



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**NIVEL DE ANSIEDAD EN FAMILIARES CON PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR PRIMERA VEZ  
Y REINCIDENTES**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A :

**LUZ MAGALI MORENO FONSECA**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

JUNIO 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

*Después de 6 años, concluyó un ciclo: personal y escolar, lo cuál ha sido muy interesante y sobre todo lo que ha trascendido en mi ser éste proyecto; gracias DIOS por acompañarme en mi camino cada segundo y darme la fuerza para afrontar situaciones difíciles y muchas de gozo al lado de las personas que más amo y darme cuenta que una de las mejores decisiones que he elegido es ser Psicóloga.*

### **A mis padres**

Bonita, eres la mujer más extraordinaria, amorosa, inteligente y con tu dedicación y lucha eres el ejemplo de que DIOS EXISTE.

Pá, No me alcanza la vida para agradecerte todo lo que me has enseñado y sobre todo el apoyo incondicional a tu güera, te amo mucho.

### **A mis hermanos**

Los amo con todas mis fuerzas, gracias por su amor, paciencia y apoyo.

**Diana**, gracias por este reencuentro, ha sido muy importante darme cuenta de la gran hermana y amiga que tengo.

### **Ita**

Eres un ejemplo de sabiduría y que después de la tempestad viene la calma con el mejor humor y actitud, te quiero.

### **Abraham, Celia, tíos, primos y para los ya están con Dios**

Con su apoyo, consejos y amor me dan fuerzas para seguir la adelante con una sonrisa.

### **Doctor Carlos Quiróz**

Quiero agradecerle como Terapeuta y Colega.

Su dedicación, acompañamiento y apoyo en los momentos más difíciles en mi vida y con de familia han trascendido en el Aquí y Ahora en que si queremos pueden ser diferentes y mejores las cosas.

Gracias por las aportaciones, consejos y disponibilidad para la realización de éste proyecto.

### **Lili, Yenny, Lore, Claus, Viry, Chio, Fer**

Es una bendición contar con sus palabras sensatas, escucha, abrazos y amor, el poder confiarme en ustedes y su apoyo aun cuando la distancia y circunstancias no nos permitan estar más cerca, doy gracias a Dios por mis mejores amigos.

### **Profesores y Asesores**

#### **Martha Laura y Emiliano Lezama**

Gracias por su dedicación, experiencia, consejos y por ser un ejemplo de profesionalismo y guía a lo largo de la Carrera de Psicología y en la realización de la tesis.

---

### **Rigo**

Con tu amor y tu ser, he conocido que la vida se puede VIVIR con AMOR de forma libre y plena; gracias por compartir tu tiempo y apoyo para éste logro, que dedico a nuestra familia. **Juntos en el camino... TE AMO PARA SIEMPRE ESPOSO**

### **Pou & Tolo**

A mis gorditos, gracias por permitirme conocer el amor más puro e incondicional...  
Los amo con todo mi corazón.

---

## INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>i</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>vi</b>
<b>CAPITULO I: ANSIEDAD</b> .....	<b>1</b>
1.1 Definición .....	13
1.2 Enfoques teóricos .....	14
1.2.1 Teoría Psicoanalítica .....	14
1.2.2 Teoría Conductual .....	17
1.2.2.1 Condicionamiento clásico .....	17
1.2.2.2 Condicionamiento operante.....	18
1.2.2.3 Aprendizaje Vicario u observacional .....	20
1.2.3 Teoría Cognitiva.....	21
1.2.4 Psiconeurobiológico.....	23
1.3 Ansiedad Rasgo – Ansiedad Estado .....	23
1.4 Causas ansiedad. ....	25
1.4.1 Causas orgánicas .....	25
1.4.2 Causas por fármacos o sustancias.....	25
1.4.3 Causas sociales.....	26
1.5 Síntomas generales de ansiedad. ....	26
1.5.1 Aportaciones de los síntomas de ansiedad por Jesús de la Gándara y José Fuentes .....	26
<b>CAPITULO II: FAMILIA</b> .....	<b>29</b>
2.1 Perspectiva Histórica de la Familia.....	30
2.2 Concepto de Familia. ....	33

2.3 Tipología desde su organización y funcionamiento .....	36
2.4 Sistemas familiares.....	37
2.5 Relaciones Familiares.....	40
2.6 Familia: Situaciones de crisis .....	43
2.7 ¿Cómo evitar las crisis?.....	45
2.8 Enfermedad Mental en la familia .....	46
2.8.1 Familias Fóbicas.....	46
2.8.2 Familias Psicossomáticas.....	47
2.8.3 Familias Maníacas.....	48
2.8.4 Familias Depresivas.....	49
2.8.5 Familias Esquizofrénicas .....	52
2.9 Familia frente al enfermo mental.....	54
2.10 Familias con un paciente psiquiátrico.....	54
2.11 Función de la familia: atención y cuidados.....	56
<b>CAPITULO III: HOSPITALIZACIÓN.....</b>	<b>58</b>
3.1 Niveles de atención médica y sus funciones.....	59
3.2 Hospitalización .....	59
3.3 Atención Médico Psiquiátrica Hospital “Héctor Tovar Acosta” .....	60
3.3.1 Hospitalización Psiquiátrica .....	60
3.3.2 Hospital Parcial .....	61
3.3.3 Admisión continúa.....	62
3.3.4 Consulta externa (Extensión Hospitalaria) .....	62
<b>CAPITULO IV: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE).....</b>	<b>64</b>
4.1 Características .....	65
4.2 Normas de aplicación .....	65

<b>CAPITULO V: METODOLOGÍA</b> .....	<b>68</b>
5.1 Objetivo .....	69
5.2 Objetivos Específicos.....	69
5.3 Diseño de investigación.....	69
5.4 Hipótesis .....	69
5.5 Variables .....	70
5.5.1 Variable Independiente.....	70
5.5.2 Variable Dependiente .....	70
5.6 Escenario .....	70
5.7 Población .....	70
5.8 Procedimiento .....	71
<b>CAPITULO VI: RESULTADOS</b> .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>93</b>

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar si existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad rasgo y estado en dos poblaciones: familiares de pacientes hospitalizados por primera vez y reincidentes. El estudio se realizó en el Hospital de Psiquiatría “Héctor Tovar Acosta”, del Instituto Mexicano del Seguro Social

Los sujetos participantes fueron 60, familiares de los pacientes hospitalizados en el psiquiátrico, 31 son de primera vez y 29 de pacientes reincidentes.

Se aplicó la prueba psicométrica IDARE, Inventario de ansiedad: rasgo- estado, durante el período de las visitas a los pacientes los fines de semana. Esta fase requirió de un lapso de tiempo de 4 semanas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que la **hipótesis de investigación se acepta** en cuanto a ansiedad rasgo y se rechaza la hipótesis nula. Así, puede decirse que si existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad rasgo en los familiares de pacientes de primera vez comparados con los familiares de pacientes reincidentes. Los familiares de primera vez obtuvieron altos niveles de ansiedad en rasgo sobre el de familiares de pacientes reincidentes. Cabe señalar, como se había indicado, que en el tipo de ansiedad estado, la diferencia no es significativa aun cuando se aprecia que es mayor en los familiares de primera vez.

Se concluye que ser familiar de un paciente psiquiátrico de primera vez se relaciona con el nivel de ansiedad rasgo aun cuando no se relaciona con la ansiedad estado, lo que puede ser atribuido a que en el grupo de los de primera vez se ha enfrentado recientemente a una problemática que quizá no había padecido antes, por lo que tiende a percibir de manera generalizada muchas de las situaciones como amenazantes

Por otra parte, puede considerarse que los familiares de reincidentes probablemente han ya asumido la situación y son menos vulnerables a la problemática que enfrentan

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no tengan este carácter, esta manera de reaccionar se considera no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva dado que es intensa y frecuente.

Actualmente la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente, comprende una serie de síntomas que cada vez son más comunes en nuestra sociedad, que se manifiestan en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, repercutiendo en todos los ámbitos de su vida, en el social, laboral y familiar.

En este sentido, la familia es el sitio donde los individuos nacen y se desarrollan; en ella se nota con más claridad la articulación de los integrantes a una cultura. En la familia se dan pautas para los procesos de socialización primaria, se aprenden los comportamientos y se reafirman los valores, actitudes y costumbres que rigen en la sociedad.

Así mismo, el hecho de que un miembro de la familia desarrolle una patología psiquiátrica, se convierte en un grave estresor familiar y el mal manejo en la atención puede desencadenar un desequilibrio tanto en el paciente como en la familia.

Ante ello la familia comienza a tener mecanismos de defensa, como primera instancia la negación, al no aceptar que un miembro de la familia padece un trastorno psiquiátrico; en este sentido, resulta interesante indagar si el tiempo que tiene el paciente de haber sido diagnosticado como tal se encuentra relacionado con la ansiedad que presentan sus familiares

Por ello, el objetivo de esta investigación es validar si existe diferencia significativa entre la ansiedad rasgo y estado en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados por primera vez y reincidentes.

Para llegar a la resolución de este cuestionamiento, se requiere como soporte un marco teórico para la comprensión de los siguientes conceptos de interés:

Por ello, en el primer capítulo, se conceptualizará a la ansiedad, bases teóricas, clasificación: ansiedad rasgo y ansiedad estado, además de las causas y síntomas que desencadenan.

En el segundo capítulo, se revisarán las diferentes perspectivas acerca del origen y evolución sobre la familia, clasificación de acuerdo a la tipografía y las particularidades del sistema familiar, como se detonan las crisis y cuál es el impacto que tiene en la familia frente al paciente psiquiátrico.

En el capítulo tercero, se hace una descripción de los tipos de atención que brindan las unidades de Instituto Mexicano del Seguro Social, y hospitalización de los pacientes al Hospital Psiquiátrico “Héctor Tovar”.

En el capítulo quinto, se plantean todos los pasos que determina la metodología, objetivos, hipótesis, variables, metodología de investigación: cuantitativo, tipo correlacional, población, escenario el procedimiento que se llevó a cabo para la aplicación del Instrumento IDARE para poder determinar si se rechaza o no las hipótesis planteadas con base en los resultados obtenidos.

Finalmente se detallan las conclusiones en donde se especifica si se cumplió el objetivo, las hipótesis se aceptan o rechazan y exponiendo las limitaciones que se encontraron en el estudio y las sugerencias para investigaciones posteriores siguiendo la misma línea de estudio.

## **CAPITULO I: ANSIEDAD**

Este capítulo tiene por objetivo presentar el concepto de ansiedad formulado por diversos autores, conocer sus antecedentes teóricos, las causas, y síntomas.

## **1.1 Definición**

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1975), definió a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.

Para Wolpe, J. (1981) afirma que aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos.

Skinner, B. (1979) la define como “miedo a un evento inminente, es más que expectativa...”, “la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo de aversión condicionada.

La ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, y se puede transformar en una respuesta patológica cuando sucede de manera innecesaria y desproporcionada interfiriendo negativamente en la vida laboral, social familiar. (Cía, 2002)

Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por la perturbación, inquietud y la inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Cía, 2007)

Simspon (1980), afirma que la ansiedad es una característica de la personalidad y de responder a situaciones como respuesta al estrés.

La ansiedad es un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones como: aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro ante una amenaza subjetiva (Gándara, Fuentes, 1999)

Rojas (1998), define la ansiedad como una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido. Este temor se experimenta como anticipación de lo peor, al futuro, cargado de malos presagios, precipitación sobre el presente provocando anticipación temerosa rodeada de incertidumbre. (Rojas, 1998)

Cía, (2002) constituye a la ansiedad como una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad a lo largo de la escala biológica, es la protección del individuo y su función clave es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en diferentes entornos para la sobrevivencia.

Spielberger (1975) afirma que la ansiedad, es un estado emocional displacentero, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión o preocupación y la activación del sistema nervioso autónomo.

## **1.2 Enfoques teóricos**

Existen diversas formulaciones teóricas al respecto de la ansiedad, a continuación se mencionan algunas de ellas.

### **1.2.1 Teoría Psicoanalítica**

El primer autor que elabora estudios al respecto de la ansiedad fue Freud (1894), quien propuso en primera instancia que, era el resultado de una reacción de la memoria inconsciente ante peligros reales e imaginarios en su mayor parte relacionados con deseos infantiles; tratándose de una respuesta fisiológica que

provenía de la transformación y acumulación de tensión sexual (libido) que no había sido descargada. (Freud, 1894)

Asimismo, en 1926, determina que la ansiedad conduce a la represión del instinto. Para entender esta idea, es importante partir de los conceptos básicos de la teoría freudiana, así, se considera que El YO es justo el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad está representada por el SUPERYO; la biológica representada por el ELLO (impulsos).

Cuando estas dos últimas instancias establecen un conflicto sobre el Yo, es comprensible que el sujeto se sienta amenazado, abrumado, situación que es denominada por Freud como ansiedad, como una señal del YO que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro.

Freud consideró 3 tipos de ansiedad:

1. **Ansiedad de realidad:** la cual coloquialmente llamó “miedo”, que es provocado por peligros reales.
2. **Ansiedad Moral:** cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado en el SUPERYO (culpa, vergüenza y miedo al castigo).
3. **Ansiedad neurótica, que en latín significa nervioso:** consiste en el miedo a sentirse abrumados por los impulsos del ELLO, por ejemplo, cuando una persona experimenta que pierde el control, (Boeree, 2002)

El cuadro clínico de la misma, según la descripción freudiana, consta de los siguientes elementos:

- a) Irritabilidad general
- b) Expectación ansiosa (escrupulosidad, pedantería o manía)
- c) Ansiedad que acecha constantemente
- d) Crisis rudimentarias de ansiedad
- e) Despertar nocturno con terror
- f) Vértigo
- g) Fobias (miedos específicos)
- h) Alteraciones digestivas

Para la teoría psicoanalítica la ansiedad es una señal para el YO de un impulso inaceptable que está buscando adquirir representación consciente y poder liberarse y provocando en el YO la adopción de medidas defensivas contra las presiones del ELLO, son los conflictos, el ambiente, los conflictos, causando alteraciones en el equilibrio psíquico, activando la ansiedad y entran los mecanismos de defensa del YO.

Esta teoría diferencia cuatro modalidades y/o categorías de la ansiedad:

1. Ansiedad del SUPERYO: son los sentimientos de culpa, que procede de una acción equivocada, detonando la ansiedad al sentir temor de ser descubierto.
2. Ansiedad de castración: se refiere al miedo a las lesiones corporales o la disminución de la capacidad personal.
3. Ansiedad de separación: es el temor anticipado a la pérdida de algún vínculo significativo.

4. Ansiedad del ELLO: se presenta en individuos con tendencia a la agresión, y estos temen a perder el control de sus impulsos y al actuar de forma irracional. Cía (2002)

## **1.2.2 Teoría Conductual**

El Conductismo clasifica a la ansiedad simplemente como una conducta, que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta" (Skinner, B. 1974).

### **1.2.2.1 Condicionamiento clásico**

Watson y Rayner, (1920), relacionan la ansiedad con el condicionamiento clásico, postulando que está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos.

El condicionamiento clásico nace a consecuencia de los estudios de Pavlov sobre la fisiología de la digestión (reflejos de salivación en perros). La denominación de Clásico le viene por ser el primer modelo teórico de aprendizaje basado en datos experimentales, pero también es conocido por los nombres de pavloviano, reflejo (por provocar la puesta en marcha de mecanismos reflejos aprendidos) y respondiente (por condicionar respuestas de tipo innato o respondiente) y es definido como la respuesta condicionada (RC) que un organismo emite ante un estímulo neutro (EC) por estar asociado con otro estímulo que sí es suscitado (EI) de esa respuesta.

Los principios del condicionamiento clásico se han aplicado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad teniendo como objetivo, romper con la asociación que existente entre el estímulo condicionado y su respuesta condicionada (temor), sin presentar el estímulo incondicionado (agente externo).

Un ejemplo de la estrategia aplicada en el tratamiento de la ansiedad a través del condicionamiento clásico: si una persona tiene miedo a los perros porque uno de ellos le mordió, el tratamiento psicológico de elección será exponer a esta persona al contacto con los perros, para que compruebe que no hay peligro y su respuesta de temor y evitación desaparezca. Este proceso se puede llevar de varias técnicas: a través inundación, se le pide a la persona que permanezca en una habitación con un perro durante un período de tiempo largo hasta que note que su ansiedad ha disminuido. En muchos casos este proceso se realiza pidiendo a la persona en primer lugar que imagine esta situación, a esta técnica se denomina inundación imaginada.

En una segunda fase se expone **in vivo a la persona** ante el objeto fóbico, técnica de **inundación in vivo**. En algunas situaciones es poco recomendable o simplemente no es posible exponer in vivo a la persona a los estímulos que le producen miedo, según el caso miedo a algunos animales (serpientes) o algunas situaciones naturales (tormentas, truenos...). En estos casos la exposición en imaginación es el tratamiento de elección.

El condicionamiento clásico puede servir para dar explicación a determinadas formas de obrar, lo cual contribuye a facilitar la comprensión y búsqueda de soluciones en el proceso de aprendizaje. Pavlov (1849-1936)

### **1.2.2.2 Condicionamiento operante**

La realización de una conducta va seguida de una consecuencia positiva (una recompensa o refuerzo positivo) o bien de la desaparición o evitación de una consecuencia negativa (refuerzo negativo) aumentará la probabilidad de que esa persona repita la conducta. Si, en cambio, tras la realización de esa conducta la consecuencia es negativa (un castigo) es probable que esa conducta no se realice de nuevo.

Finalmente si la ejecución de una respuesta no tiene consecuencia, dicha conducta dejará de realizarse (extinción). Los principios del condicionamiento operante están implicados en la adquisición y el mantenimiento de algunos trastornos de ansiedad.

La evitación del estímulo fóbico es un refuerzo negativo, dado que si no ve o no está cerca de este, no experimentará ansiedad o temor (consecuencia negativa). **La evitación** de las situaciones que provocan ansiedad constituye un potente refuerzo negativo que mantiene el trastorno. La negativa a estar en situaciones de riesgo reduce la posibilidad de que la persona experimente ansiedad, es algo positivo, no siente ansiedad y por eso la realiza. La ejecución de la conducta compulsiva reduce la ansiedad asociada al temor de una posible enfermedad o contagio. Desde este punto de vista, la obsesión se mantiene porque la compulsión actúa como un reforzador negativo. Por lo tanto la persona no comprueba la validez o no de sus temores (¿perderá el control si sale de casa?, ¿se contagiará de una enfermedad si no se lava las manos?) porque no se enfrenta a las situaciones que le producen ansiedad.

La reacción de ansiedad puede ser directamente reforzada por otras personas, tras una respuesta de miedo se tiene como resultado un “exceso de atención”, siendo este un refuerzo positivo a sus dudas y preocupaciones, las alimenta y los mantiene inalterables.

Por lo tanto, la evitación del objeto o situación que provoca la ansiedad manteniendo solamente el problema, el tratamiento de está, tiene por objetivo romper con este reforzamiento negativo del miedo. Para ello, la persona debe exponerse a estas situaciones que le producen ansiedad en vez de evitarlas. Esto se puede realizar de forma gradual, mediante aproximaciones sucesivas, o de forma brusca. Se considera que la exposición integra elementos del

condicionamiento clásico (habituarse a la ansiedad ante el estímulo fóbico) y del operante (eliminar las conductas de evitación).

### 1.2.2.3 Aprendizaje Vicario u observacional

Este modelo se fundamenta en un aprendizaje complejo que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás.

Las personas han observado las experiencias traumáticas que han vivido otros, ejemplo: observar cómo al vecino le muerde un perro, ser testigo televisivo de un accidente, etc., o simplemente actuar del mismo modo que sus familiares u otras personas cercanas (evitar entrar en contacto con un perro porque sus padres se apartan cada vez que ven uno). En estos casos la experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos; las personas que nos rodean actúan como modelos o ejemplos de conducta a seguir.

Además este aprendizaje facilita la obtención de nuevas conductas y reactiva otras que se realizaban con menor frecuencia, permitiendo la modificación de conductas inadecuadas y se denomina modelado.

Existen diferentes procedimientos de modelado son los siguientes:

**Modelado simbólico:** el niño o adulto ansioso puede observar películas o fotos en las que otras personas interactúan con los estímulos temidos (por ejemplo, un video en el que un niño toca un perro, lo acaricia y juega con él).

**Modelado encubierto:** la persona se imagina primero una situación ansiosa para después representar mentalmente cómo un modelo importante para él (un héroe, un ídolo...) resuelve dicha situación llevando a cabo las conductas temidas.

**Modelado en vivo:** el sujeto observa cómo actúa un modelo (frecuentemente el terapeuta o un colaborador) con el objeto o situación temida.

**Modelado participante:** la persona se enfrenta, ayudado por el modelo (terapeuta) y recibiendo constantemente refuerzo social, a la situación temida. (Guillamón, N., 2004)

Cualquier tratamiento de un trastorno de ansiedad implica reforzar de forma positiva (elogios, pequeños premios o fichas en el caso de los niños, etc.) las conductas de aproximación a la situación u objeto que genera ansiedad.

La práctica reforzada es una técnica psicológica para el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Al niño se le dan instrucciones precisas acerca de lo que debe hacer.

### **1.2.3 Teoría Cognitiva**

Beck y Emery (1985), argumentan que un paciente ansioso se anticipa ante un posible daño a sus vínculos con otras personas, a sus propósitos y objetivos, a su debilidad para afrontar los problemas y desempeñarse adecuadamente para su supervivencia.

El sistema cognitivo influye a través de pensamientos involuntarios repetitivos, no premeditados y rápidos o de imágenes que pasan desapercibidas para la persona. (Beck y cols ,1985)

Beck (1974) explica la creación de círculos viciosos entre la cognición, ansiedad y síntomas físicos, considerando la predisposición individual en la génesis del trastorno.

La ansiedad se asocia con una pérdida amplia de capacidades cognitivas generales para controlar el comportamiento y la emoción, incluso provocar un patrón de limitación del pensamiento y de la conducta. (Luna, 2002)

El modelo cognitivo en la ansiedad, considera 5 factores relevantes que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad en el sujeto y hace que sea propenso a la ansiedad, son los siguientes:

- a) Herencia genética
- b) Enfermedades somáticas
- c) Traumas psicológicos
- d) Ausencia de mecanismos de afrontamiento,
- e) Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado.

El esquema cognitivo admite que las personas con ansiedad tienden a percibir una amenaza cuando no hay razón alguna; a su vez este propone que los sujetos aprendan a evaluar de una manera realista y válida los desencadenantes de la ansiedad.

Beck y Emery (1985) afirman que el paciente ansioso utiliza gran parte de su capacidad cognitiva para percibir los estímulos amenazantes.

Por otra parte, Ingram y Kendall (1987), determinan que las variantes cognitivas que integran la ansiedad son:

- a) Propositiones o contenidos cognitivos, se refiere a la información que actualmente es representada y puesta en consideración.
- b) Estructuras cognitivas o esquemas, son los mecanismos que organizan la información interiormente y es representada en la memoria.

- c) Operaciones cognitivas, son los procesos y procedimientos a través de los cuales el sistema cognitivo opera.
- d) Productos cognitivos, resultado de la interacción y estructuras cognitivas.

#### **1.2.4 Psiconeurobiológico**

Desde la perspectiva biológica, la ansiedad es un estado de alerta frente a una amenaza que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía.

El susto es una información percibida como amenaza; esta situación neurofisiológica de activación la llevan a cabo los mecanismos de control cortico-subcorticales del cerebro y se localiza fundamentalmente en una denominada “formación reticular ascendente”. Dicha zona se conecta con todos los sistemas que controlan los órganos y funciones vitales, lo que desencadena un conjunto de cambios fisiológicos en todo el organismo mediatizados por el llamado “sistema vegetativo”, es decir sistemas neuronales que inervan todo el cuerpo y actúan regulando las descargas de adrenalina y noradrenalina.

El detonante de la respuesta ansiosa puede depender de factores muy diversos (sociales, emocionales, cognitivos, memorísticos, etc.) pero subsiste un elemento común en la ansiedad: es el exceso de señales de salida o aferencias del núcleo central de la amígdala, que es la estructura que registra el significado emocional de los estímulos y para el desarrollo de la memoria emocional. Gándara, Jesús y Fuertes José (1999)

#### **1.3 Ansiedad Rasgo – Ansiedad Estado**

Spielberger (1975) propone que una teoría adecuada de la ansiedad debe diferenciar conceptual y operacionalmente un estado transitorio o un rasgo relativamente estable de la personalidad. Realiza la diferenciación entre rasgo y estado de ansiedad, definiendo a la primera, (trait anxiety) como las diferencias

entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes.

La segunda, (anxiety state) es la condición o estado emocional transitorio del ser humano, caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión subjetivas conscientemente percibidas y con aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Díaz, 1975).

Cuando se hace alusión a rasgo de ansiedad se habla de las diferencias individuales entre las personas en la forma de percibir el mundo y responder a él, mientras que el estado de ansiedad es transitorio, ocurre cuando se evocan estímulos amenazantes y usualmente dura solamente un período limitado de tiempo, después desaparece la amenaza. (Cía, 2002)

Las personas que presentan rasgo de ansiedad elevado aparecen vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio ante las situaciones y tienden a ver el mundo como peligroso o amenazante. (Spielberger, 1984)

Por su parte, Guillamo (2004), afirma que la ansiedad rasgo es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones). La ansiedad rasgo es la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa y tiene la disposición para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder ante estas.

Por otro lado describe que la ansiedad estado, es un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante.

Algunos autores aseveran que la ansiedad rasgo es la característica de personalidad que puede generar a muchos trastornos de ansiedad. Es decir, muchas personas que padecen un trastorno de ansiedad podrían tener un nivel elevado de ansiedad rasgo. Es considerada como la carga genética y está podría ser causal en el desarrollo de trastornos de ansiedad y de depresión que tienen las personas.

#### **1.4 Causas ansiedad.**

Las causas por las que surge la ansiedad en los individuos pueden ser muy diversas y de diferente naturaleza. Normalmente, apenas difieren de las causas que puedan causar el estrés, pero a veces los casos de ansiedad vienen de la mano de algunas causas orgánicas y ciertos trastornos. Otras veces, las causas son psíquicas e incluso en ocasiones de carácter psicosomático. En algunos casos, el detonante de la ansiedad la encontramos en ciertos fármacos o sustancias, en su consumo persistente o, bien al contrario, en la abstinencia de las mismas. Entre las principales causas pueden citarse las siguientes;

##### **1.4.1 Causas orgánicas**

Se puede presentar como una reacción normal a una enfermedad física, sobre todo en si se trata de una enfermedad lo suficientemente grave para ser motivo de consulta en urgencias y, especialmente, si es un paciente “predispuesto” a ello. Los trastornos cardiacos, las enfermedades respiratorias, las pulmonares.

##### **1.4.2 Causas por fármacos o sustancias**

Al respecto de la ingestión de ciertos fármacos y sustancias que pueden inducir la ansiedad, se encuentra el abuso a los estimulantes (anfetaminas, cocaína, marihuana), consumo excesivo de café, el síndrome de abstinencia a sustancias

depresoras del sistema nervioso central (morfina, heroína, alcohol) y fármacos. Una de las principales causantes es la abstinencia al tabaco.

### **1.4.3 Causas sociales.**

En algunas ocasiones los factores ambientales que rodean el trabajo o la vivienda desencadenan la ansiedad, como el ruido ambiental, lugar de trabajo y hogar. (De la Gándara y Fuentes, 1999)

## **1.5 Síntomas generales de ansiedad.**

Existen diversas propuestas que, con fines explicativos detallan los síntomas de la ansiedad, entre ellos pueden citarse

### **1.5.1 Aportaciones de los síntomas de ansiedad por Jesús de la Gándara y José Fuentes**

Cada individuo puede presentar un conjunto de distintos síntomas que conforman el cuadro clínico de su trastorno ansioso. De la Gándara y Fuentes (1999), clasifican los síntomas en cuatro grupos que se relacionan entre sí, por nexos etiopatogénico (causas) y psicopatología, son los siguientes:

➤ **Síntomas derivados de los propios sentimientos y vivencias psíquicas.**

Se manifiestan con la influencia por características culturales, educativas y sociales de cada persona.

- Inquietud
- Inseguridad
- Intranquilidad

- Temor
- Miedo
- Tensión
- Ansiedad/angustia

➤ **Síntomas procedentes de los procesos fisiológicos-manifestaciones somáticas**

Manifestación de la ansiedad somática, con patrones de síntomas debido a la activación del sistema nervioso vegetativo, a las descargas del sistema simpático y este libera adrenalina y noradrenalina.

- Taquicardia (aceleración del pulso)
- Palpitaciones (latidos percibidos conscientemente)
- Sudoración (escalofríos)
- Temblor (ante actos sociales)
- Boca seca (cuando se habla en público)
- Inquietud psicomotora (no poder estar quieto, mover las manos y los pies, etc.)
- Hiperventilación (respiración acelerada) Disnea suspirosa (sensación de falta de aire)
- Tensión muscular (dolores de cabeza, cuello y espalda)
- Diarrea o constipación (estreñimiento)
- Vértigos
- Hiperactividad

➤ **Síntomas obtenidos del elevado tono de alertización del sistema nervioso central.**

Manifestación de alerta que se activa ante una situación de riesgo amenaza que detona un mecanismo de defensa.

*En el sueño:*

- Insomnio
- Pesadillas
- Hipersomnias diurnas (sensación de aumento de sueño: (agotamiento o fatiga)

*Alimentación:*

- Anorexia
- Bulimia

*Sexualidad:*

- Inhibición del deseo
- Impotencia
- Anorgasmia

*Rendimiento intelectual:*

- Dificultad con la memoria y atención.
- Poca capacidad de concentración, olvidos.

➤ **Síntomas dependientes de otras variables.**

- Tensión en las relaciones familiares o sociales.
- Baja autoestima
- Deterioro rendimiento laboral.
- Vicios (alcohol, tabaco, drogas e incluso café). (Gándara, Jesús y Fuertes, José, 1999)

## **CAPITULO II: FAMILIA**

En este capítulo se revisará la evolución de las diferentes perspectivas acerca de la familia, además de las características del sistema familiar, las situaciones de crisis en la familia y como es la dinámica familiar del enfermo mental.

## **2.1 Perspectiva Histórica de la Familia**

La familia es un núcleo básico de procesos de mantenimiento y cambios de cultura, que concentra un sistema de creencias y valores que se transmiten de generación en generación. Así mismo, es un grupo social que inicia con el hombre y va evolucionando a través de su historia.

Freud (1913, 1921,1930) explicó el origen de la familia en función de la desaparición del período de celo y la instalación biológica de la posibilidad de apareamiento sexual en cualquier época del año, y determinó que los machos desearían retener junto a si a la hembra objeto de su deseo, mientras que ella se habría quedado junto a su macho tan solo por su necesidad de protección y amor a sus hijos. Con la ideología de la época la mujer era considerada ante todo como una madre.

Engels (1984), con base en la teoría materialista, determina que el objetivo esencial y decisivo de la humanidad es la producción y reproducción de la vida inmediata, con base en dos clases:

1. La producción de los medios para existir (alimentos, vestido, casa y otros)
2. La reproducción del hombre, la propagación de la especie.

Afirma que la familia es un elemento en movimiento-activo que se trasforma a medida que la sociedad evoluciona. Además que existió un estadio primitivo en el cual imperaba en el seno de la tribu el comercio sexual promiscuo, lo que

determina que las mujeres pertenecían a varios hombres, igualmente el hombre a varias mujeres.

Engels, en su reconocida obra “El origen de la familia, la propiedad privada y el estado” Valdés (2001), determina que las familias adoptaron las siguientes 4 estructuras:

1. **Familia Consanguínea**, los grupos conyugales se clasifican por generaciones: ascendientes y descendientes, por lo tanto únicamente los padres y los hijos quedan excluidos entre sí para formar una relación de pareja.
2. **Familia Punalúa**, en esta estructura familiar quedan excluidos los hermanos al derecho de tener relaciones sexuales entre ellos.
3. **Familia Sindiásmica**, en esta estructura familiar, el hombre vive con una mujer, al cual este se le permite ser polígamo e infiel mientras que a la mujer se le castiga si comete adulterio. Como consecuencia a esta acción por parte del hombre el vínculo conyugal llegara a su fin, se vería beneficiado de algún modo, ya que la única responsable de los hijos sería la mujer por completo.
4. **Familia Monogámica**, en esta estructura el dominio del hombre y la procreación de hijos solo pudieran ser de él y destinados a heredarle sus bienes económicos; esta familia se basa en las condiciones económicas y en la procreación como únicos fines.

Como refiere Valdés, Engels utilizó las relaciones de clase para entender los vínculos entre géneros, con el fin de asegurar la legitimidad de la descendencia y poder transmitir los bienes no utilizados a sus hijos biológicos.

Posteriormente, familia fue una expresión con la que los griegos designaron a un organismo social, donde había un jefe que tenía bajo su poder a la mujer e hijos y a cierto número de esclavos, con la patria potestad romana y el derecho de vida y muerte sobre todos ellos.

Por otra parte para Segalen (1992), en la actualidad no existe un modelo único de familia, pues ésta se encuentra ligada a los procesos de transformación y permanencia de los patrones socioculturales; hoy en día en la mayor parte de las sociedades, el individuo tiene mayor participación en cuanto a la elección de su forma de vida y convivencia, también de las relaciones personales que componen a la familia y cada vez con mayor compromiso emocional.

Así, esta diversidad y evolución de las estructuras familiares permite identificar que la existencia de la familia es un hecho universal, que adopta la forma de acuerdo a las distintas sociedades y épocas.

A partir de considerar esta diversidad, Llobera (1991), afirma que la familia, como grupo social, presenta las siguientes características:

1. Impone reglas que prohíben las relaciones sexuales y el matrimonio entre familiares cercanos.
2. Facilita la cooperación o división de funciones y trabajo entre los sexos.
3. Permite una relación reconocida y duradera entre los hombres y mujeres, considerados por la sociedad como individuos con derechos.
4. Propicia que, generalmente hombre como estructura de autoridad, disfrute su estado de poder más que las mujeres.

El hecho que se reconozca que las particularidades han estado presentes en los diversos modelos familiares a lo largo de la evolución de la historia social, no significa que estos elementos van a permanecer en los tiempos venideros.

Diversos cambios han contribuido a que haya una evolución en el proceso de igualdad de género entre ambos sexos, aunque actualmente no se ha logrado de manera completa.

## **2.2 Concepto de Familia.**

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", la cual deriva de famulus, "siervo, esclavo".

Puede considerarse que el concepto de "familia" es variable, en un sentido es una unidad nuclear constituida por una pareja (esposo-esposa) y de hijos, con los cuales van a asumir el rol de los padres. En otro sentido se entiende como la unidad extensa o consanguínea, compuesta por individuos por algún lazo sanguíneo y los integrantes de sus familias nucleares.

La familia es el núcleo donde se construyen la identidad de las personas, mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización orientados a definir los espacios y las funciones que genéricamente les corresponden. La familia es el grupo social básico donde la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades esenciales. (INEGI,1995)

Bonet (1960), expresa que la familia es el conjunto de personas relacionadas por los vínculos derivados del matrimonio el parentesco, de la adopción o de la mera relación de hecho como el concubinato.

Dentro de la familia se generan una serie de interacciones sociales, que son significativas, que interiorizan y van a influir de manera decisiva en el desarrollo de

la autoestima y la identidad personal de los integrantes (Arranz y Olabarrieta, 1998)

La familia es constituida como la red más importante de apoyo social, para las diferentes transiciones vitales que experimentan las personas y que han de realizar durante su vida como la búsqueda de pareja, trabajo, casa, relaciones sociales, etc., así como también en las crisis impredecibles como un divorcio, desempleo, muerte de algún familiar, crisis económica, etc.

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos, a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

Es importante resaltar que, actualmente la familia ha asumido diferentes formas pues es frecuente encontrar madres o padres solteros, incluso niños cuyo familiar cercano es el abuelo o abuela. En cualquiera de estas relaciones, es en este núcleo familiar donde se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. (Valdés, 2007)

Por otra parte, Rodrigo y Palacios (1998), proponen cuatro funciones esenciales de la familia, específicamente hacia los hijos:

1. Asegurar su supervivencia y sano desarrollo físico.

2. Fomentar un clima de afecto y apoyo, sin estos el desarrollo psicológico sano no resulta posible, estableciendo relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
3. Facilitar a los hijos la estimulación para hacer de ellos seres con capacidades para relacionarse competentemente en su entorno físico y social y tener las herramientas para responder a las exigencias y demandas planteadas por su adaptación al mundo en el que les toque vivir.
4. Toma de decisiones respecto a la iniciación en el contexto escolar y social que compartirán con la familia la tarea de educación con los hijos.

Estimular adecuadamente a los hijos requiere de una alianza afectiva entre padres e hijos, teniendo como función esencial el crear las relaciones afectivas y estrechas entre ellos.

Dentro de las funciones primordiales de la familia también se encuentra el permitir la aparición de cambios y, por tanto, la expansión y desarrollo vital. Entre estos cambios se encuentran:

1. Cambios en los límites, reglas, alianzas y normas entre los integrantes de la familia.
2. Los cambios mismos entre los integrantes de la familia, que son resultado de los límites, reglas, alianzas y normas.
3. Cambios determinados por factores sociales, que faciliten el ajuste de la familia a su contexto.

## **2.3 Tipología desde su organización y funcionamiento**

Varios estudios realizados por Puyana (2003) afirma que en los países latinoamericanos coexisten tres tipos de familias con diferentes formas de ejecutar la parentalidad.

A continuación se describen las características principales por su organización y funcionamiento.

### **➤ Tradicionales**

Estructura de autoridad donde el dominio recae en el padre, éste es valorado de manera especial porque su rol es de “proveedor”, y el rol de la madre es la crianza de los hijos y las labores del hogar.

En algunos casos se acepta la vinculación laboral por parte de la madre, sin embargo se utiliza como “última alternativa” ya que está mal visto que la mujer participe al frente de los gastos derivados por los hijos.

Los padres en estas familias son considerados como “autoritarios”, tienen poca comunicación y expresiones afectivas.

### **➤ Transición**

En estas familias se percibe claramente la transformación de los roles y las estructuras de poder caso contrario a los contratos matrimoniales tradicionales.

Los padres de esta familia no solo son proveedores, sino que también aceptan compartir con agrado con la madre las labores domésticas, únicamente las que tienen que ver con el desarrollo y cuidado de los hijos pero poca intervención en las tareas cotidianas como cocinar o lavar.

Los padres tienden a compartir la autoridad con la madre y procuran evitar los castigos físicos ante las fallas de los hijos, buscan entablar una relación de confianza, comunicación, afectiva y son cariñosos y procuran entablar diálogos acerca de temas referentes a la sexualidad con los hijos.

El papel que juega la mujer en estas familias no solo es a partir de su maternidad sino que acceden al mercado laboral remunerado y participan en el sostenimiento económico de la familia, aunque tiene un reto de encontrar una solución a las tensiones que produce estudiar, trabajar, tener pareja y ser madre.

➤ **No-convencionales**

En estas familias las mujeres son activas, se proponen altos ideales personales a realizar por medio del trabajo y su aporte económico para el mantenimiento es mayor o similar al marido.

Son mujeres que dedican poco tiempo a las labores domésticas y al cuidado de sus hijos, en la mayoría de los casos tienden a delegar sus funciones a otras personas.

## **2.4 Sistemas familiares**

La familia al ser conceptualizada como un sistema de interacción, se considera que está formada por un conjunto de seres humanos individuales que se comunican entre sí, con el objetivo de definir la naturaleza de su relación, además es considerada como un sistema dinámico de reglas y de búsqueda de las mismas. (Bouche, 2003-2004)

Sistema: es el conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí. Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad.

La familia es considerada como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. (Herrera, 1997)

Desde el paradigma sistémico, la familia se caracteriza por las relaciones entre los miembros que dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca. En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del grupo.

Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. (Bouche, 2003)

Afirma que cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Bouche (2003) determina que el objetivo principal de la familia es la reproducción, incorporando más individuos en la sociedad, para alcanzar este objetivo se deben de cumplir los siguientes lineamientos:

- Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva.
- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.

- Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas.
- Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social.

Subsistemas del grupo familiar.

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares. (González, 2007)

Según González, existen tres subsistemas familiares:

1. **Subsistema conyugal:** se forma cuando dos adultos se unen con la intención de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.
2. **Subsistema parental:** está constituido por las mismas personas que él conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo.
3. **Subsistema filial:** es un subsistema fraterno, constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema.

Por otra parte, la familia es un sistema gobernado por reglas. Entendiendo por reglas a los acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

Entre los posibles modelos de reglas pueden destacarse:

1. **Reglas conocidas.** Son las reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta al iniciarse la relación que origina la familia.
2. **Reglas implícitas.** Estas reglas facilitan funcionamientos sobreentendidos sobre los que la familia no tiene la necesidad de hablar de modo explícito.
3. **Reglas secretas.** Son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Desencadenan modos de actuar con los que un miembro de la familia bloquea las acciones de otro de ellos.

Las reglas de la familia llevan a configurar sus rituales relacionales, que, a la vez, sirven para reforzar las reglas. Todo ello configura el “estilo familiar” particular de cada familia. (González,2007)

## 2.5 Relaciones Familiares

Ningún individuo vive su vida solo, aunque algunos aspectos los experimentan y decide de forma individual más que social y otras situaciones son sociales más que individuales, siempre son experiencias compartidas.

Algunos autores han estudiado a la familia y las relaciones familiares. Por su parte Westermarck (1921), determina que ha sido uniforme el desarrollo de la familia, desde los antropoides antecesores del hombre hasta la civilización en forma predominante la monogamia en la que el padre ocupa el lugar más importante.

Sin embargo, Briffaul y discípulos (1927), asientan que la organización de la familia tiene su base maternal y de que el rol del padre es transitorio, relativamente superficial y sin importancia.

Para Otto Klineberg (1954) la sociedad impone al hombre el deber y responsabilidad de cuidar a sus hijos como una forma de retribución por los derechos que ejerce sobre su mujer.

Algunas formas de familia se han estructurados visiblemente como una unidad económica, dejando a un lado su base biológica, por lo tanto los vínculos familiares se forman a partir de la combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos, que determinan su desarrollo como son: la de asegurar la supervivencia física y satisfacer todas las necesidades psicológicas y sociales del individuo.

- **Biológicamente**, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se refiere a la unión entre el hombre y una mujer para engendrar descendientes asegurando su crianza y educación, donde el papel más importante de este factor son los cuidados de los niños. Cada generación de familia nace, vive y muere, mismo proceso que el del ser humano y logra su inmortalidad a través de sus descendientes.
- **Psicológicamente**, cada integrante de la familia está ligado en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas. También en la vida de la familia hay periodos críticos o crisis decisivas en los que el vínculo de la misma puede fortalecerse o debilitarse hasta su extinción.
- **Económicamente**, los miembros de una familia están ligados en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.
- **Socialmente**, la familia es una unidad flexible que se adapta a la influencia de la sociedad de forma interna como externa. En este sentido acoplarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y hacer lazos viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas. (Nathan, W.,1988).

Así, puede decirse, la familia tiende a asegurar la conservación física, satisfacer las necesidades primordiales para su supervivencia y construir lo humano del hombre, siendo la base para el desarrollo de las cualidades humanas en la experiencia de familiar al estar juntos.

Los fines sociales de la familia moderna son:

1. Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales para su supervivencia y proveen protección ante peligros externos.
2. Provisión de unión social, es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad de desarrollar la identidad personal, relacionada con la identidad familiar, proporcionando integridad y soporte psíquico para afrontar situaciones nuevas.
4. Moldeamiento de los roles sexuales, para preparar el camino a la maduración y práctica sexual.
5. La ejercitación para integrarse a los roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje e incentivar a la creatividad e iniciativa individual.  
(Nathan. W, 1988)

La manera característica en como los padres se relacionan con los hijos a través de la muestra de amor tiene un gran significado para determinar el clima emocional de la familia. Si la relación de los padres está basada en el amor, los

hijos los aman a los dos, sin embargo cuando los padres se odian, el niño entra en conflicto al elegir con quien quiere estar, del lado de uno u otro, generándole miedo porque debe elegir y prepararse a perder el amor del progenitor que rechaza en favor del otro.

Cuando hay conflicto se provoca un ambiente hostil, que al no encontrar solución o no disminuir, puede verse amenazado con la desorganización familiar. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la vida mental de la misma y de sus integrantes individualmente.

La estabilidad de la familia y de sus integrantes depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional y cada integrante tiene influencia en la conducta de los otros.

## **2.6 Familia: Situaciones de crisis**

En las diferentes etapas del desarrollo la familia se enfrenta a diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden vivir en un período de crisis en crisis, ya que éstas sufren de un defecto estructural.

El conflicto es menos problemático si es manifiesto, ya que la familia puede recurrir a personas externas e incluso unirse para recibir ayuda. Si es oculto nadie se entera y resulta más difícil su solución.

Si la tensión es habitual, es decir cuando siempre sucede lo mismo, puede resultar ser molesta, más que preocupar a la familia. Las familias que identifican la tensión como proveniente desde afuera son familias en las que nadie acepta la responsabilidad del cambio.

Es difícil que la familia reconozca los obstáculos que les impiden avanzar, debido a que suelen estar encubiertos. Estos obstáculos serán expuestos en la terapia, y es el terapeuta quién se los remarcará. Algunos obstáculos aparecen:

1. **En la comunicación:** secretos familiares (cuestiones encubiertas dentro de la familia que pueden o no ser explícitas). En estas familias no está aprobado expresarse abiertamente y hablar de “ciertas cosas”, palabras o cuestiones que no pueden ni siquiera ser mencionadas.
2. **En la intimidad:** Es importante que los miembros de la familia sepan que las conductas que realizan influirán a otros. En estos casos son frecuentes las coaliciones, alianzas, madres que sofocan a sus hijos, y todo tipo de relaciones que dificulten el cambio.
3. **En los roles:** Cada familia asigna roles a sus miembros (que determinar quién hace qué). Lo disfuncional es la rigidez en la asignación de estos roles. Es decir, por ejemplo, si el hombre trabaja y la mujer cocina, y alguno de los dos llega a tener algún inconveniente el otro podrá reemplazarlo (por considerar que desempeñar el rol del otro no es apropiado), así aparecerá el conflicto. Otro obstáculo son los roles que no son tenidos en cuenta. Por ejemplo, nadie lava los platos y el conflicto aparece cuando ya no hay más platos limpios, o cuando la piletta rebasa de vajilla sucia. Hay familias que otorgan cierta susceptibilidad a uno de sus miembros, y sólo esa persona es vista como portador del problema, creyendo que si se logra cambiarlo desaparecerá el conflicto.
4. **En las reglas:** Las reglas son las que prohíben hacer determinadas cosas. Y son disfuncionales cuando se rigidizan y se vuelven intolerantes.
5. **En los objetivos:** Cuando la familia se propone metas que rara vez son alcanzables. Por ejemplo, cuando la familia pretende que su único hijo

estudie en una universidad prestigiosa y exigente académicamente.  
Aronne, E. (1998)

## **2.7 ¿Cómo evitar las crisis?**

Si se adoptan las medidas oportunas (medicación, intervenciones psicosociales de rehabilitación y apoyo) la vida de una persona con enfermedad mental grave puede verse enormemente favorecida. No obstante, en muchas ocasiones las crisis o recaídas son inevitables. Se puede observar algunas señales que son la antesala de la crisis, se denominan signos de alerta que la familia debe conocer porque no siempre el enfermo está en condiciones de detectarlas.

Algunos de los más frecuentes son:

- Nerviosismo o Inquietud.
- Dificultad para dormir.
- Sentimiento de inutilidad
- Tristeza
- Dificultad para concentrarse y recordar las cosas cotidianas
- Se siente perseguido, menospreciado o que hace el ridículo
- Se aísla más de la cuenta: pierde interés por las cosas y personas
- Reiterativo con uno o dos temas. (Aronne,1998)

Al detectar cualquiera de estas situaciones u otras peculiares en el enfermo, no se debe dudar en ponerse en contacto con los profesionales para dar aviso de la situación.

Factores que pueden previene la crisis:

- Tomar la medicación prescrita.
- Participar en programas de rehabilitación

- Tener un ambiente tranquilo y estable
- Familia
- Trabajo
- Estudio
- Amigos, etc.
- No consumir drogas (alcohol, porros, etc.). Guía Informativa Básica (1999)

Un conflicto puede derrumbar a una familia, pero también puede emerger de la crisis fortalecida y con mayores recursos. Esto dependerá de la para capacidad enfrentarla y de reponerse de ella.

Aronne, E. (1998), propone el concepto de “resiliencia”, es la manera en que una familia se prepara para hacer frente al conflicto. Es fundamental que los miembros colaboren entre sí y que se tengan confianza para poder superar con eficacia cada situación que se les presenta.

## **2.8 Enfermedad Mental en la familia**

Dentro de las familias hay síndromes que valoran pautas de conducta y podrían ser calificadas como patológicas, Frank. S. Pittman III (1990) en su libro “Momentos decisivos”, destaca los siguientes:

### **2.8.1 Familias Fóbicas.**

Una fobia es la manera de decirles a la familia “el mundo me asusta y tengo miedo...no me abandonen”. Las fobias no protegen a las personas: las aglutina.

Un individuo puede sufrir algún tipo de fobia (lugares cerrados, abiertos, trabajo, alturas, etc.) durante años sin causar grandes problemas, por cuanto los demás miembros de su familia cederán ante ella y permitirán que el fóbico controle sus

actividades y distanciamiento. Importante resaltar que aunque la fobia parezca lo más insignificante para la persona está puede gobernar la vida su vida y la de su familia.

Aun cuando una fobia puede ser denominada aparentemente como el miedo a los caballos, osos, alturas, etc. Pero esta puede generar discapacidad e impedir la independencia de quien la padece y obliga a la familia a estar siempre a su alrededor, protegiéndolo.

La manera en la cual se haya comenzado la fobia esta va a permanecer solo si cumplen su objetivo; si está reciben un estímulo y gratificación activa de la fuerza con que actúa dentro de la familia El integrante que la padece puede cumplir sus propósitos haciendo que la familia colabore activamente en la superación de la fobia. El objetivo es que la familia entrelace la unión sobreponiéndose a la fobia y este pueda liberarse de la fobia.

### **2.8.2 Familias Psicossomáticas.**

En el mundo hay personas que no tienen pasión ni acción en su vida, viven preocupadas por velar por su supervivencia física, y creen que si toman conciencia de su vida emocional estarán en peligro; viven sin correr riesgos, insensibles a todo lo que sucede en su entorno solo se preocupan por su cuerpo y la de sus familiares.

Grolnick (1972), afirmó que las familias con mayor rigidez estructural van asociadas a un aumento de la enfermedad psicossomática y hasta podría llegar a convertirse en crónica.

Así mismo Minuchin (1977), describió que la familia psicomatogénica es: enmarañada, sobreprotectora, rígida, incapaz de resolver los conflictos.

Cuando los miembros de la familia piensan y sienten por los otros, así es como evitan tener conflictos entre ellos mismos. Los hijos son enmarañados y sobreprotegidos, incapaces de reconocer, definir y resolver los conflictos.

La personalidad de la familia psicósomática es la incapacidad de percibir y describir los sentimientos, adopta una actitud pesimista y procura despojar a las relaciones de toda profundidad, conflicto y dependencia emocional. Su temperamento puede variar pero probablemente solo reconocerán y respetarán según los efectos que produzcan sobre su cuerpo.

### **2.8.3 Familias Maníacas**

La depresión maniaca, que actualmente se denomina “depresión bipolar”, está dentro de las afecciones psiquiátricas más frustrantes y desconcertantes, los sujetos que la padecen y que no reciben tratamiento pasan meses sumidos en la más profunda depresión, son retraídos, inactivos, sintiéndose incapaces de aprovechar el presente ni realizar sus actividades laborales, se distraen fácilmente y son tan elocuentes que las reacciones ajenas no les preocupan por mucho tiempo.

Su energía, actividad e imaginación rompen todo freno; crean, inventan e inician cualquier cosa excepto la paz y el orden. A medida que la exaltación aumenta y se expande, van acumulando proyectos grandiosos sin concluir, son impulsivos irritables y hasta explosivos cuando se llegan a enojar, cuando alguien suele llevarles la contraria o no manifiestan la misma efusividad que ellos, parecen sentirse traicionados.

Pueden presentar este cuadro de euforia durante varios meses, hasta que se dan cuenta y deciden que todo es terrible y vuelven a sumirse en una depresión total.

Muchos maniacos presentan antecedentes familiares de maniacos-depresivos o un estado diagnosticado como alcoholismo, depresión o esquizofrenia paranoide, pero en otros casos no se encuentra nada de esto. Algunas familias aprenden a convivir con este nivel de energía y se limitan a echar atrás, en una actitud de admiración temerosa e impotente, mientras que en la hipomanía tiene una fuerza irresistible, que derriba todos los obstáculos aparentemente inamovibles con que se topa en la vida.

La familia del maniaco-depresivo ha aprendido que por lo común no tiene sentido estimularlo, frenarlo o influir sobre él, por ejemplo la familia no le comunica al maniaco-depresivo las buenas ni las malas noticias, porque reaccionaria en forma imprevisible, yéndose a uno u otro extremo su reacción puede ser nula o excesiva.

Por otro lado, cuando el integrante maniaco es normalizado a través de un tratamiento con litio, hay familias que les cuesta trabajo permitir que el maniaco lleve una vida normal, cuando este intenta establecer una relación emocional con el mundo, ya que los miembros de la familia se benefician enseñándole lo que ellos han aprendido acerca de cómo utilizar los pensamientos, actividades, ejercicio físicos, pasatiempos, películas, conversaciones, música lo que pueda suscitar un estado de ánimo deseado, para su propia seguridad y tranquilidad.

#### **2.8.4 Familias Depresivas**

Las destacadas aportaciones del psicoanálisis en el origen y estudio de la depresión, Freud en *duelo y melancolía* (1917), afirmó que la depresión está relacionada con el duelo y la pérdida, esta puede ser real o imaginada, prevista, simbólica o fantaseada. Indica que toda pérdida es dolorosa, como una pérdida de amor, seguridad, estructura o esperanza puede ser terriblemente dificultosa, en estos casos el individuo queda sumido en una sensación temporal de desvalimiento en la que se cree en una situación desvalida y abrumadora por una carga excesiva.

Por otra parte, hay diferentes aportaciones teóricas que describen a un individuo tiende a deprimirse cuando su imagen de su mismo no se aproxima al ideal fijado por su yo, cuando no puede aparecer como la persona que según cree que es; principalmente el problema radica en su ideal de lo que él es o debería ser. Esto lo impulsa a avergonzarse de sí mismo, esforzarse de manera obsesiva para alcanzar su ideal, sin molestarse por hacer algo eficaz.

Maxmen (1986) afirma que es delicado atribuir la depresión a un hecho en particular, pues cada persona recibe golpes que dañan la seguridad y la autoestima y eso puede generar la depresión.

Además Freud (1917) afirma, en cuanto a la pérdida y el duelo se contribuye a la generación en la depresión. Estudios afirman que más del 50% de los adultos depresivos perdieron a un progenitor durante su infancia ya sea por muerte o separación. La depresión no es un estado de ánimo, es un modo de relacionarse con la vida que tal vez ha sido aprendido y practicado desde su infancia. La depresión es a menudo un grito de socorro y suele contener un elemento de culpa, se acusa a alguien de no preocuparse o esforzarse lo suficiente.

Por lo que Feldman (1976), propone una teoría sistémica de la depresión y describe un conjunto de transiciones entre los terapeutas familiares. El miembro vulnerable a la depresión impide que los demás integrantes se sientan cómodos u optimistas, ya que un deprimido en potencia tiende a restringir el campo de acción emocional y funcional para el resto de la familia. Por ejemplo una madre que hace a sentirse culpables a todos porque se ha sacrificado por ello trabajando como una esclava, puede controlar a todos los integrantes y distante con llamar a uno o varios hijos, soltar un suspiró y lanzar callada amenazada de sumirse en una depresión, sobre todo si hay un padre que les asegura en tono imperativo que en cuanto hagan o dejen de hacer podría “desilusionar a su madre.

Por su parte también está el padre “trabajólico” que se mata trabajando para darle lo menor a su desagradecida familia, y tiene una esposa que acosa a los hijos con sus exhortaciones y ruegos. Cuando los hijos tienen padres deprimidos para ellos es la muerte, ya que estos a duras penas guardan el momento en que puedan marcharse del hogar.

El cónyuge de una persona deprimida debe sacar alguna ganancia, quizás fascinado por su poder de provocar y aliviar alternativamente un sufrimiento intenso; si esta continua viviendo con un depresivo tal vez no sea por gusto, sino más bien por el temor de sentirse culpable de tener a su cargo a un suicida. El miedo al suicidio es un aglutinante poderoso. El intento de suicidio se considera un pedido desesperado de ayuda, un mensaje interpersonal, si recibe una respuesta esté pone fin a la depresión. El suicidio es un acto mezquino, es el acto más iracundo que se pueda concebir ya que es un rechazo y repudio a experimentar algo nuevo.

Cuando ha habido un intento, amenaza insinuación de suicidio, debe comprometer en la terapia inmediatamente a la persona a la que apunto dicha acción. Aun cuando sea doloroso y/o incómodo para la familia se le solicita que dejen de estar encima del paciente, cuando la demostración de su culpa es su único placer permisible, posteriormente se les compromete en la terapia a cumplir con las instrucciones precisas de cómo ser más útiles en vez de inquietar más al depresivo.

En términos simples se puede decir que la depresión se convierte en un indicador de ejercicio o actividad, en vez de caerles encima a los seres queridos por su falta de cariño. Sacar al deprimido a dar un paseo, ver una película que lo haga llorar es más terapéutico que llevarlos a comer para que se distraigan. En el caso de los deprimidos graves, tal vez necesiten tomar antidepresivos de vez en cuando o aun de manera permanente.

### **2.8.5 Familias Esquizofrénicas**

La esquizofrenia es un asunto de progresión: algunas personas la padecen de por vida, o al menos desde la pubertad, en todas las situaciones en que se encuentren; algunas se limitan a manifestar algunos síntomas cuando soportan tensiones muy fuertes.

Algunos individuos que padecen esquizofrenia, se retraen de todo contacto humano y se comportan de manera tal que sin duda nadie se acercará a ellos lo suficiente para interrumpir la eterna aventura amorosa que viven en sus mentes.

Ciertos esquizofrénicos parecen normales hasta que experimentan ira o angustia; entonces estallan en un episodio de paranoia; otros se ponen furiosos, se enloquecen y piensan en el suicidio cuando una relación que existe más que nada en su mente no se concreta en la realidad, pensando que está fuese responsable de no ajustarse a su fantasía perfectamente clara.

La esquizofrenia es un defecto en la química neuroendocrina del cerebro; aumenta la actividad de la dopamina y que en el cerebro del esquizofrénico predominan los receptores sensibles a ella. Dichos receptores son estímulos por las anfetaminas y bloqueados por las fenotiazinas, aunque no todas las personas con tendencia genética a la esquizofrenia se convierten en esquizofrénicos desde el punto de vista clínico.

Antes se solía responsabilizar a la madre por la esquizofrenia. Pero Murray Bowen (1960) identificó la simbiosis y la falta de diferenciación de las familias esquizofrénicas y caracterizó a la enfermedad como un estado de inmadurez; los hijos no se volvían adultos ni dejaban el hogar. Y así mismo llegó a la conclusión de que se necesitaban 3 generaciones para poder producir un esquizofrénico, inculcando directamente a las abuelas.

Debido a estas bases teóricas surge frustración y poca confiabilidad en el estudio de la esquizofrenia con respecto a la química, por lo que Szasz (1961) describió que la esquizofrenia era un mito.

Por el contrario surgieron teorías positivas que le atribuyeron el origen de la esquizofrenia a las acciones de la familia actual, tal es el caso de Bateson, Jackson y Weakland (1960) presentaron la hipótesis del “doble vínculo”, refiriéndose específicamente a las madres que se retraían del amor de un hijo y al mismo tiempo expresaban un cariño manifiesto, sin un padre fuerte del que se contase con su apoyo.

Lidz, Fleck y Cornelison (1965), describieron a las familias de esquizofrénicos como “cismáticas o asimétricas”. En las cismáticas, el matrimonio está en conflicto y el hijo (por lo general de sexo femenino) se interpone entre los cónyuges o les sirve como chivo emisario. Y asimétricas, la madre excéntrica, inepta e intrusiva ha derrotado al padre pasivo y está estrechamente ligada al hijo varón.

Mishler y Waxler (1968), descubrieron que las familias normales se comunicaban en una forma fragmentada y desorganizada vs las familias esquizofrénicas. Intuyeron que la naturaleza particularmente de las comunicaciones dentro de las familias esquizofrénicas no significaba por fuerza que su distorsión causara la esquizofrenia, sino que podía significar que la convivencia con un esquizofrénico hacía que la familia se comunicara de forma diferente, extraña.

Por otra parte, Pittman, (1972), afirmó que los esquizofrénicos cuya familia se caracterizaba por un alto nivel de “emocionalidad expresada”, que consiste en hacer comentarios críticos acerca de los paciente, hostilidad y sobreinvolucración emocional, tenían más probabilidades de sufrir recaídas.

Wynne (1980), señala que la situación actual en la comprensión de la esquizofrenia acepta que con una base bioquímico-genética, la “anomalía de la

comunicación” en los progenitores podría ser generadora de la esquizofrenia de un hijo, y cree que la detección de la “emocionalidad expresiva (EE)”, elevada en algún miembro de la familia permite predecir una futura recaída del esquizofrénico. Así mismo determina que la esquizofrenia se da cuando:

- 1) Una persona cuyo cerebro fabrica alucinógenos se halla bajo presión.
- 2) El individuo es criado por progenitores que no entienden que es lo que pasa.
- 3) Se ve expuesta a un caos emocionalmente ruidoso.

## **2.9 Familia frente al enfermo mental.**

Las consecuencias de los efectos de un enfermo mental en la familia se presentan tanto de forma subjetiva como objetiva; los primeros son tangibles, apreciables desde afuera. Y los objetivos tienen que ver con el miembro de la familia y su participación social tal como aislamiento social, deterioro en el ingreso económico, alteraciones en la rutina doméstica, etc.

Los síntomas de la enfermedad provocan en la familia reacciones emocionales inmediatas (desilusión, engaño, tristeza, miedo), la enfermedad como tal trae consigo sentimientos de culpa, de pérdida, agotamiento y dificultad para comunicarse con el enfermo. (Gradillas, 1998)

## **2.10 Familias con un paciente psiquiátrico**

En la actualidad, el desarrollo de la medicina, los avances en la farmacología y el desarrollo de enfoques terapéuticos, han permitido un cambio de mentalidad alrededor de la enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, actualmente el que un miembro de la familia desarrolle una patología psiquiátrica, se convierte en un

grave estresor familiar que de no manejarse adecuadamente terminará siendo un factor desequilibrante para el mismo paciente y su familia.

Uno de los mecanismos de defensa más común de la familia al tener un familiar diagnosticado por un trastorno mental, es la negación, la familia rechaza la mayoría de las veces aceptar la posibilidad de que su familiar este sufriendo de un trastorno psiquiátrico, muchas de las veces, la familia se inclina a justificar los síntomas psiquiátricos afirmando que el paciente “está chiflado” o “trata de llamar la atención” y esta reacción no se debe a que le esté restando importancia sino al dolor que implica el darnos cuenta que nuestro familiar “se está volviendo loco” o cuantas familias vemos que antes que admitir que su familiar pueda padecer un trastorno psiquiátrico, prefieren pensar en la posibilidad que su familiar tenga “un mal puesto” y antes de buscarle ayuda psiquiátrica y/o psicológica recurra primero a curanderos como un intento de solución. (Nagao, 2011)

Cabe señalar que todas las enfermedades psiquiátricas ocasionan estrés en la familia, entre estas, podemos señalar el alcoholismo o alguna otra forma de adicción, con un alto grado de afectación a todos los miembros de la familia, la esquizofrenia con la manifestación sintomatológica se vuelve una condición muy desgastante y de un alto nivel de estrés y que por lo mismo, muchas de las veces la familia termina agrediendo al paciente al no alcanzar a comprender la enfermedad, otro caso también muy frecuente es el de las familias con pacientes con depresión, que si el que la padece es algún hijo, termina siendo calificado por los padres de flojo o irresponsable al no entender que como parte de la sintomatología se puede tener una fatiga intensa que incapacite de manera extrema al que la padece.

Otro ejemplo de estrés en la familia por causa de la enfermedad mental de un miembro de la misma, son los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa o la bulimia, que despiertan intensas reacciones de culpa y de conflicto

intrafamiliar que en lugar de facilitar la recuperación del enfermo, hacen más difícil su resolución.

Todo lo anterior lleva a que dentro de la familia se establezcan una serie de reacciones patológicas (enfermizas) que se instauran de manera inconsciente, esto es, los miembros de la familia no se dan cuenta de este fenómeno y por lo tanto no se hace nada por remediarlos y un ejemplo de ello son formas estereotipadas de relación intrafamiliar que hacen que la situación se vuelva crónica. (Nagao, 2011)

### **2.11 Función de la familia: atención y cuidados**

En la actualidad se reconoce que el cuidado y la convivencia diaria con un familiar afectado de enfermedad mental conllevan un sobreesfuerzo y una tensión en la familia. Tal carga debe ser compartida con los profesionales y se reconoce el derecho de la familia a ser informada de la problemática que afecta a su familiar enfermo, de su alcance y posible evolución, de los diferentes tratamientos disponibles y su demostrada eficacia.

También es fundamental que los psiquiatras/psicólogos ayuden a las familias en cómo mejorar la convivencia diaria, cómo comunicarse con su familiar enfermo, cómo hacer que se tome el medicamento, que haga actividades, cómo solucionar problemas cotidianos, cómo favorecer que la persona afectada vaya progresando en su recuperación.

Se les debe ofrecer apoyo, asesoramiento sobre el manejo de la enfermedad, información sobre la problemática, ayuda en la resolución de problemas cotidianos. Es frecuente que demasiada atención e implicación emocional de la familia acabe por resultar contraproducente y facilite recaídas en vez de recuperación.

Es determinante, para cuidar a quién padece una enfermedad mental, sus familiares necesitan mantenerse fuertes y con energías y eso exige aprender a compaginar dicha preocupación por la situación del familiar enfermo, con una vida lo más sana e independiente posible.

Finalmente, es importante resaltar que en muchos casos existe desigualdad al repartir las tareas de cuidado dentro de la familia: habitualmente son las madres quienes la asumen casi en exclusiva y eso las instala en una situación de claro riesgo de ser ellas quienes acaben necesitando ayuda.

Algo que permite comprender y entender este tipo de enfermedades es la información, donde se pueda encontrar respuesta a muchas de sus interrogantes, lo anterior debe servir para aceptar que el familiar puede estar sufriendo de una enfermedad psiquiátrica que tratada a tiempo y de manera adecuada les permita prevenir consecuencias más graves, así como el desgaste emocional de la misma familia. Otra medida que se puede implementar es el acercamiento a grupos de ayuda o de expertos que los puedan informar sobre la naturaleza de la enfermedad del familiar y las medidas de manejo más recomendables. (Nagao,2011)

Conviene también, tomar conciencia de que las enfermedades emocionales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, los trastornos esquizoide o esquizo-afectivo, el trastorno obsesivo compulsivo u otro tipo de trastornos, no es lo que la gente considera estar “loco”, sino una enfermedad como cualquier otra, con la que hay que aprender a vivir, que tienen tratamiento, y que si el paciente acepta su enfermedad y asume una actitud responsable hacia la misma y la familia llega a comprenderlo y apoyarlo, esto mejora de manera notable el pronóstico de la enfermedad y la posibilidad de hacer una vida casi normal o normal. (Nagao, 2011)

## **CAPITULO III: HOSPITALIZACIÓN**

En el presente capítulo, debido a que se trabajará con los familiares de pacientes hospitalizados, se hace referencia a los cuidados en la *Hospitalización*, para el desarrollo, recuperación, tratamiento y/o rehabilitación de la salud en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

### **3.1 Niveles de atención médica y sus funciones.**

**1er. Nivel:** Acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria.

**2do. Nivel:** atención de las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad; brinda atención ambulatoria y hospitalización.

**3er. Nivel:** Atención especializada de requiere mayor complejidad y se realiza investigación clínica; está a cargo de médicos especialistas, con apoyo de enfermeras especialistas y otros profesionales; se reciben a los pacientes de segundo nivel de atención especializados en: psiquiatría, cardiología, pediatría, cancerología, enfermedades respiratorias y neurología. La atención especializada en salud mental se encuentra en el segundo y tercer nivel de atención. (Castillo y Rodríguez, 2000)

### **3.2 Hospitalización**

*Definición: Se encuentra ubicada en el segundo y tercer nivel de atención.*  
Modalidad en la que el paciente ingresa a una institución para recibir el tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración por más de 24 horas.

*El tiempo de duración de las actividades del servicio de hospitalización no es estándar y es inversamente proporcional a la evolución clínica del paciente.*  
(Castillo y Rodríguez, 2000)

### **3.3 Atención Médico Psiquiátrica Hospital “Héctor Tovar Acosta”**

La atención médico psiquiátrica hospitalaria del Hospital Psiquiatría “Héctor Tovar Acosta”, se rige por la NOM 025 SS para normar las actividades de todo el proceso y subprocesos del servicio e interacciones con otros niveles de atención para cumplir con un servicio eficaz, oportuno y de calidad.

#### **3.3.1 Hospitalización Psiquiátrica**

Se cuenta con 6 equipos conformados por médico psiquiatra, psicóloga, trabajadora social y enfermera que a manera de equipo interdisciplinario se encargan por rol de la asignación de pacientes que requieren el servicio de hospitalización.

Los pacientes reciben atención médica diaria en los tres turnos, siendo los equipos del turno matutino quienes están responsabilizados de la atención integral. Elaboran las notas médicas de ingreso, de revisión del caso, de evolución y de actualización. Las actividades terapéuticas, recreativas y ocupacionales, se llevan a cabo por el personal de salud, y primordialmente por los asistentes en salud mental. Aún hace falta una participación más activa de todos los involucrados en la operación con el fin de que la estancia de los pacientes en el hospital sea de mayor calidad, lo cual repercutirá favorablemente en la recuperación de la salud de los pacientes.

Se reciben pacientes de ambos sexos, disponiéndose de 52 camas para la sección de hombres y 40 para la de mujeres, incluyendo sus respectivos cubículos de aislados. La edad mínima para su aceptación es a partir de los 18 años y la máxima de 65, debido a que por el tipo de población resulta peligroso el internamiento para niños o ancianos ya que pueden ser agredidos.

**No hay diferimiento** en este rubro, pues se han podido disminuir los días estancia a través del programa de hospitalización parcial conjuntamente con el programa de optimización del recurso cama; debido a la aparición de nuevos fármacos más eficaces el promedio de estancia hospitalaria es de 30 días.

### **3.3.2 Hospital Parcial**

En hospital parcial las estrategias de abordaje incluyen acciones de tipo preventivo, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; también sirve como enlace entre la consulta externa, el hospital tradicional y el ámbito socio familiar del enfermo. Se dirige a pacientes con trastornos psicóticos, principalmente esquizofrenia, y a través de trabajo en equipo interdisciplinario que involucra las áreas individual, familiar y grupal, los pacientes reciben un tratamiento intensivo, con las libertades de un manejo ambulatorio, que incluye una serie de actividades extramuros programadas para lograr una rehabilitación más rápida que permita a los enfermos estimular sus potencialidades de funcionamiento y reintegrarse lo más pronto posible a su ámbito social. Es de suma importancia involucrar a los familiares de los pacientes, por lo que estos se incluyen en el programa.

El equipo está constituido por un médico psiquiatra, una enfermera, una psicóloga y una trabajadora social, el año pasado se decidió la rotación de residentes para su aprendizaje

Tiene una continuidad durante todo el año y repercute favorablemente en la evolución de los pacientes disminuyendo las recaídas y re hospitalizaciones. La productividad no ha sido bien valorada y captada en relación a costo beneficio y a la hospitalización convencional.

Se le tiene asignada un área relativamente pequeña donde se realizan actividades manuales, de lectura, baile, gimnasia o pintura; se ocupa el comedor para darles de desayunar y convivir entre ellos y el personal de salud que los atiende. Se

establecen convenios con el centro de seguridad social para actividades extramuros y servicio de transporte, ya que se tienen programadas diversas actividades fuera del hospital. Fuente: Hospital Psiquiátrico “Héctor Tovar Acosta”.

### **3.3.3 Admisión continúa**

Esta modalidad permite atender tanto las urgencias psiquiátricas propiamente dichas, como la admisión hospitalaria programada y espontánea del hospital, esta última se realiza cuando los pacientes ya han sido hospitalizados con anterioridad y sufren una recaída cuya gravedad amerita el internamiento; en ocasiones se atienden en este servicio pacientes que acuden de manera espontánea por descompensación leve a moderada y se les prescribe o ajusta su tratamiento para evitar su rehospitalización.

Los pacientes derivados de otras unidades médicas tanto del IMSS como de otras unidades del sector público o privado son valorados en el servicio de admisión continua, y dependiendo de la severidad del cuadro clínico pueden ser hospitalizados, o nuevamente enviados a las unidades de donde proceden, pero con diagnóstico y tratamiento instaurado de alta especialidad, otra alternativa es derivarlos a la consulta externa (extensión hospitalaria) para que sean atendidos en forma ambulatoria; otros pueden ser canalizados al servicio de hospital parcial. También pueden estar en observación hasta por 8 horas para el manejo de la intercurencia psiquiátrica o para esperar la comprobación de vigencia de derechos con la cual no contamos en los turnos nocturnos.

### **3.3.4 Consulta externa (Extensión Hospitalaria)**

La consulta externa está organizada de manera que cuando el médico valora la necesidad de dar seguimiento a un paciente egresado de hospitalización, puede hacerlo a través de este servicio para la prevención de recaídas de los enfermos. Los pacientes tratados, son en su mayoría, aquellos que previamente estuvieron

hospitalizados; al lograrse su estabilización son referidos a sus hospitales generales de zona o unidades de medicina familiar con su respectiva transcripción de medicamentos. Es importante resaltar que más que un servicio de consulta externa como tal, es el de una extensión hospitalaria, situación que tiene que ver con la productividad y estadísticas en general del hospital.

Otro grupo de atención cotidiana lo constituye la consulta de hospitalización parcial donde el médico a cargo valora periódicamente a los pacientes con el fin de que se mantengan bien controlados para poder integrarse adecuadamente a las actividades propias de ese servicio, y a su entorno social.

También se otorga atención a niños y adolescentes con trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de la atención y trastornos de la conducta alimentaria desde hace 4 años que se instituyó un plan piloto para atención de éste grupo etario.

El servicio de neurología se hace cargo de la clínica de movimientos anormales, migraña y epilepsia, así como de la realización e interpretación de los electroencefalogramas e interconsultas, mientras que el médico internista atiende solicitudes de interconsulta por alguna intercurencia médica de los pacientes psiquiátricos que están hospitalizados. Lo anteriormente enunciado complementa la productividad total.

Debido al poco número de consultorios con los que se cuenta, se labora a través de un rol en el que participan todos los médicos de la unidad, teniendo solo dos de ellos consulta externa de lunes a viernes y los demás un día asignado de la semana. Lo anterior, para lograr un buen funcionamiento del servicio, y lograr realizar actividades de información y orientación a los familiares de los pacientes. (Información proporcionada Hospital Psiquiátrico Héctor T., IMSS, Diagnóstico situacional 2010)

## **CAPITULO IV: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)**

IDARE, este instrumento fue desarrollado por Spielberger y Garnucho en 1964, en la Universidad de Vanderbilt, para medir la Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en adultos normales, aunque más adelante se incluyó su utilización en individuos con alteraciones emocionales, tanto para propósitos clínicos como de investigación. Fue estandarizado para la población mexicana por Díaz Guerrero (1970).

El IDARE está constituido por dos cuestionarios con 20 reactivos cada uno. El primero, la escala A-Estado del Inventario de ansiedad, que refiere una condición emocional transitoria en la que se manifiestan tensión y sentimientos subjetivos de aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo; el segundo, la escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, que mide las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, si existe una tendencia a ver el mundo como peligroso. Spielberger y Díaz (1975)

#### **4.1 Características**

- La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. La A-Estado consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. (Anexo A: *IDARE Inventario de Ansiedad: rasgo y estado*)

#### **4.2 Normas de aplicación**

Se aplica de manera Individual, colectiva y puede ser también autoaplicable.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente de 15 a 25 minutos.

Las instrucciones se encuentran escritas en el protocolo de ambas escalas de A-Rasgo como en la A-Estado.

Es de gran utilidad que el examinando lea las instrucciones en silencio mientras que el examinador las lee en voz alta.

El examinador llena el círculo del número apropiado, que se encuentra cada uno de los reactivos.

De manera convencional, se aplica primero la escala de A-Estado y luego la escala de A-Rasgo; también es posible aplicar una de las dos subescalas de acuerdo a los intereses del investigador.

Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1-No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1-Casi nunca, 2- Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4-Casi siempre.

**Material para la aplicación:** De acuerdo al manual del test, es necesario el siguiente material: Cuestionario (test), lápiz 2 ½ , sacapuntas, goma.

**Calificación:** Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos. En 1986, se estableció la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo. Spielberger y Díaz (1975)

### **Estrategia de calificación IDARE**

Se suman los reactivos siguientes para determinar el nivel de ansiedad:

#### **A. Estado**

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18 = A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20 = B$$

$$(A-B) + 50 =$$

\_\_\_ Alto ( $> =45$ )

\_\_\_ Medio (31 -44)

\_\_\_Bajo ( $< =30$ )

## B. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+35+39 = B$$

$$(A-B) + 35 =$$

\_\_\_ Alto ( $\geq 45$ )

\_\_\_ Medio (31 -44)

\_\_\_ Bajo ( $\leq 30$ ) González, Felicia (2007)

<http://pruebasmanualmoderno.blogspot.com/2009/11/spielberger-charles-d-inventario-de.html> Consulta 12-Marzo

## **CAPITULO V: METODOLOGÍA**

## **5.1 Objetivo**

Evaluar el nivel de ansiedad en rasgo y estado en los familiares con pacientes hospitalizados de primera vez y familiares con pacientes reincidentes que asisten a visita los fines de semana.

## **5.2 Objetivos Específicos**

1. Investigar los antecedentes históricos, causas y síntomas de la ansiedad como rasgo y estado.
2. Conocer las bases teóricas del génesis de la familia, la relación y repercusiones al contar con un integrante con alguna enfermedad mental.
3. Analizar las características de la Hospitalización primera vez y reincidentes en el Hospital psiquiátrico IMSS.

## **5.3 Diseño de investigación**

El tipo de estudio es correlacional, pues tiene como finalidad identificar si existe relación entre el tipo de hospitalización que tenga el paciente y el nivel de ansiedad de su familiar

## **5.4 Hipótesis**

H1 Existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad que presentan los familiares con pacientes hospitalizados por primera vez en el psiquiátrico con relación a los familiares de pacientes reincidentes

H0 No existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad, que presentan los familiares con pacientes hospitalizados por primera vez en el psiquiátrico con relación a los familiares de pacientes reincidentes.

## **5.5 Variables**

### **5.5.1 Variable Independiente**

Situación de hospitalización en los pacientes de los familiares evaluados

### **5.5.2 Variable Dependiente**

Ansiedad: rasgo-estado

El nivel de ansiedad como estado y rasgo a través del inventario de autoevaluación IDARE (Inventario de ansiedad: rasgo y estado)

## **5.6 Escenario**

Se aplicó el inventario de Ansiedad: estado y rasgo, a los familiares que asisten sábado y domingo a la visita de sus pacientes internados en el Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en un horario el Sábado de 15:50 a 17:00hrs y Domingos de 10:30 a 12:00 y de 15:30 a 17:00hrs.

## **5.7 Población**

La aplicación del instrumento IDARE se realizó a familiares de pacientes, de los cuales 31 fueron de primera vez y 29 reincidentes. Los criterios de inclusión fueron: que tuviese un familiar hospitalizado en la institución referida, que aceptase participar en el estudio, que fuese mayor de edad, de sexo y escolaridad indistintos

Para clasificar en grupos se utilizaron dos criterios:

El primero, **los familiares con pacientes por primera vez**, se incluyeron los que era su primer ingreso al psiquiátrico y su estancia no excedía las tres semanas

El segundo, **los familiares con pacientes reincidentes**, se incluyeron aquellos que han sido hospitalizados por más de una vez, en su mayoría durante años, algunos incluso de 5 a 20 años desde la última hospitalización

## **5.8 Procedimiento**

Para esta investigación se contactó al Dr. Carlos Quiróz Rabanales Jefe de departamento clínico jornada acumulada (sáb-dom), en el Hospital de Psiquiatría ya citado, se presentó el proyecto de investigación y la requisición de autorización para tener acceso a los familiares que asisten a visitar a los pacientes internados.

Al tener la aceptación por parte del Jefe de departamento clínico, se realizó la aplicación del instrumento psicológico IDARE en un período de 4 semanas, únicamente sábados y domingos, en el horario de visitas: sábados de 15:30 a 17:00 y domingos de 10:30 a 12:00 y 15:30 a 17:00

Se abordó a los familiares de los pacientes internados que se encontraban en sala de espera. Primero se les explicó el porqué de la investigación, se inició con una presentación, luego en qué consistía el estudio y se terminó solicitando su participación, con el siguiente dialogo. Buen Día Sr/Sra. Mi nombre es ....., soy Psicóloga y en este momento me encuentro realizando una investigación acerca del sentir de los familiares que vienen a visitar a sus pacientes internados, por lo cual solcito su apoyo para contestar un cuestionario que consta de 40 preguntas el cual va a requerir de su atención de 10 a 15 minutos”.

Al acceder a contestar el cuestionario, se les entregó el mismo y las herramientas para contestarlo, se procedió a leer las instrucciones en voz alta a cada familiar mientras ellos seguían la lectura en silencio; se indicó que se permanecería cerca de ellos por si existiera alguna duda, al terminar la primera parte del instrumento, se procedió de la misma forma para que contestaran la segunda parte.

Al concluir el cuestionario se revisó que no faltara ninguna pregunta por contestar, por último se concluyó con 2 preguntas orales, con el objetivo de permitir al entrevistado mayor apertura en su respuesta, la preguntas fueron:

***1. ¿Cómo familiar de un paciente hospitalizado, desea usted sugerir alguna forma de atención psicológica que les proporcionará esta institución?***

El origen de esta pregunta, fue parte de la inquietud de los propios familiares de ser guiados en el proceso de su paciente. El concentrado de respuestas podría permitir proponer algún tipo de apoyo psicológico clasificándolos: familiar, individual o grupal.

***2. ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado?***

La respuesta clasifica la población de estudio, ya que con base en ello se crean los dos grupos de esta investigación: familiares de pacientes hospitalizados por primera vez y reincidentes.

Al contar con la población requerida, se finalizó el período de aplicación de las pruebas y se acordó una reunión con el Jefe del Departamento Clínico, Dr. Carlos Quiróz R., para realizar la retroalimentación de las aportaciones por parte de la psicóloga y de los propios familiares, quedando pendiente la espera de los resultados.

Posteriormente se efectuó la fase de análisis de datos y se transfirieron todas las respuestas del inventario IDARE al programa electrónico SPSS para iniciar con el análisis estadístico.

## **CAPITULO VI: RESULTADOS**

A fin de comprobar las hipótesis que se plantearon, se efectuó el análisis de las respuestas a través de la prueba t student para identificar si era significativa la diferencia entre la ansiedad rasgo y estado de los familiares con pacientes hospitalizados de primera vez y reincidentes.

Los resultados arrojados por la prueba IDARE se muestran en la siguiente tabla, divididos en grupo de familiares de pacientes por primera vez y grupo de familiares de pacientes reincidentes:

Familiares Primera vez			Familiares Reincidentes		
SUJETO	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO	SUJETO	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
1	50	48	1	32	32
2	42	41	2	39	48
3	63	71	3	61	32
4	48	49	4	40	30
5	47	32	5	29	30
6	46	30	6	49	57
7	48	55	7	68	68
8	40	39	8	50	48
9	45	39	9	63	31
10	53	45	10	49	52
11	40	49	11	34	26
12	54	47	12	36	34
13	54	57	13	46	46
14	33	35	14	49	49
15	43	33	15	35	41
16	46	47	16	50	43
17	27	42	17	36	30
18	36	56	18	50	40
19	50	43	19	21	28
20	46	47	20	59	44
21	51	57	21	30	29
22	50	50	22	25	29
23	51	49	23	34	39
24	41	43	24	40	41
25	36	33	25	47	40
26	37	33	26	35	43
27	32	33	27	44	36
28	34	41	28	34	39
29	59	71	29	56	45
30	39	30			
31	31	30			

La prueba estadística t para el análisis de la variable ansiedad rasgo (AR) mostró resultados de  $t= 1.760$  (gl:58 f: .349), que comparada con la t de tablas, señala una diferencia estadísticamente significativa en la variable ansiedad rasgo en el grupo de Primera vez con respecto al de reincidentes.

Estadísticos de grupo					
Rasgo	Población	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	Primera Vez	31	44.35	10.929	1.963
	Reincidentes	29	39.66	9.755	1.811

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	para la diferencia	
									Inferior	Superior
Rasgo	Se han asumido varianzas iguales	.349	.557	1.753	58	.085	4.700	2.681	-667	10.067
	No se han asumido varianzas iguales			1.760	57.880	.084	4.700	2.671	-647	10.046

Por otra parte, la prueba t para la variable ansiedad estado (AE), con un valor de  $t= .055$  , gl:58, contrastada con la t de tablas de 1.67, indica que no existe diferencia estadísticamente significativa en la variable ansiedad estado en el grupo de familiares de pacientes de primera vez vs grupo de familiares con pacientes reincidentes, sin embargo muestra que hay presencia de ansiedad con mayor prevalencia en el grupo de primera vez

Estadísticos de grupo					
Estado	Poblacion	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	Primera Vez	31	44.26	8.556	1.537
	Reincidentes	29	42.79	11.727	2.178

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	para la diferencia	
Estado									Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales		3.840	.055	.555	58	.581	1.465	2.638	-3.815	6.745
No se han asumido varianzas iguales				.550	51.019	.585	1.465	2.665	-3.886	6.816

	T calculada		T tabla
Rasgo	1.76	>	1.67
Estado	0.55	<	1.67

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que la **hipótesis de investigación se acepta** en cuanto a ansiedad rasgo y se rechaza la hipótesis nula. Así, puede decirse que si existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad rasgo en los familiares de pacientes de primera vez comparados con los familiares de pacientes reincidentes. Los familiares de primera vez obtuvieron altos niveles de ansiedad en rasgo sobre el de familiares de pacientes reincidentes. Cabe señalar, como se había indicado, que en el tipo de ansiedad estado, la diferencia no es significativa aun cuando se aprecia que es mayor en los familiares de primera vez.

Las diferencias en la ansiedad rasgo pueden ser atribuidas a que en el grupo de primera vez, es tan fuerte y reciente el impacto de saber que su familiar tiene un padecimiento psiquiátrico, que el individuo evaluado presenta ansiedad como un factor que llega a formar parte de su personalidad, mientras que para el familiar de reincidentes probablemente ya haya una elaboración de la situación y una aceptación de la problemática.

Por otra parte, el hecho de que no existan diferencias significativas en cuanto a ansiedad estado, puede ser explicado en términos de que para ambos grupos de

familiares, alguien cercano se encuentre bajo atención psiquiátrica que está acudiendo en ese momento a recibir atención médica o quizás se encuentre bajo una situación de crisis, lo que resulta ser una fuente de ansiedad por el reporte que pueda recibir, así como las condiciones peculiares que caracterizan a una situación hospitalaria en la que en ese momento se encuentran.

## **CONCLUSIONES**

En términos generales puede decirse que el objetivo de investigación fue cumplido y la hipótesis de investigación aceptada en cuanto a ansiedad rasgo se refiere ya que efectivamente; se encontraron diferencias entre los grupos evaluados en lo que respecta a esta variable; por otro lado, en cuanto a ansiedad estado no se encontraron diferencias significativas.

A fin de analizar estos hallazgos, es necesario referir los conceptos de Spielberger (1975), quién señala que Ansiedad-Estado es la condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Mientras que Ansiedad-Rasgo hace referencia a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad.

Así, como se señalaba previamente, puede considerarse que existen diferencias en cuanto a rasgo, dado que en el grupo de los de primera vez se ha enfrentado recientemente a una problemática que quizá no había padecido antes, por lo que tiende a percibir de manera generalizada muchas de las situaciones como amenazantes, ello queda evidenciado en el hecho de que incluso al acercarse a esta población para solicitar su colaboración en el estudio, fueron los que mostraron más resistencia y desconfianza en participar.

Tal como lo afirman Spielberger, Pollence y col (1984), las personas que muestran mayor vulnerabilidad al estrés y que responden a un rango más amplio de situaciones conflictivas, tienden a ver el mundo como peligroso o amenazante.

Estos hallazgos concuerdan con la afirmación de Gradillas (1998) en cuanto a que las enfermedades psiquiátricas ocasionan estrés y miedo en la familia, considerando un daño y alteración en la dinámica familiar.

Es también importante considerar que, el grupo de familiares de primera vez particularmente estuvo conformado por la familia nuclear (padre, madre y hermanos) lo que evidentemente genera una mayor afectación.

Por otro lado, los que tienen familiares reincidentes durante el tratamiento terapéutico probablemente han pasado por un proceso de aceptación que no les genera ya un estado de ansiedad notable pues de alguna manera se encuentran habituados a los procedimientos a ser seguidos dentro del sistema hospitalario e incluso, cabe indicar que, de manera informal, se detectó que muchos de ellos no eran familiares del núcleo más cercano, sino eran familiares un tanto más lejanos como tíos, primos, abuelos y amigos, que estaban apoyando a la familia cercana del paciente, lo que puede ser también un factor que contribuya a que su ansiedad no sea tan elevada.

Resulta importante considerar que, como señalan Cano y Rivera (2007) en las personas que padecen altos niveles de ansiedad rasgo, ello podría ser detonante para la manifestación de trastornos mentales, lo que evidencia la importancia de conocer el tipo de ansiedad manifestada y proponer estrategias para su intervención.

Es también relevante el conocer el tipo de trastorno que padece el paciente, pues como señala González y Castejón (1999), en el caso de la **esquizofrenia** al manifestarse los síntomas, se vuelve una condición muy desgastante y de un alto nivel de estrés y en muchas ocasiones la familia termina agrediendo al paciente al no alcanzar a comprender la enfermedad, por otro lado la situación de las familias con pacientes con **depresión**, si el que la padece es algún hijo, termina siendo calificado por los padres de flojo o irresponsable al no entender que como parte de

la sintomatología se puede tener una fatiga intensa que **incapacite** de manera extrema al que la padece.

En este sentido, cabe indicar que en este estudio, de manera informal, algunos familiares compartieron voluntariamente en la entrevista la enfermedad que tenía el paciente y dentro de los más recurrentes padecen depresión profunda con un 85% aproximadamente de la muestra que participó con este dato, el 10% esquizofrenia y 5% otros.

Por otra parte, el hecho de que la ansiedad estado (AE) se manifieste en el grupo de primera vez un tanto más elevada que en familiares de reincidentes, aun cuando los niveles no sean significativos, puede atribuirse a que al estar ante la presencia de un miembro con enfermedad mental, inicialmente los familiares se encuentren en estado de shock, pues incluso hubo quién expresó verbalmente su incredulidad al no identificar la razón por la cual estaba hospitalizado el paciente

Esto podría atribuirse a que, como afirma Nagao (2011), se haya activos sus mecanismos de defensa, ante la existencia de la enfermedad mental dentro de la familia, con la finalidad de minimizar las consecuencias de tensión y estrés que la misma genera. En este sentido, señala Nagao, los mecanismos de defensa en la familia pueden hacerse manifiestos al enterarse que su familiar es diagnosticado por un trastorno mental, iniciando con la negación, a través de la cual la familia rechaza la mayoría de las veces aceptar la posibilidad de que su familiar esté sufriendo de un trastorno psiquiátrico.

Al transcurrir el tiempo e ir asimilando la situación familiar y la enfermedad comienzan a mostrar reacciones emocionales como enojo, sentimientos de culpa, rechazo, tristeza, vergüenza social. En este sentido, resulta importante considerar que la familia nuclear suele acudir en las visitas durante la primera experiencia de hospitalización, mientras que se manifiesta la ausencia de otros miembros de la familia, debido a la situación que vive el paciente, lo que podría generar una

situación un tanto incomoda y difícil de explicar. Así, en algunos casos la existencia de prejuicios sociales generados al tener un enfermo mental que pueden incluso generar discriminación o rechazo al enfermo e indirectamente a la familia, debido a la falta de información y tratamiento de la misma.

Como ya se había señalado previamente, al cuestionar a los familiares al respecto de la pertinencia de recibir apoyo psicológico, el **90%** manifestó que desea recibir apoyo psicológico de tipo **familiar**, **5% grupal** y el **5%** restante de tipo **individual**.

Señala Nagao en su artículo “Familias con paciente psiquiátrico” (2011), el apoyo por parte de los especialistas de acuerdo al padecimiento psicológico y/o psiquiátrico ayuda a la familia a entender el cómo mejorar la convivencia diaria, comunicarse con su familiar enfermo, cómo hacer que se tome la medicación o que haga actividades, la solución de los problemas cotidianos, cómo favorecer que la persona afectada vaya progresando en su recuperación. Este apoyo muy seguramente repercutiría en disminuir el nivel de ansiedad de los familiares.

En este sentido, es relevante y de suma importancia hacer conciencia en los familiares los beneficios que deriva el llevar de manera adecuada las indicaciones por parte de los especialistas, ya que hay que comprender que la familia no siempre está preparada para realizar dicha labor, por ello se tiene que explicar de forma clara y sencilla los pasos a seguir tales como: los tiempos de toma de medicamentos, actividades que puede realizar, la manera de relacionarse con su paciente de modo asertivo dejando al lado sus propios miedos y prejuicios sin minimizar el sentir de la familia, y que las consecuencias de sobreproteger, presionar y observarlo de manera excesiva pueda resultar contraproducente y puede desencadenar recaídas, en vez de buscar la recuperación y éste sea integrarlo de forma activa a la sociedad, como afirma Gradillas(1998), al hacer conciencia en la familia de la responsabilidad que tiene sobre el paciente a su salida del hospital, deberán ejecutar las tareas atención y cuidados que antes

realizaba personal especializado en el psiquiátrico, beneficia al propio enfermo y a la propia familia.

Durante el estudio nos encontramos con la siguiente limitante:

Se contó con un número escaso de participantes en la investigación, dado que regularmente eran los mismos familiares los que acudían en las diversas ocasiones en que se aplicó el instrumento de evaluación. Ello, evidentemente reduce la posibilidad de generalizar los datos, que realmente sólo son aplicables a la población en estudio

Aun cuando esta investigación tenía como principal objetivo encontrar diferencias significativas en ansiedad rasgo y ansiedad estado, no podemos limitarnos a estos cuestionamientos y se sugiere que se amplíe el tema sobre la ansiedad, y su repercusión en la familia por lo cual para continuar con este estudio, se propone:

- Ampliar el número de familiares y añadir la clasificación por trastorno mental que padecen los pacientes, para identificar si éste se relaciona con la ansiedad de la familia
- Evaluar otros rasgos de la personalidad que pudiesen estar vinculados con la situación del familiar que es paciente psiquiátrico.
- Impartir “Taller de Psicoeducación”, para los familiares de pacientes psiquiátricos tanto de primera vez como reincidentes.

Refiriéndose a la Psicoeducación como: el proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar sus objetivos. Almendras (2003)

Así mismo, la propuesta es realizarlo a modo de taller, el cual tenga una duración aproximada de cuatro sesiones en un lapso de un mes, programado posterior a los horarios de visita. La psicoeducación puede ser individual, grupal o familiar, teniendo dos objetivos principales:

Afrontar de modo grupal la situación de cada individuo como familiar de un paciente psiquiátrico, lo cual le permita aprender sobre él: ¿qué? ¿cómo? ¿por qué? ¿qué hacer? y demás interrogantes que generó el padecimiento, lo que muy probablemente incidirá en disminuir su nivel de ansiedad

Compartir por parte de los miembros de la familia sus sentimientos ante la situación, ya que al comunicar y exponer de manera auténtica sus sentimientos, se puedan fortalecer los lazos familiares para promover la salud y prevenir las enfermedades mentales.

## **BIBLIOGRAFIA**

American Psychiatric Association (APA). A psychiatric glossary. Washington DC, 1975 citado Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 46

Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994, p.25:26

Aronne, Evangelina. La familia: tipos, crisis y terapia. Buenos aires, 2007

Arranz, E. y Olabarrieta, F. Las relaciones entre hermanos. 1998, citado Rodrigo, María José y Palacios, Jesús. Familia y desarrollo humano. Madrid, Alianza, 1998

Beck, A.T., y Emery, G. Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective. Nueva York: Basic books, 1985 citado Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 53-55

Boeree, George. Teorías de la personalidad: Sigmund Freud, 2002

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>

Bonet, Ramon. Compendio de Derecho de Familia. Madrid, Ámplona, 1960

Bouche J, Hidalgo F. IV Curso de Experto Universitario en Mediación y Orientación Familiar 2003-2004. Madrid (España), Dykinson, 2003 citado González, Juan. Revista Paceña Art. La familia como sistema. La paz (Bolivia) 2007

Bowen, M. A family concept of schizophrenia. Nueva York, Basic Books, 1960 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.422

Briffault, Robert. The mothers. New York, Macmillan, 1927 citado Nathan, W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Horme, 1988, p.36

Burin, Mabel y Meler, Irene. Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires, Paidós, 2001

Castillo, Magdalena y Rodríguez, Lucio. Revista Enfermeras IMSS: Modelos de atención enfermería. Monterrey, 2000

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/751F502F-5F90-4F9E-ADFA-C13E8AA827A7/0/20003743.pdf>

Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 34

De la Gándara Martín, Jesús y Fuertes Rocañín José. Angustia y ansiedad: Causas, síntomas y tratamiento. Madrid, Piramide, 1999, p.12-25,37-47

Engels, Federico. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado 1884. México, Nuevomar, 1984 citado Burin, Mabel y Meler, Irene. Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires, Paidós, 2001, p. 36-38

Eysenck, HJ. A theory of the incubation of anxiety-fear responses. Behav res ther, 1968, p. 309-321 citado: Roca, M. Trastornos Neuróticos. Barcelona (España), Comité Editorial, 2001

F.L.Ruch. Psicología y vida. México, Trillas, 1978, p.476

Feldman, I. Depression and marital interaction, Family process. 1976 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.410

Freud, Sigmund. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva,1981

Freud, Sigmund. Mourning and melancholia. The complete psychological works: The standard edition. Nueva York, 1917 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.408

Freud, Sigmund. Totem y tabú. Obras completas. Buenos, aires. Amorrortu, 1913 citado Burin, Mabel y Meler, Irene. Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires, Paidós, 2001, p.35-36

González, Felicia. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana, Cuba. Edit. Ciencias médicas, 2007

González, Juan. Revista Paceaña Art. La familia como sistema. La paz (Bolivia) 2007, p. 112

Gradillas, Vicente. La Familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría. Madrid, Ediciones Diaz de Santos, 1998, p. 19-22, 27-30

Grolnick, I. Family perspective of psychosomatic factors in illness:A review of the literature, 1972 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p. 310

Guía informática básica para personas con enfermedad mental crónica y sus familiares. Consejería de servicios sociales. Madrid, 1999, p. 23-49

Guillamó, Noemi. Ansiedad, educación y aprendizaje. Clínica de la Ansiedad, 2004  
[http://www.clinicadeansiedad.com/02/154/Ansiedad\\_educaci%C3%B3n\\_y\\_aprendizaje.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/154/Ansiedad_educaci%C3%B3n_y_aprendizaje.htm)

Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Cuba, Revista Cubana Med, 1997, p.591 citado González, Juan. Revista Paceaña Art. La familia como sistema. La paz (Bolivia) 2007

Hospital Psiquiátrico Héctor T., IMSS, Diagnóstico situacional 2010

Idarmis González Benítez. Las crisis familiares. Revista Cubana Medicina General Integral

INEGI XI Censo general de Población y vivienda 1990;XII Censo general de población y vivienda 2000, Censo de aplicación y vivienda 2010

INEGI. La mujer mexicana, un balance estadístico al final del siglo XX. México, 1995

Ingram, RE y Kendall, PC. The cognitive side of anxiety. Cognitive therand res, 1987 citado Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 54

Jakson, D. y Weakland. The etiology of schizophrenia. Nueva York, Basic Books, 1960 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.422

Lemos, Serafin. Psicopatología general. España, Síntesis, 1995, p.139-151

Lidz, T., Fleck, S. y Cornelison, A. Schizophrenia and the family. Nueva York, International Universities Press, 1960 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.422

Llobera, J. Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Madrid, Anagrama, 1991 citado Valdés, Ángel. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México, Manual Moderno, 2007

Luna, Miguel. Ansiedad y depresión. Clínica de la ansiedad, 2002

[http://www.clinicadeansiedad.com/02/128/Ansiedad\\_y\\_depresi%C3%B3n.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/128/Ansiedad_y_depresi%C3%B3n.htm)

Massana, Joan y Nassaba Guillem. Trastornos de la ansiedad (El miedo sin causa). Barcelona, Mt editores, 2005, p. 59-75

Maxmen, J. Essential psychopathology. Nueva York, Norton, 1986 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.408

Minuchin, S. A conceptual model of psychosomatic illness in children. Hagertown, 1977, Pittman, *op. cit.* p. 310

Mishler, E. y Waxler, N. Interaction in families. Nueva York, Jhon Wiley, 1968, Pittman, *op. cit.* p. 422

Nagao, Fernando. Artículo. Las familias con un paciente psiquiátrico". N.L. 2011

[http://cesarlozano.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=980:las-familias-con-un-paciente-psiquiatrico&catid=104:psicologia-en-pareja&Itemid=651](http://cesarlozano.com/index.php?option=com_content&view=article&id=980:las-familias-con-un-paciente-psiquiatrico&catid=104:psicologia-en-pareja&Itemid=651)

Nathan, W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Horme, 1988, p.37

Otto, Klineberger. Social Psychology. New York. Holt, 1954, Nathan, *op. cit.* p. 36

Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990

Priest, Robert. Ansiedad y depresión: causas, efectos y cómo superarlas. Barcelona (España), Plural , 1992

Psicoeducación Almendras, ¿Qué es la psicoeducación?; 2003, Uruguay  
<http://www.psicoeducar.com/psicoed.htm>

Puyana, Y. Padres y madres en cinco ciudades colombianas. Bogota, Almudena, 2003, p.45 citado Valdés, Ángel. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México, Manual Moderno, 2007

Roca, M. Trastornos Neuróticos. Barcelona (España), Comité Editorial, 2001

Rodrigo, María José y Palacios, Jesús. Familia y desarrollo humano. Madrid, Alianza, 1998, p.34-37

Rojas, Enrique. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. España, Colección: Vivir Mejor: Ediciones Temas de Hoy, 1998

Sagalen, M. Antropología histórica de la familia. Madrid, Taurus citado Valdés, Ángel. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México, Manual Moderno, 2007

Simspon , 1980 citado Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 46

Skinner, B. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona (España), Fontanella, 1974, p. 207

Skinner, B. Contingencias de Reforzamiento: Un Análisis Teórico. México, Trillas, 1979

Spielberger, Charles y Díaz Guerrero. IDARE, inventario de ansiedad: rasgo-estado. California, Manual Moderno, 1975, p. 1-14

Spielberger, Charles. State-trait anxiety inventory: A comprehensive bibliography. Florida, 1984 citado Cía, Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico. Buenos Aires, Polemos, 2007, p. 46

Szasz, T. The myth of mental illness. Nueva York, Harper and row, 1961 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.422

Valdés, Ángel. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México, Manual Moderno, 2007

Watson, JB. Y Raner R. Conditioned emotional reactions. Am Psychol 2000, 1920 citado: Roca, M. Trastornos Neuróticos. Barcelona (España), Comité Editorial, 2001 p. 280

Westermarck, E. History of human Marriage. New York, Macmillan, 1921 citado Nathan, W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Horne, 1988, p.36

Wolpe, J. Psicoterapia por Inhibición Recíproca. España, Editorial Desclée, 1981

Wynne, L. Current concepts about schizophrenics and family relationships. 1980 citado Pittman, Frank. Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós, 1990, p.424

## **ANEXOS**

# Anexo A

## IDARE Inventario de Ansiedad: rasgo y estado.



### IDARE

Inventario de Autoevaluación  
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NI EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a) .....	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a) .....	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a) .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a) .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a) .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a) .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a) .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a) .....	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a) .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a) .....	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

D.R. © 1980 por  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.  
Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

0403

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien .....	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente .....	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar .....	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" .....	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas .....	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia .....	①	②	③	④
30. Soy feliz .....	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho .....	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades .....	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a) .....	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza .....	①	②	③	④
39. Soy una persona estable .....	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) .....	①	②	③	④

EDITORIAL  
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.  
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc  
06100 México, D.F.

Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR**