la que se haya participada como miembro constructivo de la sociedad.

Describir dos formas de cooperar y contribuir a mejorar nuestra sociedad.

ACTIVIDAD 7: "LA RED DE GLOBOS"

DESCRIPCIÓN

Se da escoger a cada participante uno de cuatro globos de diferentes colores (rojo, amarillo, verde y azul). Se solicita a los participantes repetir en voz alta el color del globo escogido e intentar inflarlo hasta donde ellos crean por conveniente y luego asegurarlo. Tienen cinco minutos para la actividad. El facilitador explica que todos tenemos en común muchas necesidades, pero la mayoría de veces no las compartimos con nuestra familia o sociedad y elegimos solucionar individualmente una de ellas. En muchos casos el esfuerzo para solucionar nuestras necesidades es también variable. Posteriormente el facilitador invita a que todo el grupo se ponga de acuerdo en un color especial e inflen los globos a un volumen similar. Se sujetan ambos grupos de globos y se solicita a cada participante su opinión. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 8: “LA TORRE DE LADRILLOS”

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas. El facilitador proporciona a cada pareja un dado. Asimismo, les indica que tienen que construir una torre de ladrillos. Un miembro de la pareja lanza el dado y según el número que cae en la cara superior tiene que darse igual número de vueltas, correr hacia el extremo donde se encuentran los ladrillos y empezar con la construcción de la torre. Al regresar le palmotea en el hombro a su compañero y continúa éste último con la actividad, y de esta manera se van turnando en la construcción de la torre de ladrillos. Tienen 20 minutos para desarrollar la actividad. Gana la pareja que forme la torre más alta. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 9: “EL CONCIERTO DE IDEAS”

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes. El facilitador al azar brinda a cada grupo una necesidad primordial de la comunidad. Las necesidades son:

(1) un puesto de vigilancia (2) un centro recreativo (3) una biblioteca (4) un recolector de basura. Además, los integrantes de los grupos deben escoger al azar el sonido de un animal. Los sonidos son: (1) perro, (2) gato, (3) cerdo, y (4) pollito. El facilitador indica que sin dejar de hacer el sonido del animal deben ponerse de acuerdo para encontrar la mejor manera de apoyar a su comunidad en la tarea encomendada. Sólo pueden escribir en una hoja las sugerencias para resolver el problema. Tienen 30 minutos para desarrollar esta actividad. Finalmente cada grupo tiene que elegir un representante para exponer las soluciones propuestas ante los demás. Gana el grupo que presenta la sugerencia de solución más eficaz. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

IV SESIÓN: "CONTROL DE LOS IMPULSOS"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con la impulsividad y sepan controlarla.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 8 botellas de tres litros.
- 32 vasos.
- 8 bandejas.
- 8 jarras.
- Una jenga.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones en el ámbito familiar o social donde se haya actuado impulsivamente.

Describir dos formas de controlar los impulsos en situaciones que normalmente se actúa impulsivamente.

ACTIVIDAD 10: "EL NERVIOSO"

DESCRIPCIÓN

Se invita a participar a todos los presentes. El facilitador menciona que dará órdenes. Las órdenes son: nariz; deben tocarse la cabeza, cabeza; deben tocarse las orejas, orejas; deben tocarse la boca, boca; deben tocarse los ojos, ojos; deben tocar a su compañero de la izquierda. Así mismo, indica que todos deben bailar al ritmo de la música que se coloque, tienen que hacerlo formando un círculo y deben estar atentos a la orden que se dé. El facilitador estará en el centro del círculo, junto con el ayudante. Los dos estarán atentos para anotar a los impulsivos. Los participantes que acumulen tres errores (equivocarse, demorarse demasiado, o tocarse dos partes diferentes a la vez) pierde, es decir, es retirado del círculo. Y así sucesivamente hasta encontrar al ganador. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 11: "LA BANDEJA VOLADORA"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas. El facilitador menciona que esta actividad consiste en llenar una botella de tres litros hasta el tope, para ello tienen que trasladar vasos conteniendo agua sobre una bandeja en la cabeza, desde un punto de partida a veinte metros de la botella. Máximo pueden trasladar cuatro vasos. Igualmente tienen que regresar con los vasos vacíos en la bandeja sobre la cabeza. Deben turnarse con su pareja. El facilitador menciona que en caso de caerse los vasos, éstos deberán recogerse y colocarlos sobre la cabeza nuevamente. Gana la pareja que primero logre llenar a tope la botella. Al culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 12: "LA JENGA"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes. Se invita a cada grupo a prepararse para el juego de la jenga. La actividad consiste en que cada integrante del grupo tiene que decir una situación en la que haya actuado

de manera impulsiva y dar una posible solución a ésta impulsividad, y luego turnarse para retirar los bloques (primero el integrante de un grupo, luego el siguiente y así sucesivamente). El facilitador solicita que en grupo planifiquen cuál de los bloques de madera van a retirar, y así complicar la situación a su siguiente contrincante. El grupo que haga caer la torre de bloques de madera pierde. Al Finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

V SESIÓN: "PRUEBA DE LA REALIDAD"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con la evaluación de la realidad, sepan mantener correspondencia entre lo subjetivo con lo objetivo.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 3 cartulinas blancas.
- 16 tarjetas cuadrada con dibujo de mancha de tinta.
- 25 hojas de papel blanco.
- 16 lápices.
- 8 bolsas negras.
- Una unidad de: cenicero en forma de sapo, un reloj en forma de pelota, un jabón en forma de huevo, una sonaja de bebé en forma de timón, un peluche en forma de serpiente, un juego de ajedrez en su estuche, una pantufla apeluchada, un cofre en forma de corazón.
- 8 papeles de regalo.
- 2 cintas adhesivas.

- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones en donde se haya realizado una equivocada evaluación de la realidad en el ámbito familiar y social.

Describir dos situaciones en las que se mantuvo una correspondencia entre lo subjetivo (lo percibido) con lo objetivo (lo real).

ACTIVIDAD 13: “LA PRUEBA PROYECTIVA”

DESCRIPCIÓN

Se da a cada participante una tarjeta cuadrada con una mancha de tinta en ella. Todas las tarjetas tienen la misma imagen, pero en diferente perspectiva; según el lado. Éstas se encuentran enumeradas en su esquina superior derecha de acuerdo al total de participantes. El facilitador indica que durante 10 minutos tienen que escribir en una hoja en blanco lo que ven en la figura. Al finalizar el tiempo, se enseña la imagen ampliada a los asistentes y se invita a uno de ellos a dar su punto de vista. Así se sigue con los demás. Gana aquel participante que evalúe la imagen de una manera global y presente mayor credibilidad por parte

de sus compañeros. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 14: "EL REGALO SORPRESA"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas y se entrega a cada una de ellas un regalo sorpresa dentro de una bolsa negra. Los regalos son: (1) un cenicero en forma de sapo (2) un reloj en forma de pelota (3) un jabón en forma de huevo (4) una sonaja de bebé en forma de timón (5) un peluche en forma de serpiente (6) un juego de ajedrez en su estuche (7) una pantufla apeluchada (8) un cofre en forma de corazón. El facilitador indica que se debe descubrir cual es el regalo sorpresa. Se puede usar los sentidos para ello (tacto, olfato, etc.). Tienen 15 minutos para realizar la actividad. El facilitador invita a los participantes a abrir sus regalos y contrastar sus hipótesis. Se solicita opiniones a los presentes. Para terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 15: "LA VERDADERA AMISTAD"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador da una tarea al azar por grupo. Son situaciones en las que deben explicar lo sucedido y buscar la forma de lograr una correspondencia con la realidad. Las situaciones asignadas son: (1) un(a) amigo(a), al cual buscamos para salir a una fiesta, nos refiere que no tiene tiempo, esta muy ocupado(a) trabajando. Y luego lo(a) vemos saliendo de madrugada de una discoteca. (2) un(a) amigo(a), al cual le prestamos dinero para solucionar un problema de emergencia, nos refiere al cobrarle que no tiene dinero, esta sin trabajo. Y luego lo(a) vemos en un concierto de un artista famoso. (3) un(a) amigo(a), al cual solicitas te preste un libro, nos refiere que no tiene el libro en mención. Y luego te enteras por otra amistad que recientemente le ha facilitado aquel libro. Tienen 20 minutos para desarrollar la actividad. El facilitador invita a un representante por grupo a exponer las conclusiones de la situación asignada. Se solicita preguntas a los presentes y se continúa con la participación de los demás. Al finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

VI SESIÓN: "AUTOCONCEPTO"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con sus fortalezas y debilidades, las comprendan, acepten y respeten.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 3 cartulinas de colores.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos fortalezas y dos debilidades de su personalidad.

Describir dos temores que presenten por inseguridad y dar posibles soluciones.

ACTIVIDAD 16: "EL CONCURSO DE BELLEZA"

DESCRIPCIÓN

Cada uno de los participantes deberá pasar por la pasarela promoviendo y destacando en forma humorística aspectos poco aceptados de su personalidad. Los demás participantes constituirán el jurado ante el cuál desfilarán. Se otorgan los premios por votación, de acuerdo a la posibilidad de evidenciar cómicamente sus defectos. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 17: "EL BAILE CON MI ESPEJO"

DESCRIPCIÓN

Se agrupan a los participantes en parejas, se les pide que se pongan de acuerdo en un baile común para todas las parejas y que ensayen una coreografía por unos 20 minutos. Se les invita a cada pareja a presentar la coreografía ensayada. Los demás participantes serán el jurado, se premia aquella coreografía que esté mejor coordinada y sea más creativa.

Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 18: "EL NAUFRAGO"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes, y se da al azar una tarjeta por persona, donde está escrita una profesión la cual ellos asumirán. Las profesiones son: cocinero(a), policía, albañil, pescador(a), bombero(a), carpintero(a), salvavidas, gasfitero(a), vigilante, sastre, zapatero(a), electricista, pintor(a), jardinero(a), comerciante y chofer. Contando con la participación de todos en el grupo, el facilitador dice: son los tripulantes de un bote muy pequeño, que soporta el peso de uno menos del total de participantes. Por lo tanto tienen 30 minutos para decidir cual de los participantes debe naufragar. Cada participante tendrá que defender las fortalezas de su profesión. Al finalizar, los participantes de cada grupo tienen que exponer ante los demás el porqué se tomó esta decisión. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

VII SESIÓN: "FLEXIBILIDAD"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con las situaciones cambiantes, y sepan adecuarse a éstas.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 4 mesas.
- 5 plátanos.
- 5 vasos.
- Una jarra.
- 5 sillas de ruedas.
- 5 pares de muletas.
- 50 monedas.
- 5 vendas.
- Un balde.
- Una unidad de: martillo, sartén, botella, colador.
- 10 papelotes.

- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones en donde se hayan adecuado al cambio.

Describir dos situaciones en el ámbito familiar y social en el que sea necesario adaptarse.

ACTIVIDAD 19: "EL INVÁLIDO"

DESCRIPCIÓN

Se da al azar a cada participante una invalidez física por desarrollar (sin brazos, ciego, parapléjico, sordo mudo, y cojo). Tienen 15 minutos para adaptarse a su nueva forma de vida. El facilitador invita al azar a un participante de los presentes para desarrollar una actividad. Las actividades son: el inválido de brazos; comer un plátano, el ciego; servir un vaso de agua, parapléjico; sentarse en una silla, el sordo mudo; bailar al compás de la música, el cojo; recoger monedas del suelo. Para terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 20: "EL PASO VARIABLE"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas. Se establecen, antes de empezar el juego, las diversas formas de caminar que tienen que seguirse durante el relevo. Los pasos a seguir son: (1) el paso de la hormiga; se coloca un pie delante del otro, tocando la punta con el talón. (2) el paso de la grulla; se salta sobre una pierna. (3) el paso de la rana; se salta con los pies juntos. (4) el paso de la jirafa; se dan pasos larguísimos. Se marca sobre el terreno la línea de meta (es también la línea de salida) y la línea del relevo. Un integrante de la pareja se coloca en la línea de partida y el otro en la línea de relevo (separados por unos veinte metros). El primer integrante debe tener vendado los ojos. Al llegar a la línea de relevo tiene que retirarse la venda y colocarle ésta al relevo. El relevo debe dirigir a su compañero para que logre llegar hacia él. El facilitador da la partida e indica los pasos a seguir. Durante el recorrido el facilitador ordenará cambiar varias veces el paso. Gana el primero en llegar a la meta. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 21: "EL MULTIUSOS"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes. Se invita al azar a un grupo a participar. Un representante del grupo debe coger un objeto de un balde lleno de diferentes objetos. Los objetos son: un martillo, un sartén, una botella y un colador. El facilitador indica que cada integrante del grupo, en forma ordenada y en un tiempo no mayor a 20 segundos, va a decir una utilidad para el objeto escogido. El participante que se demora más del tiempo establecido, repita la utilidad o diga una posibilidad no real, hace perder la oportunidad de lograr acumular mayor puntaje para el grupo (una utilidad equivale a un punto). Los demás participantes tienen que estar alertas y reclamar al facilitador si se produce una falta. Luego, se continúa con el siguiente grupo y así sucesivamente. Gana el grupo que acumule más puntos. Al finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

VIII SESIÓN: “COMPRENSIÓN EMOCIONAL DE SÍ MISMO”

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con las emociones básicas: alegría, afecto, tristeza, miedo y cólera, aprecien los aspectos positivos de cada una de ellas y reconozcan en que situaciones frecuentemente se presentan.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 3 cartulinas blancas.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones frecuentes en las que se presentan cada una de las emociones básicas.

Describir dos aspectos positivos de cada una de las emociones básicas.

ACTIVIDAD 22: "EL SECRETO DEL BOLSILLO"

DESCRIPCIÓN

Se pide a cada participante que saque del bolsillo o bolso, un objeto que tenga valor sentimental para él. Luego, al azar se escoge a un primer expositor quien debe explicar al grupo que significado tiene el objeto para él. Se pueden desarrollar preguntas al primer expositor y así continuar con los demás participantes. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 23: "EL CUERPO EXPRESIVO"

DESCRIPCIÓN

Se da a los participantes, en cartulina, dibujos de animales (dos dibujos iguales por cada animal). Los animales son: perro, gato, gallina, caballo, cerdo, vaca, tortuga, conejo. Se distribuyen los dibujos y se solicita a los presentes que durante 5 minutos, sin hacer sonidos deben actuar como el animal que les tocó y buscar a su pareja. Cuando creen que la han encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio, no se puede

decir a la pareja qué animal es. Una vez que todos tienen su pareja, la pareja debe actuar y el resto debe decir que animal se está representando y si forman la pareja correcta. Al finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 24: "LA HISTORIA EMOTIVA"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes, y se les pide que saquen una tarjeta, en la cual está escrita una de las cinco emociones básicas. Contando con la participación de todos en el grupo se les dice que tienen 20 minutos para crear una historia realmente emotiva, repartida en capítulos según el número de participantes. Luego, se invita a cada grupo a contar la historia con bastante exageración en la forma de expresión corporal. Los demás participantes tendrán que identificar la emoción expresada con la historia y decir aspectos positivos de aquella. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

IX SESIÓN: "TOLERANCIA AL ESTRÉS"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con las situaciones estresantes, sepan enfrentarlas activa y positivamente.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 16 tarjetas de defunción.
- 16 cuerdas de saltar.
- Artículos de utilería.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones estresantes en el ámbito familiar y social.

Describir dos formas de enfrentar activa y positivamente el estrés.

ACTIVIDAD 25: "EL DIFUNTO"

DESCRIPCIÓN

El facilitador se pone de acuerdo con el ayudante para realizar esta actividad. Éste último invita a los participantes a sentarse, y permanece en silencio hasta que uno de ellos se impacienta con la espera. El ayudante vuelve a insistirles con tomar asiento. A la segunda vez que los familiares reclamen por la hora, el ayudante inicia el drama diciendo a los presentes: el facilitador no vendrá porque ha fallecido, y reparte enseguida las tarjetas de defunción. Les pide disculpas por el impase y ruega seguir esperando al nuevo facilitador, el cual llegará en breves momentos. Igualmente debe responder brevemente a las preguntas de los concurrentes. Luego de unos diez minutos llega el facilitador y se disculpa por la broma, explicando la primera actividad, ya desarrollada. Así como el tema por seguir desarrollando. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 26: "EL ESTRESADO"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas. El facilitador enseña a los presentes a utilizar las técnicas para disminuir el estrés. Las técnicas son: el ejercicio (el baile, el salto de la cuerda, las caminatas, etc.), la meditación, la relajación progresiva, y la imaginería guiada. Uno de los integrantes será el "factor estresante" y deberá causar estrés a su pareja por unos cinco minutos. El facilitador da a escoger al azar al otro integrante una de las técnicas para disminuir el estrés. Tiene 15 minutos para aplicarla y evitar ser estresado. Luego se procede al cambio de roles de los integrantes. Por último, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 27: "EL APOYO FAMILIAR"

DESCRIPCIÓN

Se forman dos grandes grupos con los participantes asistentes. El facilitador indica crear un drama. Todos los presentes deben participar. Los temas a desarrollar son: (1) el cáncer en un miembro de mi familia, y

(2) el nacimiento de un bebé en mi familia. El facilitador solicita que los participantes den a conocer cómo enfrentar la situación de forma activa y positiva para ellos. Tienen 30 minutos para el ensayo previo al desarrollo del drama. Al término, los grupos presentan su drama al azar. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

X SESIÓN: "OPTIMISMO"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los aspectos positivos de la vida, y sepan mantener una actitud positiva a pesar de la adversidad.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Una barra de madera de 2 mts. de largo x 3 cm. de diámetro.
- 16 sorbetes.
- 25 hojas de papel blanco.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir dos situaciones adversas en el ámbito familiar y social en donde se mantuvo una actitud positiva.

Reconocer dos aspectos positivos de nuestra vida; en el ámbito personal, familiar y social.

ACTIVIDAD 28: "LA BARRA MOTIVADORA"

DESCRIPCIÓN

Se invita a los participantes a pasar por la barra motivadora. El facilitador indica a los presentes que a los voluntarios deberá motivárseles con frases positivas (¡tú puedes!, ¡dale campeón!, ¡así se hace!, ¡eres el mejor!, etc.). El voluntario tiene que pasar por debajo de una barra sujeta por el facilitador y el ayudante a una altura de un metro y medio. La actividad consiste en pasar por debajo de ella, sin apoyarse sobre las palmas, ni arrastrarse, es decir, sólo se puede tener de eje los pies. La barra motivadora estará sujeta a cambios de altura que permitan elevar el nivel de dificultad del juego. El participante que logre pasar por ella, sin caerse, y a una menor altura, será el ganador. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 29: "LAS RESPUESTAS VOLADORAS"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas al azar. El facilitador indica que cada pareja tiene que trasladar una respuesta afirmativa o negativa según crean conveniente a la pregunta planteada. La manera de trasladar la respuesta será mediante dos sorbetes. Las respuestas en todos los casos serán "sí" o "no" escritas en un papel. El facilitador explica que éste papel será llevado a unos seis metros de distancia, siendo éste absorbido por las parejas mediante los sorbetes. El primero en llegar con su respuesta correcta acumula un punto. Tienen 20 minutos para el desarrollo de la actividad. La pareja que acumule más puntos gana. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 30: "EL CONCURSO DE PORRISTAS"

DESCRIPCIÓN

Se invita a formar grupos de 3-4 participantes. El facilitador explica a los presentes que cada grupo tiene que preparar diferentes porras, así como

simular que están en un partido de fútbol (¡pásala!, ¡patéala!, ¡cabecea!, ¡salta!, ¡corre!, etc.). Tienen 15 minutos para desarrollar la actividad. Luego, el facilitador al señalar a un grupo, éste deberá gritar a viva voz la porra creada para la ocasión. Así continuarán todos los grupos participantes. Cuando el facilitador levante los brazos, todos gritarán "¡GOL!". El grupo que presente mayor entusiasmo será el ganador. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XI SESIÓN: "EMPATIA"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con el sentir de los demás, y aprecien los aspectos positivos de ello en el ámbito familiar.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 2 cartulinas blancas.
- 8 cuadros con un mismo paisaje.
- 3 muñecos de trapo.
- 3 unidades similares de: sogas, alimentos, cintas adhesivas, pares de zapatos, palos, fajos de dinero falso, piedras, vestidos, correas, vasos de con agua.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones frecuentes en las que se hayan identificado con los sentimientos de otra persona.

Describir dos aspectos positivos de tener mayor empatía en el ámbito familiar.

ACTIVIDAD 31: "EL ZOOLÓGICO"

DESCRIPCIÓN

Se da al azar un rol a todos los presentes (mono, perro, gato, elefante, gallina, pato, caballo, conejo, ratón, tortuga, paloma, vaca, cerdo, león, cocodrilo y serpiente). Se indica a los participantes que anoten en una tarjeta lo que crean significativo para la vida de estos animales. Se da 10 minutos para ello. El facilitador invita a uno de los participantes a presentarse ante el grupo con su nueva identidad. El personaje da a conocer sus nuevas necesidades usando el drama. Y así se continúa con los demás. Gana la persona más creativa. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 32: "EL PAISAJE EXPRESIVO"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas, y se invita a un participante por pareja a salir del auditorio. Dentro del auditorio, se da un cuadro a cada participante (es el mismo paisaje para todos). En la imagen hay una acción dentro de un paisaje. El facilitador indica a los participantes que tienen que expresarles a sus parejas lo que vieron en el cuadro. No se puede emitir ninguna clase de sonidos. Tienen 10 minutos para ello. Luego su compañero tiene que describir lo transmitido a todos los presentes. Para finalizar se enseña la imagen ampliada a los asistentes. Gana quien describe con mayor exactitud el paisaje. Al culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 33: "EL EXTRAÑO"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. Tiene cinco minutos para escoger un rol de miembro de familia (padre, madre, hijo, etc.) y decidir la jerarquía

de este rol dentro de ella. Se pide que se sienten en círculo. A cada grupo se le alcanza un muñeco de trapo en el centro del círculo. El facilitador les dice que este muñeco representa una persona extraña que está dentro de su hogar, se cree que es un peligroso ladrón. Se indica que utilicen diferentes objetos para tomar una actitud contra el extraño (sogas, alimentos, cinta adhesiva, zapatos, palos, dinero, piedras, vestidos, correa, agua) y escriban en una hoja el porque de aquella actitud. Se inicia por el familiar de mayor jerarquía y así sucesivamente hasta el familiar de menor jerarquía. Tienen 15 minutos para desarrollar la actividad. Posteriormente el facilitador realiza un sorteo al azar entre los integrantes de cada grupo. Y se invita al ganador del sorteo a ocupar el lugar del muñeco extraño. Los demás integrantes tienen que repetir sus actitudes mostradas anteriormente. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XII SESIÓN: "ASERTIVIDAD"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares puedan identificar comportamientos de sumisión, agresión y asertividad, y defiendan sus derechos de una manera asertiva; basándose en los hechos, sentimientos, conductas y consecuencias de la situación en particular.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Una venda.
- 3 cartulinas de colores.
- 6 cartulinas blancas.
- Una pelota.
- 4 pares de cordones.
- 10 papelotes.
- Plumones de color.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones de la vida diaria en las que se expresen de forma sumisa, agresiva y asertiva.

Describir dos situaciones que quebranten sus derechos y decir la forma asertiva como actuarían en defensa de éstos.

ACTIVIDAD 34: "EL PARCHADO CIEGO"

DESCRIPCIÓN

Se invita a uno de los participantes a ser el parchado ciego, quien es vendado de los ojos. A los demás, se les invita a que participen colocando en primer lugar en una cartulina de color, una crítica a su compañero (no vale repetir); sea ésta sobre su apariencia o su comportamiento con los demás. Se les solicita que formen un círculo alrededor del participante principal. Se le indica al vendado que gire en su propio eje y luego señale a uno de sus compañeros, quien en silencio lo parchara con una crítica en cualquier zona del cuerpo y luego se sentará dejando de formar parte del círculo. Igualmente con algunos compañeros más. Se invita a los participantes a tomar asiento, y se retira la venda al compañero. Posteriormente lo invitan a despegar las críticas y a responder a cada una de ellas (no deben ser más de 5 críticas). Luego, los compañeros tienen

que reconocer que respuesta del participante fue sumisa, agresiva o asertiva. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 35: "EL TIRO DERECHO"

DESCRIPCIÓN

Los participantes estarán agrupados en parejas, a los cuales se les une por una de las extremidades inferiores. Se les hace conocer algunos de sus derechos y se pega una cartulina por pareja con un derecho en particular. Los derechos son: tengo derecho a estar sano, tengo derecho a tener vestimenta, tengo derecho a descansar, tengo derecho a poder participar, tengo derecho a estudiar, tengo derecho a poder trabajar, tengo derecho a dar mi opinión, tengo derecho a ser escuchado. Se les invita a reunirse en círculo y el facilitador tira una pelota al aire gritando uno de los derechos. La pareja a la cual le compete tendrá que tomar la pelota y decir "alto", mientras los demás corren indistintamente hasta escuchar la voz de alto y quedarse quietos. Al tener posesión de la pelota, podrá acumular un punto si le acierta con un tiro a otra pareja. Sino le acierta, tendrá que tirar la pelota al aire pronunciando otro derecho, permitiendo que una nueva pareja acumule puntos. La pareja que

acumule más puntos gana el juego. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 36: "LA ASERTIVIDAD"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-5 participantes, y se les pide que saquen una tarjeta, en ella está escrita una situación particular en la que se quebranta un derecho. Las situaciones particulares son: (1) estas descansando después de una actividad intensa, un familiar tuyo prende la radio a un elevado volumen, sabiendo que estas descansando y te despiertas todo enojado por la falta de consideración para contigo (2) invitaste a un amigo a almorzar a tu casa a una hora determinada y el llega dos horas más tarde de lo acordado, no ha llamado para avisar que se retrasaría y estas irritado por la tardanza (3) estas a la mitad de la cola para realizar un pago, tienes prisa, y de pronto vez que una persona ingresa al primer tercio de la cola, esta persona no tiene ninguna limitación y estás molesto. Contando con la participación de todos en el grupo se les dice que tienen 20 minutos para crear una respuesta asertiva, basándose en los hechos, sentimientos, conductas y consecuencias de la situación en particular. Se

invita a un participante por grupo a exponer su respuesta ante sus compañeros. Los demás tienen la facultad de hacer alguna pregunta al grupo expositor. El facilitador premiara la respuesta más original. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XIII SESIÓN: "RELACIONES INTERPERSONALES"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con las relaciones interpersonales eficientes, sepan establecerlas y mantenerlas.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 25 hojas de papel de carta.
- 16 sobres.
- 16 lápices.
- 4 cartulinas de colores.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos relaciones interpersonales eficientes.

Describir dos formas de establecer y mantener una relación interpersonal satisfactoria.

ACTIVIDAD 37: "LA CARTA AL ALCALDE"

DESCRIPCIÓN

Se dice a los participantes que escriban una carta al alcalde de la ciudad; en la cual se pueda protestar, agradecer, pedir apoyo, invitar, etc. Tienen 20 minutos para realizar la actividad. Se intercambian las cartas entre los presentes (todos deben tener una carta que no es la suya). El facilitador al azar escoge a un integrante y le pide que lea la carta que tiene en mano. Se da a conocer que el alcalde está presente y va a leer la carta de un ciudadano. El facilitador indica al alcalde que una relación interpersonal eficiente, no debe producirle: frustración, ansiedad, enojo, agresividad o una actitud negativa. El alcalde tomará en cuenta lo anterior para dictar su veredicto. De la misma manera se invita algunos participantes más. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 38: "EL DÍA DEL ABRAZO"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas y se invita a que pasen a un extremo del ambiente. En el otro extremo encontramos un sin número de carteles vacíos. El facilitador indica que los miembros de la pareja deben turnarse e imaginar un motivo para felicitar a su compañero con un abrazo. Este motivo debe ser escrito en un cartel y llevado hacia su compañero. Tienen 10 minutos. La pareja que acumule más carteles gana. Al terminar la actividad, el facilitador explica al grupo en general que para dar un abrazo no es necesario tener un motivo, basta con querer expresarlo. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 39: "EL CONCURSO DE MUECAS"

DESCRIPCIÓN

Se agrupan de 3-4 participantes. El facilitador indica que por grupo se debe escoger al participante con la mueca más graciosa. Tienen 10 minutos. Una vez logrado este objetivo, sus demás compañeros tienen

que darle apoyo al ganador para que represente de mejor manera al grupo en el concurso de risas. Posteriormente se invita a los representantes de cada grupo a expresar sus muecas ante los presentes. Gana el que logre mayor cantidad de risas. El facilitador comunica a los presentes que para mantener una relación interpersonal eficiente es importante darse una pausa para reír. Para terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XIV SESIÓN: "AUTORREALIZACIÓN"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con las metas que han disfrutado alcanzar, sepan que metas desean conseguir para el futuro y como pueden realizarlas.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 25 hojas de papel blanco.
- 16 lápices.
- 8 vendas.
- 8 sobres de colores.
- 4 cartulinas blancas.
- 25 hojas de papel de carta.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos metas que han disfrutado alcanzar.

Describir dos metas que se deseen conseguir en el futuro y dar alternativas para llegar a realizarlas.

ACTIVIDAD 40: "EL VELORIO"

DESCRIPCIÓN

Se les invita a los participantes a poner en una hoja, que metas quisieran lograr en lo personal, en lo familiar y en lo social, tienen 20 minutos para desarrollar esta tarea. De las metas propuestas tienen que escoger aquellas que más se ajusten a su realidad (una en lo personal, una en lo familiar y una en lo social) y luego compartirlas con los demás participantes. El facilitador anuncia una suposición, les dice que ha ocurrido un terrible accidente, todos los presentes han fallecido, pregunta: ¿cómo les gustaría que los recuerden?, y coloca un ambiente adecuado para ello. Luego, los participantes tienen que colocar en una hoja sus respuestas a la pregunta anterior, en el ámbito personal, familiar y social. Se les da 20 minutos para ello. Se comparten las respuestas con los demás compañeros. El facilitador les indica que comparen las respuestas dadas anteriormente con estas últimas. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 41: "EL CÓDIGO SECRETO"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas y a uno de los participantes de cada pareja se le vendan los ojos. A una distancia de 10 mts. se ubican sobres de colores con una tarjeta en donde se oculta el código secreto (un número de 4 cifras y una parte del cuerpo). Los códigos secretos son: (2548-frente, 9053-hombro derecho, 3942-codo izquierdo, 4627-ombbligo, 5132-rodilla izquierda, 6745-tobillo izquierdo, 7481-espalda, 8372-cóccix). Estos sobres están distribuidos a lo largo y en forma irregular en una pared. Las parejas tendrán que guiar a sus compañeros para llegar y tomar uno de los sobres. Una vez conseguido aquello, el participante se retira la venda y ve el contenido del sobre. Tiene entonces que expresar el código secreto a su pareja con la parte del cuerpo que se le indica. Se puede repetir (saltar con los dos pies para indicar que se va a repetir) hasta 3 veces como máximo. El facilitador debe asegurarse que todos entiendan la dinámica antes de iniciarla, y se sigan las reglas estrictamente. Gana la pareja que acierte con el código y termine primero. Al culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 42: "EL MENSAJERO CANTOR"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 3-4 participantes y se les invita a escribir una carta breve a un familiar muy querido que está hace dos años muy lejos, se tienen que colocar las siguientes partes: el saludo, el cuerpo (donde se hace referencia a las metas que alcanzaron durante éste tiempo) y la despedida. Se les da 10 minutos para desarrollar la actividad. Para terminar, el facilitador les da a escoger al azar una tarjeta por grupo, en la cual esta escrito un ritmo de música y el orden de participación ((1) salsa, (2) rock, (3) folclórica, (4) regatonera y (5) criolla). Se les invita a cantar su carta al ritmo de la música escogida, para ello todos los participantes del grupo tienen que colaborar. El grupo que sea más original gana. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XV SESIÓN: "FELICIDAD"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con la satisfacción de vivir, sepan disfrutar de sí mismos y de los demás.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Un televisor
- Un DVD
- 8 unidades de: pañales, baberos, gorros, biberones
- 4 litros de leche
- 25 hojas de papel blanco
- 16 tubos de 15 x 2 cm.
- Un blanco.
- Una bolsa.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones en el ámbito familiar o social donde se haya sentido satisfecho de vivir.

Describir dos formas de disfrutar de sí mismo y de los demás en el ámbito familiar o social.

ACTIVIDAD 43: "LA SORPRESA"

DESCRIPCIÓN

Se invita a los participantes a tomar asiento frente al televisor. El facilitador les dará una sorpresa. En una videocinta están grabados los momentos más divertidos de todas las dinámicas anteriores. Los participantes tendrán que verse a ellos mismos en acción durante treinta minutos. Luego, el facilitador invitará a cada uno de ellos a compartir sus sentimientos con el grupo. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 44: "EL BEBÉ DE MAMA"

DESCRIPCIÓN

Se forman parejas. Cada integrante deberá ocupar un rol: el de mamá y el de bebé. La madre tiene la función de vestir y amamantar a su bebé. Las vestimentas son: el pañal, el babero y el gorro. El facilitador traza dos líneas, en la primera o de partida; se encuentra el bebé y las vestimentas. Y en la segunda o llegada, se encuentra la madre y el biberón. Separadas por unos veinte metros aproximadamente. El facilitador explica que el bebé deberá llevar en la boca un vestido (cualquiera de los tres), tiene que trasladarse gateando donde su madre y ella deberá vestirlo. Luego debe regresar gateando y traer la siguiente prenda. Gana el bebé que sea el primero en estar totalmente vestido y terminar su biberón. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 45: "EL BLANCO DE LA FELICIDAD"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. Se reparten cinco papelitos para cada integrante. El facilitador solicita que anoten en cada papel, un momento de felicidad en sus vidas. Tienen 10 minutos para esta actividad. El facilitador pide a los presentes que formen cambuchos con los papelitos. Luego se les da un cañón por grupo. Cada integrante de grupo se ira turnando en el disparo hacia el blanco de la felicidad. El grupo con mayor número de aciertos gana. El facilitador invita a los participantes a leer los cambuchos que dieron en el blanco y compartirlo con los demás. Por último, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

2^{DA} FASE: ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

XVI SESIÓN: "SALUD Y ENFERMEDAD"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con el bienestar físico, mental y social, sepan lo que necesitan para tener una buena salud y como superar los obstáculos que le impiden obtenerla, así como prevenir la enfermedad.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Una planta.
- 25 hojas de papel blanco.
- 16 lápices.
- 20 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Reconocer dos situaciones frecuentes en las que se obtuvo mayor bienestar físico, mental y social.

Describir dos aspectos que imposibilitan tener buena salud, y dar posibles soluciones a estos problemas.

ACTIVIDAD 46: "LA SEMILLA DE VIDA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador invita a todos los presentes a observar una planta en una maceta. Los participantes tienen que elaborar una lista de todas las cosas que creen necesarias para conseguir obtener una plantita más bella. Luego, se solicita que cada uno de ellos tome asiento en el piso y represente a una semilla que va a dar luz a una vigorosa planta. El facilitador menciona lo importante de sentirnos bien tanto física, mental y socialmente. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 47: "LA NECESIDAD DE SALUD"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador invita a todos los presentes a opinar sobre lo que consideran necesario para tener una

buena salud física, mental y social (deben ser específicos en plantear sus necesidades). Cada grupo debe exponer sus opiniones en papelotes. El facilitador solicita a los presentes que desarrollen preguntas a sus compañeros. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 48: "LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupo de 4-6 participantes. El facilitador solicita la participación de todos en el grupo para solucionar los problemas que impiden en la mayoría de casos el obtener una buena salud física, mental y social (enfermedad). Cada grupo debe exponer sus opiniones en papelotes (deben colocar en forma específica los obstáculos que presentan y las posibles soluciones). Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. Así mismo se reflexiona sobre como mejorar la salud en el ámbito personal, familiar y social.

XVII SESIÓN: "ESQUIZOFRENIA"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los síntomas positivos, negativos y de la psicopatología general descritos en la escala PANSS.

MATERIAL

- Equipo filmación
- Equipo de sonido.
- 8 cartulinas de colores.
- 4 cartulinas blancas.
- 20 papelotes
- Plumones de colores

TAREA PARA CASA

Describir cinco síntomas positivos, cinco negativos y cinco de la psicopatología general de la esquizofrenia.

Reconocer dos situaciones en las que se identificó algunos de los síntomas de sus familiares con esquizofrenia.

ACTIVIDAD 49: "LOS SÍNTOMAS POSITIVOS"

DESCRIPCIÓN

El facilitador dará al azar síntomas positivos a cada participante (son síntomas de la escala PANSS) y explicará en que consiste cada uno de ellos a los presentes. Luego, los invitará a imaginarse el sufrir estos síntomas. Posteriormente deberán escoger uno de ellos y actuar ante sus demás compañeros. Por último, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 50: "LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS"

DESCRIPCIÓN

El facilitador dará al azar síntomas negativos a cada participante (son síntomas de la escala PANSS) y explicará en que consiste cada uno de ellos a los presentes. Luego, los invitará a imaginarse el sufrir estos síntomas. Posteriormente deberán escoger uno de ellos y actuar ante sus demás compañeros. Para finalizar, se comparten experiencias e

intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 51: "LOS SÍNTOMAS DE LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL"

DESCRIPCIÓN

El facilitador dará al azar síntomas de la psicopatología general a cada participante (son síntomas de la escala PANSS) y explicará en que consiste cada uno de ellos a los presentes. Luego los invitará a imaginarse el sufrir estos síntomas. Posteriormente deberán escoger uno de ellos y actuar ante sus demás compañeros. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XVIII SESIÓN: “CAUSA Y EFECTO”

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los factores genéticos, ambientales y psicosociales que causan predisposición a sufrir esquizofrenia, así como con los efectos, en el ámbito personal, familiar y social, que produce el tener un familiar con dicha enfermedad.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 6 cartulinas de colores.
- 120 globos de colores.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir dos aspectos en la genética, en el ambiente y psicosociales que pueden causar predisposición a sufrir de esquizofrenia.

Reconocer dos efectos en el ámbito personal, familiar y social producto de tener un familiar con esquizofrenia.

ACTIVIDAD 52: "LA PREDISPOSICIÓN"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador explica a los presentes cuales son los factores que predisponen a sufrir esquizofrenia. Se reparte al azar un factor a cada grupo y luego se les invita a representar teatralmente un caso en especial. Los casos son: (1) el tener un hermano gemelo con esquizofrenia. (2) el tener alguna complicación obstétrica. (3) el tener demasiado estrés en la familia. Se dan 20 minutos para practicar la actividad. Luego el facilitador solicita a cada grupo a presentar su caso, y deberá decir a que factor pertenece éste. Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 53: "LA VULNERABILIDAD"

DESCRIPCIÓN

El facilitador da escoger a cada participante un factor de predisposición (genético, ambiental y psicosocial). Se inflan globos (un color especial para cada factor) y se solicita a los presentes que cada uno debe tener amarrado tres globos en cada tobillo (en total 6 por persona). El facilitador explica que aquellos globos representan la falta de vulnerabilidad. Se coloca música y todos los presentes deben bailar, cuando la música se detiene deben reventar los globos de su compañeros. El facilitador ordena la acción de acuerdo a la música. Se van retirando de la pista de baile a los participantes que se quedaron sin globos. Al terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 54: "LOS EFECTOS"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. Se da al azar un ámbito en especial por grupo (personal, familiar y social). El facilitador solicita a cada

grupo a desarrollar en un papelote los efectos que creen produce la esquizofrenia en ese ámbito en particular. Luego cada grupo debe exponer ante los demás. El facilitador invita a los presentes a compartir experiencias e intercambiar ideas. Se solicita a los participantes reflexionar sobre la actividad.

XIX SESIÓN: "TRATAMIENTO"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los tratamientos farmacológicos, psicológicos y psicosociales, sepan los riesgos, las ventajas y desventajas de cada uno de éstos.

MATERIAL

- Equipo de filmación
- Equipo de sonido.
- 5 tabletas de gran tamaño.
- 2 inyectables de gran tamaño.
- 1 rompecabezas con figura de cerebro.
- 2 fajos de dinero falso.
- 10 monedas de gran tamaño.
- 16 gorras de colores.
- 1 campana.
- 1 tambor.
- 1 silbato.
- 10 papelotes.

- Plumonones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir dos tratamientos en esquizofrenia.

Reconocer en los dos tratamientos propuestos anteriormente, los riesgos, ventajas y desventajas que presenta.

ACTIVIDAD 55: "LOS TIPOS DE ABORDAJE"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador explica en que consiste cada uno de los tratamientos en esquizofrenia. Da escoger al azar un tipo de abordaje ((1) farmacológico, (2) psicológicos, y (3) psicosociales). A cada grupo se le brinda un material específico de acuerdo al tipo de abordaje (tabletas e inyectables de tamaño exagerado, un rompecabezas con la imagen de un cerebro, y dinero de tamaño exagerado (monedas y billetes), respectivamente). El facilitador indica a cada grupo que tienen 20 minutos para crear un drama en el cual expliquen en que consiste el tratamiento, que material se utiliza para implantarlo y como se debe instaurarse ello. Luego el facilitador solicita a cada grupo presentar el drama. Al finalizar, se comparten experiencias e

intercambian ideas. El facilitador pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 56: "EL TRATAMIENTO EFICAZ"

DESCRIPCIÓN

Se da al azar a cada participante una gorra de identificación con un tipo de tratamiento (un color en especial). En los extremos del ambiente se encuentra pintado en el piso círculos con los colores de las gorras (rojo, amarillo y azul). El facilitador explica que todos deben formar un círculo en el centro del ambiente y moverse al ritmo de la música. El ordenará las acciones a seguir con tres diferentes sonidos: (1) el toque del campana; deben formar un círculo en el centro del ambiente y bailar girando hacia la derecha (2) el toque del tambor; deben bailar indistintamente, rompiendo el círculo. (3) el toque del silbato; debe formarse grupos de tres, uno de ellos se sienta y cruza sus brazos debajo de las rodillas, haciendo que sus brazos semejen las asas de una olla y deberá ser trasladado al círculo del color de la gorra de la persona sentada. El facilitador irá retirando los círculos. Tres pérdidas acumuladas (el permanecer en el mismo grupo, el no formar un trío y no lograr el transporte hacia el círculo) significan el retirarse de la dinámica y así sucesivamente hasta llegar a los ganadores.

Para culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 57: "EL ANALISIS DEL PROBLEMA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador explica los riesgos, ventajas y desventajas de los diferentes tratamientos. Se forman grupos de 4-6 participantes y se da a escoger al azar un tipo de abordaje. Así mismo, se solicita que cada grupo haga una lista en un papelote de las cosas que necesitan para dar el tratamiento escogido en forma adecuada y de los obstáculos que presentan para efectivizarlo. Cada grupo debe exponer ante los presentes. Y todos deben participar dando posibles soluciones a estos problemas. Luego, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XX SESIÓN: "RECAÍDA, PROTECCIÓN Y RIESGO"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con la recaída en esquizofrenia, sepan cuales son los principales factores de protección y riesgo de recaídas (la medicación, la emoción expresada, el consumo de alcohol y drogas, y las enfermedades concomitantes).

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir dos factores de protección de recaídas en esquizofrenia.

Reconocer dos factores de riesgo de recaídas presentes en el familiar con esquizofrenia, y dar sugerencias para disminuirlo.

ACTIVIDAD 58: "LA PROTECCIÓN Y EL RIESGO"

DESCRIPCIÓN

El facilitador explica a los presentes que es un factor de protección y uno de riesgo. Luego invita a formar dos grandes grupos entre los asistentes. Se le da a cada grupo al azar un rol (protector o de riesgo). Cada grupo debe proceder a escribir en un papelote las cosas que influyan en su propia salud, como factor de protección o riesgo, según corresponda. El facilitador invita a exponer a cada grupo. Por último, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 59: "LA RECAÍDA EN ESQUIZOFRENIA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador explica el significado de recaída en esquizofrenia. Da al azar un síntoma presente en aquella a cada participante. Luego, los invitará imaginarse como sería el presentar estos síntomas. Se dan 10 minutos para la actividad. Posteriormente deben actuar como si tuvieran alguno de

éstos síntomas. Para terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 60: "LA PROTECCIÓN Y RIESGO EN ESQUIZOFRENIA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador explica a los presentes cuales son los principales factores de protección y riesgo de recaídas en esquizofrenia. Así mismo invita a formar grupos de 3-4 participantes. Brinda al azar un factor por grupo (medicación, emoción expresada, consumo de alcohol y drogas, y enfermedades concomitantes). Todos los integrantes de cada grupo dará opiniones sobre como evitar que aquel factor se convierta en un riesgo de recaída, y lo plasmarán en papelotes. Luego, el facilitador solicitará que cada grupo exponga. Así mismo, los invitará a compartir experiencias e intercambiar ideas. Se pide a los presentes reflexionar sobre la actividad.

XXI SESIÓN: "RECAÍDA, ESTRÉS"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los componentes de la alta emoción expresada (hostilidad, sobreprotección y censura), sepan reconocer la importancia de ello en la prevención de recaídas en esquizofrenia.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Artículos de utilería.

TAREA PARA CASA

Describir los componentes de la alta emoción expresada.

Reconocer dos situaciones en el ámbito familiar o social en el que se haya presentado una alta emoción expresada con el familiar esquizofrénico.

ACTIVIDAD 61: "LA HOSTILIDAD"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone a los presentes sobre la hostilidad expresada hacia el familiar esquizofrénico. Invita a formar grupos de 4-6 participantes. Cada grupo tendrá que dramatizar una escena en la cual se rechace o abandone, e incluso se expulse del núcleo familiar al paciente con esquizofrenia. Todos en el grupo deben participar. Al azar se presenta el drama de cada uno de los grupos. Para finalizar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador solicita a la audiencia reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 62: "LA SOBREPOTECCIÓN"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone a los presentes sobre la sobreprotección expresada hacia el familiar esquizofrénico. Invita a formar grupos de 4-6 participantes. Cada grupo tendrá que dramatizar una escena en la cual se sobreproteja al paciente con esquizofrenia. Todos en el grupo deben participar. Al azar se presenta el drama de cada uno de los grupos. Al

culminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 63: "LA CENSURA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone a los presentes sobre la censura expresada hacia el familiar esquizofrénico. Invita a formar grupos de 4-6 participantes. Cada grupo tendrá que dramatizar una escena en la cual se aísla de la familia o del resto de la comunidad al paciente con esquizofrenia. Todos en el grupo deben participar. Al azar se presenta el drama de cada uno de los grupos. Por último, el facilitador invita a compartir experiencias e intercambiar ideas. Se pide a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

XXII SESIÓN: "RECAÍDA, COMUNICACIÓN VERBAL"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los componentes de la comunicación verbal y para-lingüísticos, sepan reconocer la importancia de ellos en la prevención de recaídas en esquizofrenia.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir cinco componentes de la comunicación verbal y para-lingüísticos.

Reconocer dos situaciones en el ámbito familiar o social en el que se haya producido una distorsión en la comunicación verbal con el familiar esquizofrénico.

ACTIVIDAD 64: "EL NÚMERO PARLANCHÍN"

DESCRIPCIÓN

El facilitador explica lo importante de ser un buen emisor en la prevención de recaídas en esquizofrenia. Se solicita a los presentes formar un círculo. Se da a conocer que la actividad consiste en decirle al compañero de la derecha un número de dos cifras usando diferentes conductas para-lingüísticas (diferente volumen, velocidad, articulación, etc.). El compañero de la derecha no debe reírse (sino pierde), y deberá en primer lugar repetir lo expresado de la misma manera, los compañeros serán el jurado (sino lo hace similar, pierde). Para finalizar continuará con el compañero de su derecha, diciendo otro número y con diferente conducta para-lingüística. Luego se van retirando del círculo a los compañeros que pierdan. Para culminar, el facilitador invita a compartir experiencias e intercambiar ideas. Se solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 65: "LAS COTORRAS"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone brevemente sobre lo importante que es saber escuchar para prevenir las recaídas en esquizofrenia. Se forman parejas. El facilitador les solicita que en primer lugar conversen de cualquier tema que crean ellos por conveniente durante unos 10 minutos. Luego el facilitador pregunta a cada uno de ellos que resuman la conversación en una sola palabra (ambos). Luego los invita a conversar nuevamente, pero en esta oportunidad, no deben de parar de hablar de un tema particular para cada uno de ellos. Al finalizar les vuelve a pedir que resuman la conversación en una sola palabra (cada uno de ellos). El facilitador solicita compartir experiencias e intercambiar ideas con los demás compañeros sobre la importancia de saber escuchar. Se solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 66: "EL TELÉFONO MALGRADO"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone brevemente sobre las distorsiones del mensaje desde su fuente original hasta su destino final y su importancia en la prevención de las recaídas en esquizofrenia. Solicita que formen los presentes una fila. Se le invita al primero de la fila a escuchar un mensaje en el oído. El mensaje dice: "quiero ubicar a la esposa del cuñado de María urgentemente, porque su única hermana a sufrido un accidente cerca al hospital del pueblo, y ahora esta en un cuarto de la clínica Santa Lucía, y los médicos que la ven dicen que está muy grave, con amnesia total, porque no recuerda ni cual es su nombre". El primero llama al segundo y le da el mensaje y así sucesivamente. Al finalizar, el facilitador invita a decir el mensaje al último participante, asimismo enseña el mensaje inicial. Para finalizar, solicita compartir opiniones e intercambiar experiencias sobre la importancia de tratar de ser claros y concisos en el mensaje. Se invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

XXIII SESIÓN: "RECAÍDA, COMUNICACIÓN NO VERBAL"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los componentes de la comunicación no verbal, sepan reconocer la importancia de ellos en la prevención de recaídas en esquizofrenia.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Una pelota.
- Un pito.
- 5 cartulinas de colores.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir cinco componentes de la comunicación no verbal.

Reconocer dos situaciones en el ámbito familiar o social en el que se haya producido una distorsión en la comunicación no verbal con el familiar esquizofrénico.

ACTIVIDAD 67: "EL INTERROGADO"

DESCRIPCIÓN

Se invita a formar un círculo con todos los presentes. Deben pasarse una pelota de izquierda a derecha y al compás de la música. El facilitador detiene la música y la persona que tiene la pelota debe recibir una pregunta cerrada del compañero de su derecha. La pregunta debe estar acompañada de muchas muecas y movimientos de manos, con la intención de distraer al interrogado. El interrogado no debe reírse, y además debe contestar "sí" o "no" de forma verbal a la respuesta. Si la respuesta es "sí" deberá estar acompañada de un movimiento de negación con la cabeza y si es "no", de uno de afirmación. El interrogado debe contestar con la verdad sino pierde y es retirado del círculo. Luego, se invita a compartir experiencias e intercambiar ideas. Para finalizar la actividad el facilitador invita a todos los presentes a reflexionar sobre la importancia de la comunicación no verbal en las recaídas en esquizofrenia.

ACTIVIDAD 68: "EL CONCURSO DE MIMOS"

DESCRIPCIÓN

Se dividen en dos grupos a lo presentes. El facilitador invita a cada uno de los grupos a desarrollar una lista de 50 cosas que no sean tan fáciles de representar por medio de señas en un papelota. Se presentan las listas al facilitador. Se solicita a cada grupo escoger a la persona más expresiva para que los represente como mimo. El facilitador les entrega las listas intercambiadas a los representantes de cada grupo. Se inicia el concurso al sonido de un silbato. El representante deberá hacer uso de la expresión corporal para comunicarles las cosas propuestas (en forma de mimo). El facilitador y el ayudante controlarán el total de aciertos de cada grupo. Quien presente mayor número de aciertos en 20 minutos gana el juego. Para terminar, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a toda la audiencia a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 69: "LA HUELGA DE MUDOS"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador invita a cada grupo a desarrollar una manifestación reclamando sus derechos como mudos. Se les invita a crear carteles alusivos al tema. Se da 30 minutos para ello. Se solicita que cada grupo salga al azar a desarrollar su manifestación. Deben utilizar la comunicación no verbal para dar a entender el mensaje que desean transmitir. En ésta actividad gana el grupo que presente una manifestación más dinámica y creativa. Se invita a compartir experiencias e intercambiar ideas. El facilitador solicita a todos los participantes reflexionar sobre la actividad.

XXIV SESIÓN: "RECAÍDA, MEDICACIÓN"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los antipsicóticos típicos y atípicos, sepan reconocer la importancia de utilizarlos de forma adecuada para la prevención de recaídas en esquizofrenia.

MATERIAL

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- Artículos de utilería
- Dos mesas.
- 10 sillas.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir cuatro medicamentos utilizados en la prevención de recaídas en esquizofrenia.

Reconocer dos motivos que imposibilitaron dar una medicación adecuada al familiar que sufre esquizofrenia.

ACTIVIDAD 70: "EL COMERCIAL DE TELEVISIÓN"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone los tipos de medicamentos utilizados en la prevención de recaídas en esquizofrenia, sus riesgos, ventajas y desventajas de los más representativos de cada grupo. Posteriormente se forman dos grupos entre los presentes. Cada grupo debe elegir un tipo de medicación. El facilitador los invita a desarrollar una propaganda televisiva, en donde ellos deben divulgar las bondades y desventajas de la medicación. Pueden utilizar material de utilería (batas de médico, estetoscopios, tabletas gigantes, inyectables gigantes, mesas, sillas, etc.). Gana el grupo que demuestre una mayor creatividad y de un mensaje claro sobre el tema. Al final, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador pide a todos los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 71: "LA MEDICACIÓN ADECUADA"

DESCRIPCIÓN

El facilitador da una breve exposición sobre el uso adecuado de la medicación para la prevención de recaídas. Se forma posteriormente grupos de 4-6 participantes. Se invita a dar sus opiniones sobre lo que consideran necesario para brindar una medicación adecuada al familiar que sufre de esquizofrenia. Cada grupo debe exponer sus necesidades ante los demás en papelotes. Luego, se invita a compartir experiencias e intercambiar ideas. El facilitador solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 72: "EL AFRONTAMIENTO"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupo de 4-6 participantes. El facilitador solicita la participación de todos en el grupo para solucionar los problemas que impiden en la mayoría de casos el brindar un uso adecuado de la medicación. Cada grupo debe aportar sus opiniones en papelotes (deben colocar en forma específica los obstáculos que presentan y las posibles soluciones). Para

finalizar la actividad, el facilitador invita a todos los presentes a intercambiar opiniones y compartir experiencias, así como a reflexionar sobre la importancia de ésta actividad.

XXV SESIÓN: "RECAÍDA, ACTUACIÓN"

OBJETIVOS

Lograr que los familiares se identifiquen con los principios básicos de actuación (seguridad personal, análisis de la situación y solicitud de ayuda profesional), y sepan manejarse eficazmente en el caso de una recaída en esquizofrenia.

MATERIALES

- Equipo de filmación.
- Equipo de sonido.
- 10 papelotes.
- Plumones de colores.

TAREA PARA CASA

Describir la forma adecuada de actuar en caso de presentarse una recaída de la enfermedad en nuestro familiar.

Reconocer dos situaciones de actuación frente a las recaídas en esquizofrenia, y dar sugerencias de cómo ser más eficaz en aquellas.

ACTIVIDAD 73: "LOS PRINCIPIOS BÁSICOS"

DESCRIPCIÓN

El facilitador expone a los presentes sobre los principios básicos de actuación (1º seguridad personal, 2º análisis de la situación, y 3º solicitud de ayuda profesional). Invita a formar grupos de 4-6 participantes. A cada grupo se le da un caso especial para dramatizar. Los casos son: (1) el paciente se encuentra en la cocina y desconoce a sus familiares, se encuentra a la defensiva. (2) el paciente se encuentra en la azotea y delira con ser Dios, desea que nadie se le acerque. (3) el paciente se encuentra en la calle, y actúa de forma violenta ante sus familiares, se queja de un problema inexistente. El facilitador solicita que cada grupo debe crear un drama en el cual apliquen los principios básicos de actuación ante las recaídas en esquizofrenia. Todos en el grupo deben participar. Al azar se presenta el drama de cada uno de los grupos. Para culminar la actividad, el facilitador invita a todos los presentes a intercambiar opiniones y compartir experiencias, así como a reflexionar sobre la importancia de ésta actividad.

ACTIVIDAD 74: "LA ACTUACIÓN EFICAZ"

DESCRIPCIÓN

El facilitador desarrolla una breve exposición sobre la importancia de una adecuada actuación frente a las recaídas en esquizofrenia. Se forma posteriormente grupos de 4-6 participantes. Se invita a brindar sus opiniones sobre lo que consideran necesario para poder actuar eficazmente frente a las recaídas que sufre el familiar con esquizofrenia. Cada grupo debe exponer sus necesidades ante los demás en papelotes. El facilitador solicita a los presentes que desarrollen preguntas a sus compañeros e intercambian ideas, así mismo a reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 75: "LOS OBSTÁCULOS"

DESCRIPCIÓN

Se forman grupos de 4-6 participantes. El facilitador solicita la participación de todos en el grupo para solucionar los problemas que impiden en la mayoría de casos el dar una eficaz actuación frente a las recaídas en esquizofrenia. Cada grupo debe dar sus opiniones en

papelotes (deben colocar en forma específica los obstáculos que presentan y las posibles soluciones). Para finalizar la actividad, se comparten experiencias e intercambian ideas. El facilitador invita a los presentes a reflexionar sobre la actividad.

3^{ERA} FASE: APOYO TERAPÉUTICO A LA FAMILIA

XXVI - XXX SESIÓN: "SOLUCIÓN DE PROBLEMAS I - V"

OBJETIVO

Lograr que los familiares se identifiquen con la problemática presente en su núcleo familiar, sepan asumirla y darle una solución eficaz.

MATERIAL

- Equipo de sonido.
- 30 Papelotes
- Plumones de colores

TAREA PARA CASA

Reconocer cuatro problemas fundamentales presentes en su ámbito familiar.

Formular dos soluciones posibles para cada uno de los problemas planteados anteriormente.

ACTIVIDAD 76, 79, 82, 85, 88: "LA UBICACIÓN DEL PROBLEMA"

DESCRIPCIÓN

Se invita a todos los participantes a describir en una hoja los problemas presentes en el ámbito familiar referente a la enfermedad. El facilitador solicita que de todos los problemas planteados, se escojan sólo dos. Cada participante tiene que escribir en un papelote los dos problemas escogidos y ubicarlos en el tiempo, espacio y persona, es decir, explicar: ¿cuándo se presenta con mayor frecuencia el problema?, ¿dónde se presenta con mayor frecuencia el problema?, y ¿con quien(es) se presenta con mayor frecuencia el problema? Luego, se invita al azar a un participante para exponer ante los presentes su dilema. Para culminar, el facilitador pide a la audiencia que compartan experiencias e intercambian ideas. Se solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 77, 80, 83, 86, 89: "LOS REQUERIMIENTOS"

DESCRIPCIÓN

Se invita a todos los presentes a brindar sus opiniones sobre lo que consideran necesario para poder actuar eficazmente frente a los dos

problemas de la enfermedad, planteados en la actividad anterior por cada uno de ellos. Todas las opiniones son escritas en papelotes. El facilitador invita a la audiencia que compartan experiencias e intercambian ideas. Se solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ACTIVIDAD 78, 81, 84, 87, 90: "LOS INVONVENIENTES"

DESCRIPCIÓN

El facilitador solicita la participación de la audiencia para brindar sus opiniones sobre los posibles inconvenientes que crean tener para lograr solucionar los problemas planteados en la primera actividad. Todas las opiniones son escritas en papelotes. Y para finalizar, el facilitador solicita a los presentes que compartan experiencias e intercambian ideas que permitan superar aquellos inconvenientes. Se solicita a los presentes reflexionar sobre la actividad.

ESCALA DE ACTITUD DE JAZBEL

1. Es fácil demostrar afecto a un enfermo de esquizofrenia.
2. Es bastante gratificante salir a la calle con mi familiar enfermo de esquizofrenia.
3. El paciente que sufre de esquizofrenia difícilmente reconoce que esta enfermo.
4. Acompaño a mi familiar enfermo de esquizofrenia a la consulta del médico psiquiatra.
5. Disfruto al conversar con mi familiar enfermo de esquizofrenia.
6. Seguir el tratamiento al pie de la letra mejora la enfermedad de mi familiar.
7. Me gusta estar informado sobre la enfermedad de mi familiar.
8. Me es fácil celebrar mis triunfos con mi familiar enfermo de esquizofrenia.
9. Pienso que el tener un familiar con esquizofrenia es una bendición de Dios.
10. Participo en la adquisición de medicamentos para mi familiar enfermo de esquizofrenia.
11. Me es fácil decirles a mis conocidos que tengo un familiar enfermo de esquizofrenia.
12. Los pacientes con esquizofrenia se deprimen.
13. Me siento alegre de tener un familiar enfermo de esquizofrenia en casa.
14. En la prevención de recaídas en esquizofrenia es importante saber controlar el estrés.
15. Se debe seguir con la medicación, si ya no se presentan síntomas de esquizofrenia.
16. Es fácil sentir vergüenza cuando se vive con un enfermo de esquizofrenia.
17. Me es difícil relacionarme con las familias de pacientes con esquizofrenia.
18. Creo que a mi familiar enfermo de esquizofrenia le han hecho brujería.
19. La esquizofrenia es una enfermedad poco contagiosa.
20. Me es difícil estar acompañado de mi familiar enfermo de esquizofrenia.
21. El tener un enfermo de esquizofrenia en casa es una carga muy pesada.
22. Creo que la violencia es parte de la enfermedad de mi familiar.
23. La esquizofrenia se inicia cuando uno es niño.
24. Es fácil perder los estribos cuando se vive con un familiar enfermo de esquizofrenia.
25. La esquizofrenia es más frecuente en varones.
26. Creo que los enfermos de esquizofrenia deberían vivir en un hospital psiquiátrico.
27. Me es difícil dejar de criticar a mi familiar enfermo de esquizofrenia.
28. Pienso que la medicación recibida por mi familiar enfermo

- de esquizofrenia, en vez de ayudarlo a sanar, lo empeora.
- 29.** Siento temor de convivir con un enfermo de esquizofrenia.
- 30.** Me es difícil actuar en caso de que mi familiar recaiga.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre del familiar: _____ Código: _____

Edad: _____ Sexo: M () F () Fecha de encuesta: _____

ESCALA DE ACTITUD DE JAZBEL

1. Rara vez o nunca es mi caso.
2. Pocas veces es mi caso.
3. A veces es mi caso.
4. Muchas veces es mi caso.
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

Marque su respuesta correcta de esta manera: ●

1	① ② ③ ④ ⑤	11	① ② ③ ④ ⑤	21	① ② ③ ④ ⑤
2	① ② ③ ④ ⑤	12	① ② ③ ④ ⑤	22	① ② ③ ④ ⑤
3	① ② ③ ④ ⑤	13	① ② ③ ④ ⑤	23	① ② ③ ④ ⑤
4	① ② ③ ④ ⑤	14	① ② ③ ④ ⑤	24	① ② ③ ④ ⑤
5	① ② ③ ④ ⑤	15	① ② ③ ④ ⑤	25	① ② ③ ④ ⑤
6	① ② ③ ④ ⑤	16	① ② ③ ④ ⑤	26	① ② ③ ④ ⑤
7	① ② ③ ④ ⑤	17	① ② ③ ④ ⑤	27	① ② ③ ④ ⑤
8	① ② ③ ④ ⑤	18	① ② ③ ④ ⑤	28	① ② ③ ④ ⑤
9	① ② ③ ④ ⑤	19	① ② ③ ④ ⑤	29	① ② ③ ④ ⑤
10	① ② ③ ④ ⑤	20	① ② ③ ④ ⑤	30	① ② ③ ④ ⑤

ANEXO VII

SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS (PANSS)

1. ausente
2. mínimo
3. leve
4. moderado
5. moderado-severo
6. severo
7. extremo

Marque la respuesta de esta manera: ●

ESCALA POSITIVA

P1	Delirios	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P2	Desorganización conceptual	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P3	Comportamiento alucinatorio	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P4	Exitación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P5	Grandiosidad	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P6	Susplicacia/persecución	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
P7	Hostilidad	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Score: _____

Síntomas evaluados: _____

ESCALA NEGATIVA

N1	Embotamiento afectivo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N2	Retracción emocional	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N3	Pobre relación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N4	Retracción social pasivo/apático	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N5	Dificultad de pensamiento abstracto	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N6	Falta de espontaneidad y fluidez	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
N7	Pensamiento estereotipado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Score: _____

Síntomas evaluados: _____

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL

PG1	Preocupaciones somáticas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG2	Ansiedad	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG3	Sentimientos de culpa	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG4	Tensión motora	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG5	Manierismos y posturas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG6	Depresión	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG7	Retardo Motor	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG8	Falta de colaboración	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG9	Inusuales contenidos del pensamiento	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG10	Desorientación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG11	Atención deficiente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG12	Ausencia de juicio e introspección	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG13	Trastornos de la volición	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG14	Control deficiente de impulsos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG15	Preocupación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
PG16	Evitación social activa	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Score: _____

Síntomas evaluados: _____

TIPO SINTOMATOLÓGICO:

① **POSITIVO:** 3 o más síntomas con score ≥ 4 en la escala positiva, y menos de 3 síntomas con score ≥ 4 en la escala negativa.

② **NEGATIVO:** 3 o más síntomas con score ≥ 4 en la escala negativa, y menos de 3 síntomas con score ≥ 4 en la escala positiva.

③ **MIXTO:** 3 o más síntomas con score ≥ 4 en ambas escalas.

④ **NINGUNO:** Cuando no se aplican los criterios anteriores.

ESCALA POSITIVA (P)

P1. Delirios. Creencias que son infundadas, no realistas y extravagantes.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Presencia de una o dos ideas delirantes que son vagas, no cristalizadas, y no son sostenidas con tenacidad. No interfieren con el pensamiento, relaciones sociales o el comportamiento.
4. Moderado – Presencia ya sea de un conjunto caleidoscópico de ideas delirantes mal formadas o inestables, o pocas ideas delirantes bien formadas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
5. Moderado-severo – Presencia de numerosas ideas delirantes bien formadas que son tenazmente sostenidas y ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
6. Severo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están cristalizadas, posiblemente sistematizadas, y son tenazmente sostenidas e interfieren claramente el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
7. Extremo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están ya sea altamente sistematizadas o muy numerosas, y que dominan las principales facetas de la vida del paciente. Esto frecuentemente

resulta en acciones inapropiadas e irresponsables, que incluso pueden amenazar la seguridad del paciente o de otros.

P2. Desorganización conceptual. Desorganización del proceso del pensamiento caracterizado por una interrupción en la secuencia dirigida a un objetivo, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones sueltas, falta de lógica general, o bloqueo del pensamiento.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Hay dificultad en dirigir el pensamiento a un objetivo, y algunas asociaciones sueltas pueden evidenciarse bajo presión.
4. Moderado – Capaz de enfocar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero se vuelven sueltas o irrelevantes cuando se trata de comunicaciones más complejas o bajo mínima presión.
5. Moderado-severo – Generalmente tiene dificultad en organizar el pensamiento, como se muestra en las frecuentes desconexiones o asociaciones y respuestas al margen aun sin estar exigido.
6. Severo – El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, resultando con irrelevancias generales y desorganización en el proceso del pensamiento, lo que ocurre casi permanentemente.

7. Extremo – El pensamiento está desorganizado a tal grado que el paciente es incoherente. Hay marcadas asociaciones sueltas que resultan en total falla de la comunicación, por ejemplo “ensalada de palabras” o mutismo.

P3. Comportamiento alucinatorio. Información verbal o comportamiento que indica percepciones que no están generadas por estímulos externos. Estas pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o somáticas.

1. Ausente – La definición no se aplica.

2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligero – Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o algunas percepciones anormales vagas que no alteran el pensamiento o la conducta.

4. Moderado – Las alucinaciones ocurren frecuente pero no continuamente, y el pensamiento y comportamiento del paciente están afectados en grado mínimo.

5. Moderado-severo – Las alucinaciones son frecuentes, pueden involucrar más de una modalidad sensorial y tienden a distorsionar el pensamiento o trastornar el comportamiento. El paciente puede tener una interpretación delirante de estas experiencias y tener respuestas emotivas y en ocasiones también verbales.

6. Severo – Las alucinaciones están presentes casi continuamente, distorsionando gravemente el pensamiento y el comportamiento. El paciente trata las alucinaciones como percepciones reales y su funcionamiento está impedido por las frecuentes respuestas emocionales y verbales.

7. Extremo – El paciente está casi totalmente preocupado por las alucinaciones, que prácticamente dominan el pensamiento y el comportamiento. Las alucinaciones están provistas de una interpretación delirante rígida y provocan respuestas verbales y del comportamiento, que incluyen la obediencia a las órdenes alucinatorias.

P4. Excitación. Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.

1. Ausente – La definición no se aplica.

2. Mínimo – Patología cuestionable puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligeramente – Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o excitado durante la entrevista, pero sin episodios específicos de excitación o labilidad efectiva marcada. El lenguaje puede estar ligeramente acelerado.

4. Moderado – Agitación o excitación claramente evidentes durante la entrevista, afectando el lenguaje y la movilidad general; pueden ocurrir estallidos episódicos en forma esporádica.

5. Moderado-severo – Se observan hiperactividad significativa o estallidos frecuentes de actividad motora, lo que dificulta que el paciente permanezca sentado por más de unos minutos.

6. Severo – La entrevista está dominada por una excitación marcada, que disminuye la atención y afecta en cierto grado las funciones personales como comer y dormir.

7. Extremo – La excitación muy marcada interfiere seriamente el comer y dormir y hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. La aceleración del lenguaje y la actividad motora pueden señalar incoherencia y agotamiento.

P.5 Grandiosidad. Opinión de sí mismo exagerada y convicciones de superioridad irreales que incluyen habilidades extraordinarias, riqueza, conocimiento, fama, poder y rectitud moral.

1. Ausente- La definición no se aplica.

2. Mínimo- Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligero - Se evidencia algo de expansividad o jactancia, pero sin ser claramente delirio de grandeza.

4. Moderado - Se siente clara e irrealmente superior a otros. Algunas ideas delirantes mal formadas acerca de status u habilidades especiales pueden estar presentes pero no influyen en el comportamiento.

5. Moderado-severo - Ideas francamente delirantes en relación a sus habilidades, status o poder sobresalientes, que influyen en su actitud pero no en su comportamiento.

6. Severo - Expresa ideas francamente delirantes de marcada superioridad en más de un parámetro (riqueza, conocimiento, fama, etc.) que influyen notablemente en sus interacciones y comportamiento.

7. Extremo - Pensamiento, interacciones y comportamiento dominados por delirios múltiples de habilidad, riqueza, conocimiento, fama, poder y/o estatura moral excepcionales que pueden tener rasgos bizarros.

P6. Susplicacia/ Persecución. Ideas irreales o exageradas de persecución reflejadas en actitud defensiva, desconfiada, sospecha hipervigilante, o franco delirio de que alguien desea dañarle.

1. Ausente - La definición no se aplica.

2. Mínimo = Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligero = Presenta actitud defensiva o francamente desconfiada, pero sus pensamientos, interacciones y comportamiento están mínimamente afectados.

4. Moderado – La desconfianza es claramente evidente e interfiere con la entrevista y/o el comportamiento, pero no hay evidencias de delirio de persecución. Alternativamente, puede haber indicios de un delirio de persecución laxamente formado, pero que parece no afectar la actitud del paciente o sus relaciones interpersonales.

5. Moderado-severo – El paciente muestra marcada desconfianza, que ocasiona grave distorsión de las relaciones interpersonales, o un delirio persecutorio claramente definido con impacto limitado en sus relaciones interpersonales o su comportamiento.

6. Severo – Delirio de persecución franco que puede estar sistematizado y que interfiere en forma significativa en las relaciones interpersonales.

7. Extremo – Una trama de delirios de persecución sistematizados dominan el pensamiento del paciente, sus relaciones sociales y su comportamiento.

P7 Hostilidad. Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad.

1. Ausente – La definición no se aplica.

2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligero = Comunicación de ira indirecta o restringida como sarcasmo, falta de respeto, expresiones hostiles y ocasionalmente irritabilidad.

4. Moderado – Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando frecuentemente irritabilidad y expresión directa de enojo o resentimiento.
5. Moderado-severo - el paciente está muy irritable y ocasionalmente hay abuso verbal o amenazas.
6. Severo = Falta de cooperación; el abuso verbal y las amenazas influyen notablemente en la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede estar violento y destructivo pero no arremete físicamente a otros.
7. Extremo – La ira excesiva produce total falta de cooperación, evitando otro tipo de interacciones, así como episodios de agresión física hacia otros.

ESCALA NEGATIVA (N)

N1. Embotamiento Afectivo. Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
5. Moderado - severo: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. Retracción emocional. Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.

1. Ausente: La definición no es aplicable.
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
4. Moderado: El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.

5. Moderado - severo: El paciente está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación.

El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.

6. Severo: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el paciente necesita supervisión.

7. Extremo: Paciente casi totalmente aislado, incommunicativo, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. Pobre relación: Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.

1. Ausencia: La definición no es aplicable.

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.

3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

4. Moderada: El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.

5. Moderada - severa: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.

6. Severa: El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.

7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retracción social, apatía pasiva. Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.

1. Ausencia: La definición no es aplicable.

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.

3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa.

Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.

4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.

5. Moderada - severa: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.

6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.

7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. Dificultad de pensamiento abstracto. Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

1. Ausencia: La definición no es aplicable.
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. Moderada - severa: Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas.
7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación: Reducción de la fluidez normal de

conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.

1. Ausencia: La definición no es aplicable.
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
5. Moderada - severa: El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
6. Severa: Las respuestas del paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.

7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. Pensamiento estereotipado. Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril.

1. Ausencia: La definición no es aplicable.

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.

3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.

4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.

5. Moderada - severa: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.

6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.

7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente.

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PG)

PG1. Preocupaciones somáticas. Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Preocupaciones a cerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
4. Moderado: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
5. Moderado severo: El paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones acerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
6. Severo: El paciente manifiesta uno o mas delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del paciente sobre estos temas.

7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

PG2. Ansiedad. Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.

4. Moderado: El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.

5. Moderado severo: El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.

6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.

7. Extremo: La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. Sentimientos de culpa. Remordimientos o auto reproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el paciente no está claramente afectado.

4. Moderado: El paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.

5. Moderado severo: El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo.

Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.

6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El paciente cree que

debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.

7. Extremo: La vida del paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el propio paciente.

PG4. Tensión motora. Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.

4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.

5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.

6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.

7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado mas de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. Manierismos y posturas. Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.

4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.

5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.

6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.

7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. Depresión. Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.

4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.

5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.

6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de auto abandono.

7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto abandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. Retardo motor. Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El paciente puede ser poco productivo tanto en el habla como en los gestos.

4. Moderado: El paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.

5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El paciente se encuentra habitualmente sentado o tumbado.

6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.

7. Extremo: El paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. Falta de colaboración. Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.

4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.

5. Moderado severo: El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato". La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.

6. Severo: El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.

7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. Inusuales contenidos del pensamiento. El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
5. Moderado severo: El paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
6. Severo: El paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. Desorientación. Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligeramente: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el paciente sabe donde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.
4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.
5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.
6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente no sabe donde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.
7. Extremo: El paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de

donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. Atención deficiente. Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción} ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.
4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.
5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
6. Severo: El paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.

7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. Ausencia de juicio e introspección. Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.

4. Moderado: El paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El paciente puede

racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.

5. Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.

6. Severo: El paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.

7. Extremo: Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el paciente puede rehusar a cooperar con el médico, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. Trastornos de la volición. Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligeramente: Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
4. Moderado: El paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
5. Moderado severo: El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.
6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. Control deficiente de impulsos. Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
4. Moderado: El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
5. Moderado severo: - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
6. Severo: El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
7. Extremo: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. Preocupación. Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.
4. Moderado: El paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.
5. Moderado severo: El paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.
6. Severo: Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.
7. Extremo: El paciente está casi siempre absorto en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. Evitación social activa. Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.
4. Moderado: El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
5. Moderado severo: El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.
6. Severo: El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
7. Extremo: No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.