



**Universidad  
Zaragoza**

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

### **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Título: Propuesta de Programa de Intervención “FTM: Familia y TOC,  
de la mano”.

Title: Intervention Program Proposal "FOH: Family and OCD, hand in  
hand".

Alumno/a: **Raquel Muñoz López**

NIA: **702860**

Director/a: **Pilar Martín**

**AÑO ACADÉMICO 2019-2020**



**Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza**

**Índice**

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	7
Beneficiarios.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	8
Procedimiento .....	9
Diseño de las sesiones.....	10
Recursos.....	14
Evaluación .....	15
Resultados esperados.....	16
Conclusiones.....	16
Referencias .....	18
Anexos.....	21

### Resumen

La familia es considerada como uno de los importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones vitales estresantes, se requiere que el sistema familiar sea asistido y modificado. La mayoría de personas que convive con alguien que padece un Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen altos niveles de malestar psicológico y presentan una amplia variedad de emociones abrumadoras siendo escasas sin embargo las intervenciones desarrolladas en este sentido. Precisamente el objetivo del programa de intervención que aquí se diseña y propone es mejorar las habilidades familiares a la hora de tratar con un afectado de TOC y, al mismo tiempo, dotar a los familiares de herramientas útiles para prevenir el desarrollo o disminuir los niveles del *Síndrome del cuidador quemado*. Un/a psicólogo/a y un/a coterapeuta trabajarán junto a un grupo de familiares durante dos meses realizando distintas actividades para cumplir los objetivos del programa. Para estimar su eficacia esperada, se utilizarán cuestionarios y entrevistas.

*Palabras clave:* Trastorno Obsesivo Compulsivo, familia, intervención grupal.

### Abstract

Family is considered one of the main important systems that promote health and ease the improvement of quality of life. However, when its role is altered due to stressful life situations, the family system is required to be assisted and modified. Most people who live with someone who has an Obsessive Compulsive Disorder have high levels of psychological distress and present a wide variety of overwhelming emotions, although interventions developed in this regard are scarce. Precisely the objective of the intervention program that is designed and proposed here is to improve family skills when dealing with a person with OCD and, at the same time, provide family members with useful tools to prevent development or decrease levels of Caregiver Burnout Syndrome. A psychologist and a co-therapist will work together with a group of family members for two months, carrying out different activities to meet the program's objectives. To estimate its expected effectiveness, questionnaires and interviews will be used.

*Keywords:* Obsessive Compulsive Disorder, family, group intervention.

### Introducción

A lo largo de la historia de la Psicología se han podido observar varios momentos que han resultado fundamentales para su transformación en lo que es hoy en día. Uno de estos momentos coincide con la visualización de la familia como un elemento indispensable en el mantenimiento de la salud y el proceso terapéutico general (Valencia et al, 2003; Inglott et al, 2004). Sin embargo y desafortunadamente, en ocasiones el papel de la familia en el proceso terapéutico se puede ver subestimado y a menudo los familiares de personas con trastornos mentales son también muy vulnerables al malestar psicológico, y carecen de recursos de afrontamiento desde los que hacer frente a tal situación.

Los trastornos mentales ocupan hoy un lugar importante en el ámbito de la salud pública. En España, según los informes ENSE 2017, el 10,8% de la población española mayor de 15 años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) y la cifra continúa en aumento (OMS, 2019). Actualmente hay 450 millones de personas en todo el mundo que se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida (Fábregas et al., 2018). Dentro de esta categoría, son los denominados “trastornos mentales graves – TMG-” los que, debido a su cronicidad y gravedad, causan mayor impacto tanto a las personas afectadas, como a su entorno más cercano. Quienes conviven con ellos, además de lidiar con los síntomas y comportamientos perturbadores de esos trastornos, suelen enfrentarse a interacciones difíciles con el paciente (Fredrik et al., 2010), produciéndose un impacto negativo en diversas áreas de su propia vida, incluida la laboral (Stewart et al., 2017), y presentando altos niveles de “malestar psicológico” (Magaña et al., 2007; Goldstein et al., 2002).

La familia es considerada como uno de los importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan la mejora de la calidad de vida (Vallejo, 1997). Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones estresantes o a la presencia de un miembro con un padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual, grupal y social (Vallejo, 1997; Fredrik et al., 2010). Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en dos términos: adaptación y cohesión. El modelo McMaster plantea que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas (Epstein et al., 1982).

En la sociedad moderna, aquellos grupos que apoyaban a sus miembros más necesitados por medio de vínculos familiares y sociales, actualmente se ven limitados

para ejercer sus roles culturales tradicionales provocando dificultades importantes en los procesos de atención y tratamiento de las enfermedades crónicas. En los padecimientos psiquiátricos suelen presentarse más dificultades por los tabúes y mitos relacionados con ellas (John, 2000).

Una de estas condiciones clínicas psiquiátricas dentro de la categoría de los TMG, es el Trastorno Obsesivo Compulsivo [TOC], un trastorno caracterizado por dos síntomas íntimamente relacionados y, en ocasiones, difíciles de distinguir: las obsesiones y las compulsiones (Belloch et al., 2011), cuya prevalencia se sitúa entre el 1 y el 2% de la población general (Andrews et al., 2001; Clark, 2004; Sanz-Vellosillo y Fernández-Cuevas, 2015).

La mayoría de personas que convive con alguien que padece un TOC se sienten a menudo abrumadas, desorientadas, frustradas y enfadadas (Belloch et al., 2011). Se han identificado cinco maneras de responder ante el TOC por parte de familiares. Hay familias que colaboran con las compulsiones y rituales para evitar los conflictos o mantener la paz familiar, mientras que otras no cooperan en las compulsiones, pero consienten que el familiar afectado las haga tanto cuanto quiera y necesite; algunas no reconocen las compulsiones y rituales, y no las permiten en su presencia, poniéndose incluso agresivos con el familiar con expresiones como “estoy harto de ti, estás mal de la cabeza”; hay familias en las que algunos de los miembros colaboran o consienten y otros no, por último, hay también familias en las que se intenta a veces un procedimiento, a veces otro, en busca de la mejor solución posible (Belloch et al., 2011). En este marco cabe destacar que las investigaciones realizadas sobre el funcionamiento de las familias de pacientes diagnosticados con TOC se han focalizado en dos temas principales: por una parte, las que están relacionadas con el grado de acomodación de las familias a los síntomas del paciente y, por otro lado, las que reportan una sobre involucración emocional y altos niveles de hostilidad y crítica hacia el miembro con TOC (Calvocoressi et al., 1995). Cuando una familia no percibe que ha de modificarse la estructura existente para lograr un funcionamiento más satisfactorio, tienden a mantener y perpetuar respuestas mal adaptativas que refuerzan los síntomas y no permiten la identificación de alternativas de funcionamiento (López et al., 2011). Cuando los pacientes perciben menor cohesión que sus familiares se favorecen los sentimientos de soledad, desesperanza e incompreensión (López et al., 2011). En familias con menor adaptación y mayor rigidez tienen más dificultades en su regulación emocional y se presentan niveles más elevados de depresión y ansiedad tanto en pacientes como en familiares (López et al., 2011; Merino y Martínez-

Pampliega, 2020). Igualmente se ha observado que un funcionamiento familiar desordenado, estresante y con conflictos interpersonales tiene repercusiones negativas que influyen en los problemas de conducta y en el rendimiento académico de los hijos (Merino y Martínez-Pampliega, 2020).

Una gran experiencia en la vida de muchas personas puede ser la crianza de los hijos. Sin embargo, también puede ser estresante cuando los progenitores o cuidadores no tienen los recursos necesarios para manejar potenciales estresores como el diagnóstico de TOC en sus hijos, y el cuidado y atención de los mismos, y todo ello, si se mantiene en el tiempo, puede dar lugar al desarrollo del denominado *Síndrome del cuidador quemado* (Zambrano y Ceballos, 2007), un síndrome que puede llegar a afectar al 20,8% de los cuidadores de personas con TMG (Henao et al, 2020). Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, falta de energía, indefensión, agotamiento continuo, apatía, pérdida de apetito, cefalea, dificultad en la concentración, cambios de humor, insomnio, tensión emocional, desesperanza, palpitaciones, o abuso de sustancias nocivas, entre otros (López et al., 2009). Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad (Zambrano y Ceballos, 2007).

Desde la década de los 60 se han realizado intervenciones a familiares centradas sobretudo en la Psicoeducación en el trastorno concreto del paciente (Girón et al., 2010; Anzón et al., 2020). Los resultados de estas intervenciones han resultado ser muy positivas en la reducción de tasas de recaídas y hospitalizaciones, en una mejoría en el funcionamiento general del paciente (Girón et al., 2010), la reducción de emoción expresada (Wiedemann et al., 2001; Encinas, 2017), de carga familiar (Hurtado et al., 2008; Anzón et al., 2020) y la disminución del coste emocional (Hurtado et al., 2008), físico y social (Inglott et al., 2004). Todo lo anterior resulta un avance significativo para el campo de la psicología y medicina, así como una mejora en las condiciones y beneficios para paciente, sin embargo, el trabajo en Psicoeducación deja a un lado la atención de otras cuestiones psicológicas de los familiares (Rascón et al., 2010; Steele et al., 2010), como por ejemplo su vulnerabilidad al padecimiento del síndrome del cuidador.

Resulta clara la importancia de la familia dentro del tratamiento psicológico del paciente. Habilitar a los familiares en el manejo de estrategias básicas de expresión

emocional y habilidades sociales que faciliten el acercamiento al paciente y fomentar la sensibilización y vulnerabilidad del mismo trastorno posibilita la identificación de áreas problemáticas que obstaculizan su desarrollo y contribuyen a su mantenimiento. Además, dotar a los familiares en habilidades de gestión emocional, técnicas de relajación y de gestión de conflictos facilita la cooperación en el tratamiento y en la prevención del síndrome del cuidador quemado. En este sentido, es fundamental lograr una relación terapéutica de colaboración que muestre apertura y considere que existen formas de funcionamiento más eficaces que aquellas con las que cuentan hasta el momento.

### **Objetivos**

El objetivo principal de esta propuesta de intervención es mejorar las habilidades familiares a la hora de tratar con un afectado de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Para poder alcanzar esta meta se requiere hacer frente a objetivos mucho más específicos como prevenir el desarrollo del *Síndrome del cuidador quemado* entre las familias afectadas por el trastorno obsesivo compulsivo; establecer un ambiente de sinceridad, escucha activa y comprensión entre personas que estén pasando por situaciones parecidas para promover el desahogo emocional; sensibilizar al colectivo: tomar conciencia de la vulnerabilidad, la necesidad de comprensión de la patología general y, sobretodo, más concretamente la de su familiar; y, finalmente, dotar de herramientas individuales de control y manejo del estrés, de comunicación asertiva y afrontamiento de los conflictos.

### **Beneficiarios**

El programa de intervención que se desarrolla en los siguientes apartados, ha sido diseñado exclusivamente para familiares de personas afectadas de TOC ya que se ha visto que es un colectivo que además ha sufrido de una manera contundente los efectos del confinamiento por la crisis sanitaria del COVID-19. Son ellos y ellas los beneficiarios directos de esta intervención, de la que de manera indirecta se beneficiarán además los propios afectados de TOC.

### **Material y método**

#### **Participantes**

Concretamente, este programa será implantado en la Asociación TOC Zaragoza, en la calle San Juan de la Cruz, 11, 50006 Zaragoza, e irá por tanto dirigido a las familias de afectados de TOC que estén inscritos como socios de la Asociación en el momento de empezar el programa. Más específicamente, el grupo de trabajo estará formado como

máximo de 12 personas que serán los participantes del programa y las que contarán con la ayuda de diferentes profesionales para cumplir los objetivos propuestos y resolver todas aquellas dudas que puedan surgir en el desarrollo del taller. El perfil ideal para este tipo de programas serían aquellas personas que estén realmente motivadas y receptivas y que se sientan animadas para participar en charlas y dinámicas grupales.

### **Instrumentos**

Con la finalidad de llevar a cabo una evaluación integra de los resultados obtenidos tras la aplicación del programa y establecer conclusiones válidas acerca de su progreso, se emplearán los siguientes instrumentos que se desarrollan a continuación y que aparecen detallados en los anexos (*Anexos 1-5*).

- *Cuestionario sociodemográfico (Anexo 1)*. De esta manera se conocerá con más detalle la información referente al sexo, edad, nivel de estudios y de qué manera se relaciona con el familiar (hermano, padre, madre, pareja, etc.).

- *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Anexo 2)* (Marín et al., 1996). Es un cuestionario auto o heteroaplicado de entre 20 y 25 minutos de duración que consta de 22 ítems cuyas opciones de respuesta siguen una escala tipo Likert de 5 puntos. Este cuestionario evalúa la carga subjetiva asociada al deterioro funcional y conductual de forma unidimensional. Muestra unos adecuados índices de fiabilidad, presentando una consistencia interna de 0,93.

- El “Inventario de depresión de Beck-II” (*Anexo 4*) (Beck et al., 1996). Este inventario mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (excepto los ítems 16 y 18 que subdividen cada opción de respuesta en dos para indicar la dirección del cambio, por ejemplo, más o menos apetito), que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. A mayor puntuación mayor nivel de depresión. Las categorías de gravedad son: de 0 a 9 puntos, estado no depresivo; de 10 a 15 puntos, depresión leve; de 16 a 23 puntos, depresión moderada y de 24 a 63 puntos, depresión grave. El BDI II cuenta con altas cifras de fiabilidad en términos de consistencia interna, presentando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87.

- *Preguntas Psicoeducación TOC*. Con estas preguntas se trata de conocer si se produce un cambio de conocimientos de cuestiones tanto generales como más específicas respecto al tema del TOC (*Anexo 3*).



Finalmente, se facilitará una *encuesta general de satisfacción (Anexo 5)* a los familiares a través de la cuál podamos observar el nivel de satisfacción hacia los temas tratados, las intervenciones realizadas y las dinámicas propuestas. De esta manera se podrá barajar posibles cambios a la hora de replicarlo en un futuro.

### **Procedimiento**

La idea de este proyecto de intervención surge de la necesidad de prestar atención a los familiares quienes, tras una dura batalla contra el TOC que viene de varios años atrás, se han visto perjudicados y frustrados en esta última etapa de confinamiento que vivieron junto a sus familiares afectados.

En primer lugar, y como ya se ha comentado brevemente en la introducción, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la existencia y eficacia de programas similares, siendo muy escasa la información finalmente encontrada y obtenida, quizá porque como se ha comentado anteriormente, la familia es un sistema dentro de la vida del paciente con la que no se suele tratar de manera íntegra.

Los objetivos del programa se pueden dividir en dos focos principales, por una parte, los que están dirigidos a la sensibilización con el trastorno y la mejora de algunas habilidades como la escucha activa y la asertividad; y por otro lado, los que están dirigidos a la prevención del *síndrome del cuidador quemado*, que incluyen temas como la gestión emocional y algunas técnicas de relajación.

Previamente al inicio del programa se llevará a cabo una evaluación exhaustiva por parte del equipo de psicólogos de la Asociación TOC Zaragoza que se encargará de conocer tanto al afectado como a los familiares y, con una pequeña entrevista no estructurada, observar si las necesidades con las que vienen a sesión coinciden, de alguna manera, con los objetivos propuestos por el programa y si los participantes cuentan con la disponibilidad de horarios (sábados a las 11:00h) en los meses de julio y agosto. En la primera sesión se llevará a cabo el pase de los cuestionarios (*Anexos 1-4*) y, para finalizar, se realizará una evaluación al concluir el programa para conocer su eficacia y la satisfacción con el mismo de los participantes (*Anexos 1-5*). Con el fin de que las respuestas a estos sean anónimas, se pedirá a los participantes que elijan un “número en clave” para tener una distinción significativa de cara a la evaluación de los datos. Previamente a la cumplimentación de los cuestionarios, así como al desarrollo de la intervención, los participantes deberán firmar un consentimiento informado (*Anexo 7*). Asimismo, se les informará sobre la legislación acerca de la protección de datos: todas

las respuestas a los cuestionarios se realizarán de una manera anónima, no pudiendo ser consultadas por terceros cuya ambición exceda el ámbito del estudio planteado.

### Diseño de las sesiones

La metodología del programa es participativa y activa, ofrece materiales teóricos y ejercicios prácticos para que los familiares practiquen las estrategias tanto en las sesiones como en el hogar junto al paciente. El programa se compone de un total de 8 sesiones cuya frecuencia de realización será semanal, con una duración aproximada de dos horas. Previamente a su realización, se establecerá un calendario previo con los días y horarios prefijados. Sin embargo, será algo orientativo, pues el programa se mantendrá flexible a cualquier imprevisto que, dada la naturaleza del contexto de trabajo y de la situación cambiante por la crisis del Covid-19, pueda producirse. La intervención se extenderá pues, en principio, durante un periodo de dos meses consecutivos. En la Tabla 1 se detalla un resumen de la secuenciación de las sesiones que componen el proyecto.

Tabla 1

*Resumen de la secuenciación de las sesiones que componen el proyecto*

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Fecha</i>
1	Reunión informativa	- Justificación - Presentación miembros - Aplicación de cuestionarios y recogida de intereses y dudas.	04/07/20
2	Psicoeducación TOC	- Psicoeducación TOC - Charla entre los miembros	11/07/20
3	Sensibilización I	- Charla entre los miembros - Preguntas a un afectado que no tuvo ayuda familiar.	18/07/20
4	Sensibilización II	- Normalizar emociones negativas - Explicación del Síndrome del cuidador quemado. - Charla entre los miembros	25/07/20
5	Herramientas útiles I	- Importancia de escucha activa y no juzgar. - Técnicas de gestión emocional - Técnicas de relajación y autocontrol	01/08/20
6	Herramientas útiles II	- Trabajo de asertividad - Habilidades en la gestión conflictiva. - Recogida de preguntas.	08/08/20
7	Tratando intereses y dudas comunes	- Charla entre miembros - Trabajamos los intereses y dudas que tenían en la primera sesión.	15/08/20
8	Sensibilización III	- Charla de la perspectiva de Carmen. - Charla entre miembros	22/08/20
9	Cierre	- Despedida del grupo - Aplicación de cuestionarios (pos-test)	29/08/20

***Sesión 1. Reunión informativa.***

*Objetivo:* explicar a los familiares la importancia de este tipo de programas, sus objetivos y presentar profesionales y participantes. Además, se pasará el pre-test.

*Procedimiento:* comenzará con el saludo de los profesionales, así como una breve explicación de su especialización. Más adelante, se describirán las características del programa junto a la justificación de su importancia, entregaremos los trípticos informativos (*Anexo 6*) y se presentarán todos los miembros. Para ello, se llevará a cabo la *dinámica de la pelota sentimental*, en la que los familiares se lanzan una pelota que cada vez que cae en manos de alguien, la persona se presenta diciendo su nombre, dando una explicación de quiénes son, cómo se sienten al venir aquí y, si lo desean, su situación familiar. Es importante que se les deje hablar y libertad para expresarse. Para finalizar, se procederá al pase de los cuestionarios (*Anexos 1-4*) y se pasará un folio en blanco para que los participantes rellenen con sus intereses o cuestiones personales acerca del trastorno y/o dudas en el funcionamiento relacional con su familiar afectado.

***Sesión 2. Psicoeducación TOC***

*Objetivo:* aumentar y nutrir el conocimiento sobre el problema y promover el desahogo emocional con otras personas con la misma situación introduciendo conceptos relacionados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (prevalencia, el modelo explicativo, de las características propias del TOC, etc.). Más adelante, dejaremos que los propios familiares hablen de cómo se han sentido y de su situación en casa para promover el desahogo emocional con personas que están en su misma situación.

*Procedimiento:* comenzará con una charla de Psicoeducación en TOC por parte de los profesionales. Dicha charla animará a los familiares a responder algunas cuestiones para hacerlos partícipes de manera activa. Además, se entregarán pautas y lecturas interesantes (*Anexo 8-10*) para que los familiares lleven a casa y se animará a los participantes a hablar sobre cómo se han sentido en la sesión y sobre su situación en casa con su familiar afectado. Finalmente, se realizará una actividad individual que consistirá en aplicar la información explicada con el ejemplo de su familiar con TOC.

### ***Sesión 3. Sensibilización I***

*Objetivo:* tratar de comprender el TOC, pasando por el horror que pueden llevar a producir las obsesiones y las compulsiones y, más adelante, observando en primera persona el magnífico recurso que son los familiares en este trastorno.

*Procedimiento:* en primer lugar se visualizará un vídeo (PlayGround, 2018) de 19:00 minutos de una persona con TOC –Jaume- explicando su perspectiva dentro del problema. La dinámica de sensibilización tiene como objetivo someter a las personas a cómo es un pensamiento obsesivo para obtener un entendimiento gracias al impacto emocional que pudieran obtener de él. Esta consiste en pedir a los familiares que, con los ojos cerrados, piensen en la persona que más quieran en este mundo. Cuando todos lo tienen en mente, se les pide que abran los ojos y escriban en un folio: “Deseo que [NOMBRE] muera hoy de una forma violenta y con mucho sufrimiento”. Finalmente, se dará paso a Martín, un afectado de la Asociación que nunca ha recibido ayuda ni apoyo por parte de sus familiares y contará lo que él valora actualmente a las personas que han estado y están junto a él.

### ***Sesión 4. Sensibilización II***

*Objetivo:* conocer la perspectiva de los familiares, explicar datos de estudios recogidos acerca de esta realidad y normalizar emociones negativas que puedan tener. Además, se introducirá el concepto del *Síndrome del cuidador quemado* y, finalmente, los miembros debatirán sobre esta realidad, comentando, si lo desean, sus propias realidades y filosofías.

*Procedimiento:* al comenzar la sesión, los psicólogos introducirán la perspectiva del rol del familiar en los tratamientos psicológicos aportando datos de interés recogidos tras una búsqueda de información previa. Más adelante, lanzarán el concepto del *Síndrome del cuidador quemado*, junto a una hoja informativa (*Anexo 11*). Para finalizar, los familiares debatirán sobre esta realidad indicando, por ejemplo, si se han sentido identificados en algunos aspectos.

### ***Sesión 5. Herramientas útiles I***

*Objetivo:* reconocer la importancia de la escucha activa, de no juzgar y no reprochar, aprender a distinguir las emociones y trabajando distintas herramientas de gestión emocional y técnicas de relajación.

*Procedimiento:* comenzará con la dinámica “*ni me escuchas ni me entiendes*” (Anexo 14). Esta consiste en dividir el grupo en dos. Los de un grupo tendrán que salir de la sala y se les indicará que tienen que contar algo a una persona de dentro de la sala. La misión del otro grupo es hacer como si no le escucha, como si no quisiera prestar atención. Esta actividad dura aproximadamente 20 minutos. Más adelante, los familiares hablarán acerca de si alguna vez han vivido alguna situación similar, con qué frecuencia, y cómo nos hace sentir tal vivencia. Más adelante los psicólogos introducirán los conceptos de escucha activa y empática y de inteligencia emocional (Anexo 12 y 16) y se realizará la dinámica “*Mapa emocional*” (Anexo 13) cuyo objetivo es el de comprender la importancia de identificar y regular las emociones, especialmente las negativas. Finalmente, los psicólogos expondrán la importancia del control de la respiración (Anexo 15) ante una situación potencialmente estresante, se especificará cómo realizar una respiración abdominal adecuada y cómo llevar a cabo una relajación muscular progresiva. Para finalizar la sesión se pone en práctica una de las técnicas propuestas (la que escoja la mayoría), creando un ambiente adecuado para ello.

### ***Sesión 6. Herramientas útiles II***

*Objetivo:* conocer la importancia de la asertividad y desarrollar habilidades en la gestión conflictiva.

*Procedimiento:* la sesión comenzará con la entrega de información acerca de la asertividad (Anexo 17), seguida de una dinámica llamada “*derechos asertivos*” (Anexo 19), que tiene como objetivo desarrollar las posibilidades de autoconocimiento y de ejercicio asertivo de la autoconfianza. Más adelante, se propondrá otra dinámica llamada “*Acción-reacción*” (Anexo 18) cuyo objetivo es elaborar estrategias alternativas a un problema y comentarlo con el grupo. Finalmente, habiendo tratado diferente información acerca de habilidades de gestión y comunicación interpersonal, los psicólogos propondrán a los familiares que, entre todos, desarrollen una serie de preguntas para realizar los días posteriores a sus familiares afectados, por supuesto, tratando de desplegar las ‘nuevas’ habilidades.

### ***Sesión 7. Tratando intereses y dudas comunes***

*Objetivo:* trabajar las respuestas obtenidas en el ejercicio de la semana anterior y tratar las dudas e intereses que escribieron en la primera sesión.

*Procedimiento:* en primer lugar, se comenzará por trabajar y exponer las experiencias que los familiares tuvieron durante las preguntas a sus conocidos con TOC. Más adelante, los psicólogos reunirán todas las dudas e intereses que escribieron los participantes en la primera sesión y, de manera anónima, serán devueltos de una en una, siendo los familiares los que, en primer lugar, tendrán que tratar de responderlas. Si alguna no consigue ser respondida, los psicólogos intervendrán. Finalmente, se dejará un espacio para que los participantes charlen.

### ***Sesión 8. Sensibilización III***

*Objetivo:* permitir la libre expresión de los familiares así como presentar a una compañera afectada cuya perspectiva sobre la familia puede resultarles interesante.

*Procedimiento:* la sesión comenzará por una breve charla de una de nuestras compañeras afectadas, Carmen, quien expondrá sus perspectivas respecto a la vida y, sobretodo, hacia la importancia del apoyo familiar en este trastorno. Más adelante, se dejará un espacio libre para que los familiares se expresen, debatan sobre algún tema tratado y/o pregunten cuestiones a Carmen.

### ***Sesión 9. Cierre***

*Objetivo:* finalizar la intervención resolviendo las últimas dudas y agradeciendo a todos su participación. También se pasarán los cuestionarios post-intervención (*Anexos 1-5*).

*Procedimiento:* la sesión comenzará con un debate grupal en el que se expondrá todo lo aprendido durante la intervención, lo que más interesante les ha resultado y los siguientes pasos que, como familiares, piensan dar. Finalmente, dedicaremos la última media hora para rellenar los cuestionarios post-intervención y nos despediremos todos con un picoteo en la misma sala de grupos.

### **Recursos**

Para desarrollar satisfactoriamente el conjunto de sesiones programadas se precisarán recursos humanos y materiales. Habiendo sido explicados de manera detallada todos aquellos recursos necesarios, a continuación se expondrá un resumen general con todas las herramientas.

*Recursos humanos.* El programa será impartido por un psicólogo o psicóloga especialista en TOC y una persona más actuará como observadora y, en ocasiones

puntuales, actuará como coterapeuta. Además también se contará con la participación de dos afectados que expondrán su situación en dos sesiones: Martín, en la segunda sesión y Carmen, en la octava sesión.

*Recursos materiales.* Necesitaremos, en primer lugar, contar con las instalaciones y mobiliario adecuados para su puesta en marcha. Emplearemos la sala grupal de la Asociación TOC Zaragoza, ubicada en la calle San Juan de la Cruz, 11, 50006 Zaragoza. Esta sala es grande, luminosa y alberga sillas, una pizarra, y algunos elementos audiovisuales (altavoces, proyector de pantalla y pantalla). También será necesario material de oficina como folios, borradores, bolígrafos y rotuladores; y los trípticos, cronogramas y documentos (cuestionarios pre y post-intervención) impresos y con copias suficientes para todos los participantes. Todo ello será aportado por la propia Asociación TOC Zaragoza de manera que los socios no necesitarán llevar ningún tipo de material.

### **Evaluación**

Previamente al inicio del programa se llevará a cabo una evaluación exhaustiva por parte del equipo de psicólogos de la Asociación TOC Zaragoza. El perfil ideal para este tipo de programas serían aquellas personas que estén realmente motivadas y receptivas y que se sientan animadas para participar en charlas y dinámicas grupales. Por todo esto, el equipo anteriormente mencionado se encargará de conocer tanto al afectado como a los familiares y, con una pequeña entrevista no estructurada, observar si las necesidades con las que vienen a sesión coinciden, de alguna manera, con los objetivos propuestos por el programa.

En la primera sesión se llevarán a cabo los cuestionarios de los *Anexos 1-4* y, para finalizar, se realizará una evaluación al concluir el programa para conocer la eficacia y la satisfacción de los participantes (*Anexos 1-5*). Con el fin de que las respuestas a estos sean anónimas, se pedirá a los participantes que elijan un “nombre en clave” para tener una distinción significativa de cara a la evaluación de los datos. Para evaluar la eficacia del programa se llevará a cabo una comparación estadística –con una prueba t de student- entre las medidas iniciales y las medidas finales -pretest y posttest-, pues comparar esos resultados en las escalas generales ayuda a determinar cuál ha sido el grado de consecución de los objetivos. Además, con la intención de conocer si se mantienen los cambios a largo plazo, se repetirá la recogida de datos en los 6 y 12 meses posteriores a

la intervención. Para evaluar el aprendizaje de conceptos básicos de Psicoeducación respecto al TOC y más profundamente, acerca del TOC de su familiar afectado (*Anexo 3*); se utilizará el programa *Atlas.ti* para variables cualitativas con el objetivo de distinguir si, efectivamente, se ha producido un aumento en la cantidad de información procesada y estudiada a lo largo de la intervención. Igualmente utilizaremos este programa para analizar todas las opiniones dadas en el cuestionario de satisfacción (*Anexo 5*) para determinar los éxitos alcanzados y los fallos estructurales y de aplicación del programa para conocer las demandas y considerar cambios en futuras intervenciones.

### **Resultados esperados**

Una vez finalizado el programa de intervención, se espera que las familias con las que se ha trabajado hayan conseguido todos los objetivos planteados, desde aquellos consistentes en el aprendizaje de conceptos relacionados con el trastorno, como otros objetivos más interiorizados y subjetivos relacionados con el sentimiento de entendimiento y aceptación entre los familiares y hacia las personas afectadas que se animan a explicar su perspectiva del TOC. Para ello es fundamental que mantengan una motivación intrínseca en cada sesión y, sobretodo, que trasladen esos conocimientos aprendidos a la realidad de cada uno de sus hogares. Por último, en relación al programa presentado anteriormente, se prevé que cuando se lleve a cabo y se demuestre su efectividad mediante los datos de los cuestionarios y los cuestionarios de satisfacción, se habrá conseguido cumplir con el objetivo principal, que es mejorar los conocimientos y las habilidades familiares a la hora de tratar con un afectado de Trastorno Obsesivo Compulsivo dotando a los participantes de un abanico de herramientas y estrategias que les permitirán ser capaces de relacionarse de una manera más positiva y constructiva con el trastorno.

### **Conclusiones**

El programa de intervención aquí presentado tenía como objetivo principal mejorar las habilidades familiares a la hora de tratar en su seno con un afectado de Trastorno Obsesivo Compulsivo. En la consecución de tal objetivo como ya se ha señalado resultaban esenciales objetivos mucho más específicos como prevenir el desarrollo del *Síndrome del cuidador quemado*, tomar conciencia de su vulnerabilidad al mismo, de la necesidad de comprensión de la patología general y, sobretodo, más concretamente la de su familiar; y, finalmente, dotar de herramientas individuales de control y manejo del estrés, de comunicación asertiva y afrontamiento de los conflictos.



En este marco cabe señalar que hasta fecha reciente los familiares se han visto desplazados del contexto terapéutico de los afectados. Como se ha señalado en otro lugar de este trabajo, las intervenciones que se llevan a cabo con los familiares se centran en la Psicoeducación acerca de la patología concreta y esto resulta beneficioso para la disminución del estrés y carga. Sin embargo, los familiares también presentan problemas psicológicos -como sentimientos y emociones abrumadoras (Magaña, 2007), trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Goldstein et al., 2002; Rascón et al., 2010); y la probabilidad de sufrir el *Síndrome del cuidador quemado* (Henaó et al, 2020), que requieren ser atendidos a nivel profesional.

Los resultados de este trabajo han de considerarse a la luz de un conjunto de limitaciones. En primer lugar, la crisis del COVID-19 ha creado una urgencia entre las familias que debe de ser apagada en los meses que nos siguen, coincidiendo con los meses de julio y agosto y con posibles bajas a lo largo de la intervención. Por otra parte la baja importancia que se le ha aportado a las relaciones de familiares a lo largo del tratamiento del TOC hace que este sea un tema vagamente trabajado. Para futuras propuestas de investigación sería oportuno estudiar e intervenir en la relación fraternal de pacientes con TOC, puesto que en diversos estudios se ha encontrado que la calidad de la relación entre hermanos/as tiene un efecto moderador sobre la adaptación del hijo –especialmente el mayor- en las familias con altos niveles de estrés familiar (Merino y Martínez-Pampliega, 2020).

Es fundamental lograr una relación terapéutica sana y colaborativa que genere en la familia un sentimiento de control realista y favorezca el cambio del sistema, se generen beneficios terapéuticos y, finalmente, se consideren formas de funcionamiento más eficaces que las anteriores.

## Referencias

- Andrews, G., Henderson, S., y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Anzón, J., Trenc, P., Iguaz, M., Guajardo, A., Berges, P., y Guerrero, M. (2020). Eficacia de un programa de Psicoeducación para familiares de personas con Trastorno Mental Grave para reducir su sobrecarga. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 14, 12-19.
- Beck, A. T., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC Obsesiones y compulsiones*. Alianza Editorial.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S., Goodman, W., McDougle, C., y Price, L. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 52(3), 441-443.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. The Guilford Press.
- Encinas, T. (2017). Investigación en Enfermería Salud Mental: IV Jornadas de Investigación de Residentes de la Comunidad de Madrid. En D. Carmen Sellán Soto, Óscar Pajares González-Gallego y Pilar Caminero Luna, (Coords.), Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia: Protocolo proyecto de investigación (p. 212-249).
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., y Baldwin, L. M. (1982). *McMaster Model of Family Functioning: A view of the normal family*. In F. Walsh (Ed.), *Guilford family therapy series. Normal family processes* (p. 115–141). Guilford Press.
- Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J., y Fernández de Sevilla, P. (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. <http://www.infocoponline.es/pdf/Guia-estilo-salud-mental.pdf>
- Fredrik, H., Lars, H., Ulla, K., y Torsten, N. (2010). Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 275-283.

- Girón, M., Fernández, A., Mañá, S., Molina, A., Nolasco, A., y Gómez, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
- Goldstein, T. R., Miklowitz, D. J., y Richards, J. A. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- Henao, N., Idarraga, M. M., Londoño, N., López, J. J. Ramírez, M. A., Serna, P. A., Salazar, J. E., y Lopera, R. (2020). Prevalencia del Síndrome de Carga del Cuidador en Cuidadores Formales de Pacientes con Enfermedad Psiquiátrica Institucionalizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Hurtado, G., Roger, M., Alcoverro, O., y López, N. (2008). Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 120-122.
- Inglott, R., Touriño, R, Baena, E., y Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 9-23.
- John, S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Gedisa.
- López, M., Barrera, M., Cortés, J., Guines, M., y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120.
- López, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-9.
- Magaña, S. M., Ramírez, J. I., Hernández, M. G., y Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58, 378-384.
- Marín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L., Rico, J., Lanz, M., y Taussing, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 6, 338-346.
- Merino, L. y Martínez-Pampliega, A. (2020). La relación entre hermanos/as y su adaptación en contextos de alto estrés familiar. *Ansiedad y Estrés*, 26, 27-32.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE*.

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos Mentales: datos y cifras*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Rascón, M. L., Caraveo, J., y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 509-515.

PlayGround. (2018, diciembre 16). 4000 manías. Convertir el TOC en beats, un corto documental. [Archivo de vídeo]. Youtube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=CMr5SMwB8VU>

Sanz-Vellosillo P, y Fernández-Cuevas, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine*, 11, 5008-5014.

Steele, A., Maruyama, N., y Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121, 10-21.

Stewart, S. E., Hu, Y. P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., Belschner, L., Walsh, C., Geller, D.A., y Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 241-249.

Valencia, M., Rascón, M., y Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26(5), 1-18.

Vallejo, J. (1997). *Problemas actuales en torno a la patología obsesiva*. Psiquiatría.com.  
<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/problemas-en-torno-a-la-patologia-obsesiva/>

Wiedemann, G., Hahlweg, K., Müller, U., Feinstein, E., Hank, G., y Dose, M. (2001). Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizo-phrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 72-84.

Zambrano, R., y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.

**Anexos***Anexo 1.*

## Cuestionario sociodemográfico

A continuación se le solicita información general referente a sus características sociodemográficas personales. Por favor, marque o rodee aquella opción que se corresponda con su caso.

1. Sexo
  - a. Hombre
  - b. Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Estado civil:
  - a. Soltero/a
  - b. Con pareja/pareja de hecho
  - c. Casado/a
  - d. Separado/a
  - e. Viudo/a
4. ¿Tienes hijos?: Si / No. ¿Cuántos/as): \_\_\_\_\_
5. Nivel de estudios:
  - a. Primarios
  - b. Secundarios
  - c. Formación profesional
  - d. Licenciatura o Grado
  - e. Máster/Posgrado
  - f. Doctorado
  - g. Otros: \_\_\_\_\_
6. Ocupación actual: \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna persona cercana a Ud. Tiene el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo? Si / No ¿Quién? \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

*Test sobre la carga del cuidador* (Marín et al., 1996).

A continuación se le solicita información general referente a sus características socio-demográficas personales. Por favor, marque o rodee aquella opción que se corresponda con su caso.

0	1	2	3	4
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre

PREGUNTAS	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Anexo 3.

Cuestionario preguntas Psicoeducación

¿Qué es una obsesión?

---



---

¿Qué es una compulsión?

---



---



---

¿Podrías explicar en pocas palabras el modelo explicativo del trastorno?

---



---



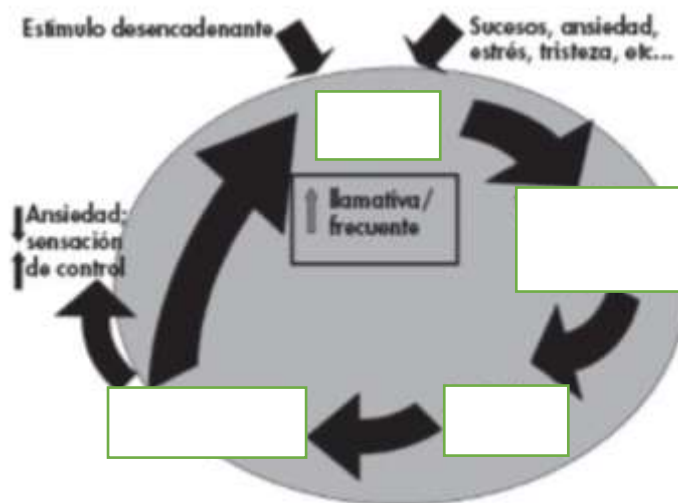
---

¿Sabría decir cuál es el subtipo de TOC de su familiar/conocido?

---



---



Rellene esta tabla con la información concreta de su familiar o conocido diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Obsesiones	Compulsiones

*Anexo 4.*

## “INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II”

Nombre:..... Edad:..... Sexo..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

## 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

## 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

## 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.



2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

#### 8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### 10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

#### 11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### 12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

#### 13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### 17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### 18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### 19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### 20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

#### 21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 5.

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Con el objetivo de mejorar el programa para aplicaciones futuras le pedimos que, por favor, colabore dando respuesta a las cuestiones que se le plantean a continuación.

- ¿Te ha parecido útil/necesario el programa?
- ¿Recomendarías el programa a otras personas que estén en una situación parecida a la suya?
- ¿Qué opinión tienes a cerca de la actuación de los profesionales que han implantado el programa? ¿Hay algo que no te haya gustado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- De todas las sesiones realizadas, ¿cuál te ha gustado más o te ha parecido más interesante? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- ¿Crees que hay algo que no se haya abarcado en el programa y que sea importante incluir? -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- Escribe a continuación cualquier comentario o sugerencia sobre el programa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Fin de la encuesta. Muchas gracias por su colaboración.**

Anexo 6. Tríptico informativo.

"La gente olvidará lo que dijiste, lo que hiciste, pero nunca olvidará cómo la hiciste sentir"



# Familia y TOC, de la mano





**¿Conoces a alguien con Trastorno Obsesivo Compulsivo?**

## CONTACTO

www.toczaragoza.com  
ayudamutuatoctzaragoza@gmail.com  
calle San Juan de la Cruz, 11,  
50006 Zaragoza

## Sesiones grupales para familiares

## ¿POR QUÉ ESTA INTERVENCIÓN?

La familia es considerada como uno de los importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones vitales estresantes, se requiere que el sistema familiar sea asistido y modificado.

## OBJETIVOS

Mejorar las habilidades familiares a la hora de tratar con un afectado de TOC.

## SESIONES

<p><b>1. REUNIÓN INFORMATIVA</b> <small>PRIMERA SESIÓN (04/07/2020)</small></p> <p><b>2. PSICOEDUCACIÓN TOC</b> <small>SEGUNDA SESIÓN (11/07/2020)</small></p> <p><b>3. SENSIBILIZACIÓN I</b> <small>TERCERA SESIÓN (18/07/2020)</small></p> <p><b>4. SENSIBILIZACIÓN II</b> <small>CUARTA SESIÓN (25/07/2020)</small></p> <p><b>5. HERRAMIENTAS ÚTILES I</b> <small>QUINTA SESIÓN (01/08/2020)</small></p>	<p><b>6. HERRAMIENTAS ÚTILES II</b> <small>SEXTA SESIÓN (08/08/2020)</small></p> <p><b>7. INTERESES Y DUDAS COMUNES</b> <small>SÉPTIMA SESIÓN (15/08/2020)</small></p> <p><b>8. SENSIBILIZACIÓN III</b> <small>OCTAVA SESIÓN (22/8/2020)</small></p> <p><b>9. CIERRE</b> <small>NOVENA SESIÓN (29/08/2020)</small></p>
---	--

*Anexo 7.*

Consentimiento informado de la participación en la intervención.

Facultad de Psicología

Programa de Máster General Sanitario

Consentimiento informado

Gracias por participar en esta intervención llamada “FTM: Familia y TOC de la mano”. La participación consistirá en asistir a sesiones grupales junto a otros familiares de afectados TOC. Estas sesiones serán semanales, de 2 horas de duración y su duración se prolongará 2 meses. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento. Para retirarse, simplemente puede comentarlo a uno de los psicólogos principales.

Al consentir y completar el estudio, usted acepta que sus respuestas en los cuestionarios y tests -anónimas y anonimizadas- se utilicen junto con las de otros participantes para ser analizadas estadísticamente en un Trabajo de Fin de Máster y en las publicaciones que de él pudieran derivarse. Debido a que los datos están completamente anonimizados, también para los investigadores, usted renuncia a los derechos posteriores (por ejemplo, de acceso o borrado) según lo estipulado en el Reglamento General de Protección de Datos.

Declaración de confidencialidad: su identidad está protegida y sus respuestas de ninguna manera pueden estar relacionadas con usted o su trabajo.

Si tiene alguna pregunta o comentario, o si necesita más información sobre este proyecto de investigación, comuníquese con Raquel Muñoz ([raquelmlo96@gmail.com](mailto:raquelmlo96@gmail.com)).

Firmado: \_\_\_\_\_

Firma:

## Anexo 8.

Información pautas para familiares (Belloch et al., 2011)

## INFORMACIÓN PARA LOS FAMILIARES

## ¿DÓNDE PARTIMOS?

Es posible que usted sospeche o haya llegado a la conclusión de que uno de sus familiares tiene un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), ya sea porque ha hablado del problema con un profesional de la salud o bien porque haya buscado información en diversas fuentes (revistas, libros, Internet, documentales, o cualquier otro medio), o incluso porque se lo ha dicho la misma persona. Aunque la denominación de este trastorno o enfermedad psicológica puede resultar algo alarmante, seguramente se habrá sentido también en parte aliviado, pues poner un nombre a un problema como éste suele tranquilizar, ya que implica que se ha logrado identificarlo, y eso supone la posibilidad de tratarlo. Es un paso muy importante después de, quizá años de convivir con un problema que muy pocas veces se comprende y que muy probablemente habrá supuesto un gran sufrimiento tanto para la persona que lo padece como para su familia y conocidos.

También es posible que usted y el resto de la familia, hayan hecho muchos y variados intentos para ayudar a superar el TOC, desde intentar animar a la persona afectada a que abandone sus «manías», pasando por ignorarle e incluso castigarle de algún modo por persistir en ellas. Otras veces habrá intentado «empujarle» (por ejemplo, afirmando que ya comprobó las ventanas o el gas, o que ya se lavó las manos o se cambió de ropa), y en otras ocasiones es también posible que se haya rendido y haya acabado por sucumbir a esas «manías» (por ejemplo, dejándolo que le laven la ropa aunque no sea necesario, lavándose las manos cada vez que va a coger algo de casa o evitando hacer determinadas cosas, con tal de no discutir). Y en la mayoría de las ocasiones, por no decir en todas, sus bien intencionados intentos de ayudar habrán resultado inútiles y frustrantes.

A continuación vamos a tratar de informarle sobre los puntos clave de esta enfermedad, para que la ayude a tratar de proporcionar a su familiar results lo más eficaz posible. El primer paso es sin duda conocer y comprender mejor este problema, que no desaparece sin un tratamiento adecuado. De todos modos, debe tener en cuenta que el proceso de cambio de su familiar, así como el proceso de integrar nuevos elementos en su forma de comprensión y ayuda, llevará tiempo, esfuerzo y paciencia. Y no olvide que aunque usted o su familiar hayan llegado a la conclusión de que padece un TOC, no podría estar convencido de ello hasta que un especialista en salud mental (un psicólogo clínico o un médico psiquiatra), confirme el diagnóstico y le indique cuál es el tratamiento más adecuado en su caso particular.

## CONOCER EL TOC

Las personas que padecen un TOC tienen obsesiones que consisten en pensamientos, impulsos o imágenes, repetitivos e intrusos, de contenido desagradable y molesto para ellos, que no pueden controlar (porque no pueden hacer nada para evitar que «irrumpan» en su mente continuamente), que saben que son producto de su mente (son conscientes de que nadie, ningún ser extraño, se los dicta o algo por el estilo), y que consideran en alguna medida absurdos y exagerados. La frecuente interrupción de estas obsesiones provoca un estado de angustia, malestar, inquietud o ansiedad constantes, con lo que el estado de ánimo se altera mucho (por ejemplo, pueden deprimirse, estar irritables o muy nerviosos).

Los contenidos más habituales son los siguientes: de duda (p. ej., si he cerrado bien el gas, si he firmado bien este documento, si he lavado bien algo...), agresivos (p. ej., hacer daño a su bebé o a cualquier ser querido, o imágenes de agresiones a sí mismo...), de contaminación (p. ej., si se contaminará la familia por no lavarse bien las manos al llegar de la calle, si se contagiara de una enfermedad por usar la vajilla de un restaurante, por sentarse en un lugar fuera de casa o en otro sitio que no sea el suyo, o por abrir una puerta, tocar una barandilla o un pasamanos...), sexuales (p. ej., imágenes de relaciones sexuales contrarias a sus preferencias), religiosas (p. ej., blasfemias), de temor a que suceda algo malo (p. ej., un accidente a un familiar, una enfermedad, que se pierda un trabajo, que se suspenda un examen...). No obstante, no hay que olvidar que los contenidos concretos de las obsesiones pueden ser muy personales. El elemento clave es que su contenido es desagradable y altamente angustiante, y se experimentan de forma repetitiva. Este último aspecto es muy importante, y comprenderlo bien ayuda a entender cómo se siente la persona afectada: seguramente alguna vez habrá tenido la experiencia de no poder quitarse de la cabeza una canción o un recuerdo que le intranque o de no poder dejar de pensar en un problema, en una discusión o en cualquier otra cosa, incluso cuando está intentando dormir. Ahora imagine que en lugar de ser una canción, o cualquier otra de las experiencias que acabamos de mencionar, se trata de pensamientos, imágenes o impulsos como éstos, que le vintieran una y otra vez a la cabeza sin que pudiera evitarlo: «no he cerrado el gas y puedo haber una desgracia por mi culpa», «no he anotado bien las cosas y puedo perder el trabajo», «¿y si hubiera atropellado a alguien sin darme cuenta?», «se me puede escapar el cuchillo del pan y clavarse a mi hijo», «cengo que limpiar

bien todo por sí hay retenciones y alguien de mi familia enferma por mi culpa». Es seguro que se sentiría tan mal como se siente su familiar y que se sentiría empujado a hacer algo para no pensar más en eso tan desagradable o para que no ocurriera la desgracia que teme. Pues es así, más o menos, como se siente todo el tiempo y casi a todas horas su familiar con TOC.

Debido a la elevada angustia y malestar que provocan las obsesiones, las personas que tienen un TOC se esfuerzan por eliminarlas o borrarlas de su mente. Para ello, ponen en marcha diversos procedimientos que pueden ser internos o externos (observables). Los más habituales son: comprobaciones repetitivas ante las dudas (comprobar diez veces un albarán, volver para ver si he atropellado a alguien). Lavarse durante largo tiempo y con productos a veces agresivos (lejía, esparto, etc.); limpiar una y otra vez las mismas cosas y objetos, las ropas que se traen de la calle, los zapatos, los bolsos, los abrigos, las carteras, el móvil; evitar numerosas conductas normales (por ejemplo, dejar las bolsas del mercado en la repisa de la cocina, saludar dando la mano), para no contaminarse; pensar en la imagen contraria ante pensamientos agresivos o rezar durante cierto tiempo, aunque no sea muy creyente; evitar situaciones y guardar objetos potencialmente dañinos (sacando los cuchillos, evitar estar en sitios altos); evitar el contacto afectivo normal ante obsesiones sexuales; llevar a cabo rituales repetitivos de cualquier tipo (dar un determinado número de toques a los muebles para prevenir algún mal, dar la vuelta tres veces a cada prenda al vestirse y desvestirse), o seguir determinadas secuencias y orden en tareas cotidianas, como asearse, tener que alinear y ordenar los objetos de determinada forma (por ejemplo, la cubertería, vasos y tazas en los armarios...).

La variedad es muy grande, y, de nuevo, las conductas para afrontar las obsesiones pueden ser muy particulares, pero el elemento esencial es que se hacen con la finalidad de *reducir el malestar y librarse de las obsesiones y sus consecuencias temidas*. El problema está en que rara vez estas «estrategias» impiden que la obsesión reaparezca de nuevo: de hecho, lo que consiguen es precisamente lo contrario, esto es, que reaparezcan las obsesiones. La consecuencia es que el paciente intentará «aplicarse» más, esforzándose para que no vuelvan a aparecer. El resultado final es que la persona se ve involucrada en una especie de círculo vicioso del que no sabe cómo salir.

#### COMPRENDER EL TOC

Como en muchos otros problemas psicológicos, no se puede dar una respuesta absolutamente cerrada a esta cuestión. Pero siguiendo las aportaciones de la investigación científica, se sabe que la gran mayoría de personas tenemos de vez en cuando pensamientos intrusos de contenido molesto, muy parecidos a las obsesiones. La gran diferencia está en el nivel de angustia con que se viven, fundamentalmente por cómo se interpretan, y en lo repetitivos en que llegan a convertirse. Por ello, debemos tener presente que la *materia prima* del trastorno obsesivo-compulsivo son fenómenos psicológicos comunes, que se convierten en obsesiones a través de un proceso complejo a lo largo del tiempo, en el que desempeñan un papel fundamental tanto las interpretaciones y valoraciones que se hacen de las obsesiones como las estrategias que se utilizan para combatirlas. Las estrategias que se han descrito en el apartado anterior, aunque a corto plazo reducen la ansiedad, a largo plazo producen cada vez más obsesiones, que se afrontarán del mismo modo, por lo que el problema irá en aumento. Así, el problema puede llegar a ser muy grave e interferir intensamente en la vida afectiva, social y laboral de la persona.

#### A quién afecta y cómo evoluciona

Aunque prácticamente todo el mundo tiene pensamientos, imágenes o impulsos con los mismos contenidos que las obsesiones, sólo en un porcentaje pequeño de personas se convierten en obsesiones. Se estima que aproximadamente el 2% de la población llega a padecer un trastorno obsesivo-compulsivo a lo largo de su vida, de lo que se deduce que unas 450.000 personas lo padecen en España.

El TOC, como implica un círculo vicioso, tiende a perpetuarse en el tiempo, y no remite sin tratamiento. En gran cantidad de casos se va agravando hasta llegar a interferir gravemente en el funcionamiento de la persona, convirtiéndose en algo muy incapacitante y generando muchas veces conflictos familiares importantes antes de que se llegue a buscar ayuda profesional.

En algunas ocasiones, las personas que lo padecen se dan cuenta ensesguida de que tienen un problema, pero se sienten avergonzadas por el contenido de sus obsesiones, y temen lo que podría llegar a suponer que otros se



enteraran de lo que les ocurre. Por eso muchas tratan de ocultarlo, incluso le restan importancia y piensan que con fuerza de voluntad conseguirán superar el problema, y no buscan ayuda. Suelen estar muy asustados y angustiados.

En otras ocasiones, el problema se instaura poco a poco, empezando por *manías* o comportamientos no llamativos, que llegan a ser problemáticos por su frecuencia y la cantidad de horas que hacen perder con el paso del tiempo.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la persona difícilmente podrá terminar voluntariamente con el problema sin ayuda, y que no podrá cambiar o modificar su modo contraproducente de afrontar las obsesiones si no va aplicando gradualmente y con asesoramiento profesional estrategias alternativas y sin efectos contraproducentes. Dicho de otro modo: la fuerza de voluntad personal, o el intentar luchar uno solo contra este problema, no es suficiente; siempre se necesita la ayuda de un especialista.

#### *Qué se puede hacer*

De todo lo anterior se deduce que es esencial que la persona acuda a tratamiento: es decir, que busque ayuda profesional especializada tan pronto como se identifique el problema. Existen tratamientos farmacológicos y psicológicos que pueden ayudarle. El profesional que le atienda le recomendará, en función de su caso particular, el tratamiento más apropiado (que puede incluir ambos). Las autoras recomendamos el tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual, basándonos no sólo en su efectividad, sino también en la estabilidad de los resultados terapéuticos que produce. En la mayoría de los casos, no obstante, este tratamiento debe complementarse con el adecuado tratamiento farmacológico. Pero debe quedar claro que la opción no es «firmar» o «tratamiento cognitivo-conductual», sino *ambos*, a la vez, y durante el tiempo necesarios (que varía según cada persona). Esta afirmación la avalan los numerosos estudios científicos publicados sobre el tratamiento eficaz del TOC, y en las recomendaciones que hacen las guías clínicas más prestigiosas, tanto nacionales como internacionales. Se trata de modificar los dos elementos que mantienen el problema: las valoraciones e interpretaciones inadecuadas de las obsesiones y las estrategias contraproducentes para afrontarlas. Así, se pretende que las obsesiones vuelvan a convertirse en pensamientos intrusos normales, como fueron en origen, lo

cual, si bien no se consigue en todos los casos, sí en muchos de ellos. Debe tenerse en cuenta que se trata de un proceso lento y que va a suponer un importante trabajo y esfuerzo para su familia. No se arrega en dos días lo que se ha estado formando y consolidando durante años. En cualquier caso, el bienestar y la nueva capacidad funcional adquirida compensarán todos estos esfuerzos.

Por otro lado, es posible que tras una reducción importante de los síntomas o incluso su desaparición, éstos se reagudicen ante situaciones de estrés o periodos de tristeza, aunque no es lo más probable tras un tratamiento psicológico exitoso. En estas circunstancias es importante estar especialmente alertas ante los primeros síntomas, para cortar la progresión lo antes posible, pues cuanto más se construya de nuevo el problema, más trabajo costará volver a desmontarlo.

#### LA IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA

##### *Formas de responder*

La mayoría de personas que convive con alguien que padece un TOC se sienten a menudo abrumadas, desorientadas, frustradas y confundidas. En la medida en que han intentado ayudar a su familiar y esto no ha surtido efecto, o incluso puede parecer que no ha querido aceptar su ayuda, estos sentimientos negativos aumentan.

Existen diversas formas de responder ante el TOC por parte de los familiares. Se han identificado cinco modos diferentes:

- 1) Familias que colaboran con las compulsiones y rituales (u otras estrategias inadecuadas o disfuncionales de afrontamiento) para evitar los conflictos o mantener la paz familiar. Por ejemplo, ceder a las exigencias de cambiarse de ropa y calzado al llegar a casa que pide el familiar con obsesiones de contaminación. O comprobar las puertas, ventanas y aparatos eléctricos en su lugar al salir de casa, porque no se siente capaz de negarse (o porque no hacerlo supondría «perder más tiempo»), o porque la persona con TOC tarda mucho más tiempo que usted en hacer esas comprobaciones. O responderle cuando le pregunta numerosas veces si puede estar tranquilo respecto a algún temor concreto.

- 2) Familias que no cooperan en las compulsiones, pero consienten que el familiar afectado las haga tanto quiera y necesite, esperando el tiempo necesario a que termine.
- 3) Familias que no reconocen las compulsiones y rituales, y no las permiten en su presencia, poniéndose incluso agresivos con el familiar («estoy harto de tí», «estás mal de la cabeza», «no hay quien te soporte», «¿a mí no me metas en tus rollos, déjame en paz!»).
- 4) Familias en las que algunos de los miembros colaboran o consienten, y otros no.
- 5) Familias en las que se intenta a veces un procedimiento, a veces otro... en la búsqueda de la mejor solución posible.

En general, se considera que las respuestas con patrones diferentes y las más extremas son las que menos ayudan, ya que se asocian a la intensificación de los síntomas. En cualquier caso, debemos saber que ni ceder ni tranquilizarle es una buena alternativa, pues contribuye al mantenimiento de los síntomas. Tampoco discutir, recriminar o culpar son útiles, pues no aportan una alternativa constructiva ni transmiten el deseo de ayudar.

#### *Unas formas son mejores que otras*

No es raro creer que la persona con un TOC, ya que es capaz de funcionar adecuadamente en muchos otros ámbitos, puede parar las compulsiones «cuando quiera», pero ya se han comentado diversos aspectos que hacen que esto no sea posible. Por eso, comentarios de tipo «déjalo ya» o «no hagas más tonterías» transmiten que no se entiende el problema que sufre la persona, y aumentan los sentimientos negativos y conflictos familiares, lo que es en sí mismo negativo, y a su vez influye en la intensificación de los síntomas. Aunque en ocasiones puede no resultar sencillo, es imprescindible no hacer este tipo de comentarios negativos o recriminatorios porque su único efecto es aumentar el problema y, además, crear un ambiente más malo en la familia.

Pero por otro lado, una vez identificado el problema, es importante transmitir que eso no supone que ahora «todo se permita». Puesto que se sabe que las compulsiones y los rituales, y cualquier otra forma activa de intentar eliminar las obsesiones y la ansiedad en realidad incrementan el pro-

blema a largo plazo, no conviene que los familiares se involucren en ellos en ninguna medida. Pero esto debe explicarse con claridad y sin transmitir crítica o enfado a la persona afectada. Frases como esas, dichas en su justo momento, pueden ser útiles: «no te ayudo en nada si te respondo o si cedo a lo que me pides, así que no voy a hacerlo».

Otra cuestión es el grado en que el paciente va a ir reduciendo estas respuestas ante sus obsesiones que no involucren a otros, aunque les afectan. Esto es, en principio, cosa suya y del profesional que le trate, pues es un proceso complejo y difícil en el que deben tenerse en cuenta numerosos matices. A veces se están haciendo o *haciendo* grandes avances, sin que exteriormente pueda apreciarse. El terapeuta de su familiar podrá orientarle en ese sentido.

#### COLABORAR EN EL TRATAMIENTO

A continuación se enumeran algunas buenas ideas para colaborar apropiadamente en el proceso de cambio que se inicia con el tratamiento:

- Apoyar las consignas aportadas en la terapia, respetando sus ritmos.
- Seguir con la rutina familiar normal.
- Dedicar tiempo a otros miembros de la familia.
- Tener expectativas razonables: progresos graduales y paso a paso, con oscilaciones.
- Evaluar el progreso respecto al punto de partida y las semanas previas, no respecto a la meta a alcanzar.
- No hacer comparaciones entre un día y otro, sino entre periodos más largos, que son los que pueden mostrarse. En muchas ocasiones hay variaciones diarias afectadas por estados emocionales o sucesos, en una progresión oscilante y suave, pero firme.
- Reconocer las pequeñas mejoras y felicitar al familiar por ello.
- Crear un ambiente de apoyo afectivo y emocional en casa.
- Mantener una comunicación clara y sencilla.
- No «vigilar» al familiar afectado para observar si hace o no hace lo pactado con el terapeuta, o si lo «hace bien».
- Usado no es el terapeuta de su familiar: sigue siendo su pareja, hijo/a, padre/madre, etc. Por tanto, sus actitudes y comportamientos deben ser acordes con su rol en la familia.

- Su familiar padece un TOC, que es un problema grave, pero NO ES UN TOC: sigue siendo una persona, con sus defectos, sus virtudes, sus manías normales, sus costumbres, etc.: si algo de lo que hace o dice no le gusta, o no está de acuerdo con ello, dígaselo (pero antes, asegúrese de que eso que no le gusta no forma parte del TOC).
- Mantenerse firme en no colaborar en los rituales, pero nunca imponer un avance en su reducción («ayer conseguiste no hacer tal cosa, así que hoy esfuérsate por hacer algo más»), al margen del consentimiento acordado con el familiar afectado y con su terapeuta.
- Flexibilidad, siendo sensibles a los estados de ánimo de la persona, que pueden ser muy cambiantes.

En cualquier caso, si tiene dudas sobre cómo debe comportarse con su familiar afectado, lo mejor es que las exponga con claridad a su terapeuta para que le oriente sobre el mejor modo de resolver el problema.

*Anexo 9.*

**Guía para superar las obsesiones de Elia Roca.**

Se puede encontrar el archivo online en esta página:

<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/> o en esta página de una manera más resumida  
<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/C%C3%B3mo%20superar%20obsesiones12.pdf>

Anexo 10.

Modelo explicativo del TOC.

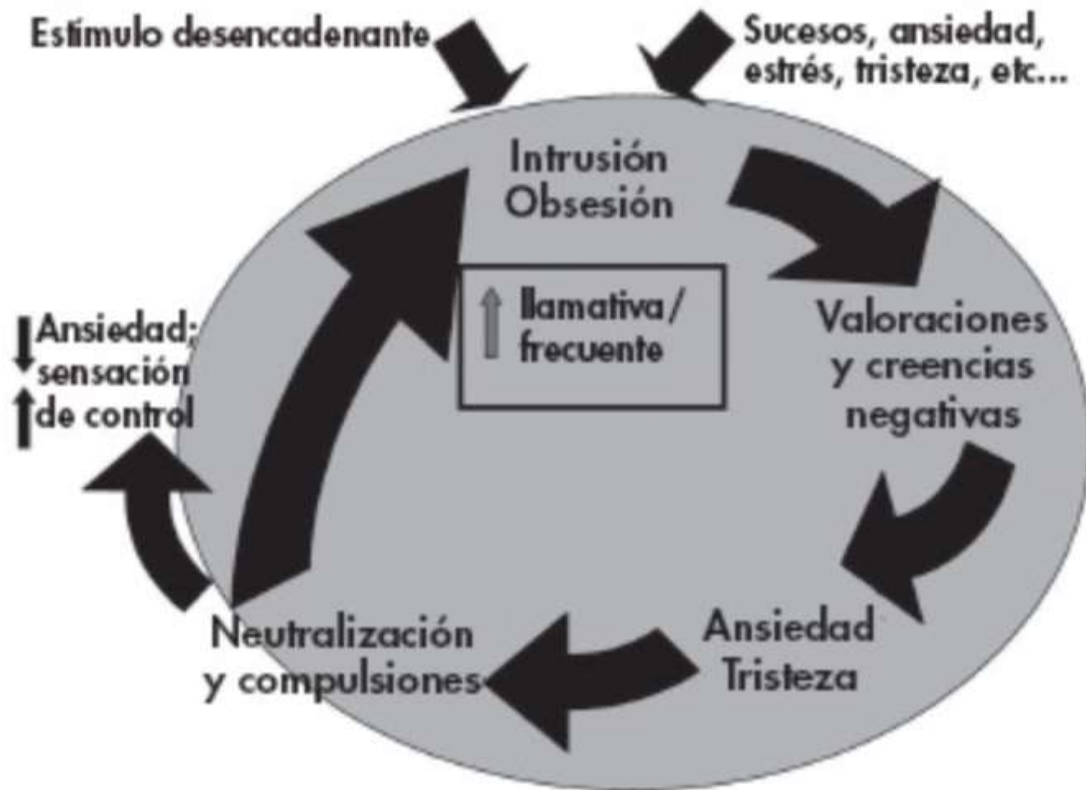


Figura 3

*Anexo 11.*

## ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO?

El síndrome del cuidador quemado es una forma de padecer estrés caracterizada por un estado de agotamiento físico, mental y emocional que experimenta el cuidador de forma gradual debido a la alta implicación en el cuidado constante e intensivo de personas dependientes y que genera en la persona que lo padece incapacidad para responder a las demandas del servicio.



¿%?

Se sabe que es padecido por alrededor de un 85% de cuidadores de personas. Estos datos han creado una gran preocupación a nivel social, debido a las graves consecuencias que padecer este síndrome trae consigo tanto para el cuidador como para la persona que cuida.

## ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Estas personas sufren agotamiento emocional con cambios frecuentes en el estado de ánimo: Predominan los estados de tristeza, rabia e incluso de ira. Se encuentran en un estado casi continuo de frustración e irritabilidad.

Suelen experimentar indiferencia o falta de motivación con respecto a sus labores en el trabajo. Esto puede ser debido a la monotonía de sus tareas.

Genera despersonalización: Es un estado psicológico de desapego emocional en el cuidado de las personas, puede generar indiferencia, y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia la persona demanda su cuidado.

Abundan los sentimientos de culpa relacionados con la baja autoestima que resulta de una autovaloración de fracaso a nivel personal y profesional. (Falta de autorrealización).

Tienden al aislamiento social debido a que muchas veces dedican casi la totalidad de su día al cuidado del enfermo.

Les falta energía física, padecen dolores musculares y de las articulaciones.

Experimentan un fuerte agotamiento mental que ocasiona pérdida de memoria, falta de atención y concentración, y dificultad para realizar nuevos aprendizajes.

Otros síntomas somáticos: Dolores de cabeza, mareos, falta de deseo sexual, falta de apetito y alteraciones del sueño

## ¿CÓMO PREVENIRLO?

**Apóyate en tus familiares o amigos:** A veces solicitar ayuda y exteriorizar sentimientos, y que los demás sepan cómo te sientes puede hacer que te sientas mejor, acompañado y comprendido.

**Practica la relajación:** La práctica de la relajación ayuda a eliminar la tensión acumulada durante el día.

**Puedes hablar con los servicios sociales de tu comunidad autónoma:** Muchas comunidades ofrecen recursos, apoyos y soluciones a personas en tu situación.

**Cuida tu alimentación:** Estar bien alimentado es la base para tener una buena salud, necesitas encontrarte bien para atender a más personas.

**Organízate y toma descansos:** Desconecta del trabajo, realiza actividades que te gusten: Ver una película, salir a caminar, puedes arreglarte y tomar un café.





## ¿CÓMO PREVENIRLO?

Mantén una vida social activa: Es importante que no te aisles, salir con los amigos o conocer a gente nueva puede ayudarte a desconectar. Apuntarte a alguna actividad grupal te hará socializar y estar activo.

Usa la asertividad para aprender a decir “no” cuando no quieras/puedas/ o te perjudique hacer algo. Realizar constantemente acciones que no quieres hacer aumenta que tu carga emocional.

Busca ayuda profesional: Los psicólogos están para ayudarte a recuperar tu equilibrio emocional, trabajar con ellos puede hacer que vuelvas a ser tú mismo de nuevo y consigas disfrutar de las cosas con las que antes solías disfrutar.



*Anexo 12.*

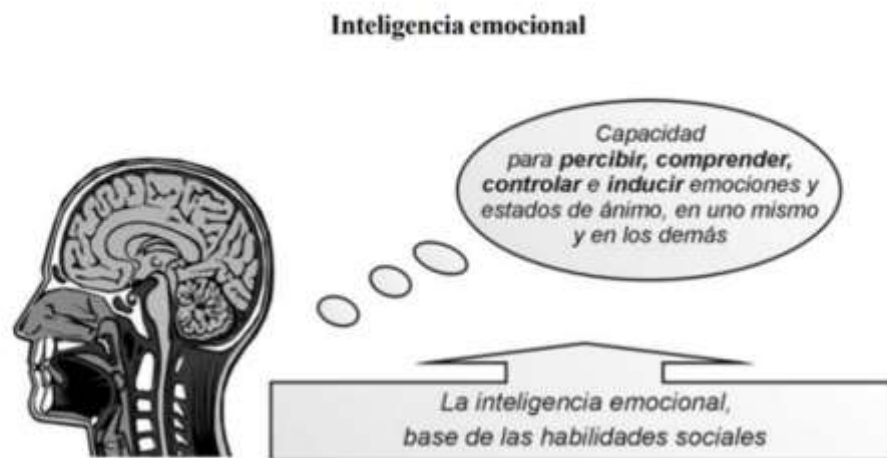
# INTELIGENCIA EMOCIONAL

---

La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de identificar, comprender y manejar las emociones en uno mismo y en los demás. La inteligencia emocional es la base de la competencia emocional, entendida como una capacidad adquirida que puede desarrollarse a través del modelamiento y la educación.

Una definición general y breve de la IE es: "la capacidad para reconocer, comprender y regular nuestra emociones y las de los demás". Desde esta perspectiva, la IE es una habilidad que implica tres procesos: 1. Percibir: reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal. 2. Comprender: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales. 3. Regular: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

---



#### **La autoconciencia emocional:**

La autoconciencia emocional es la conciencia de los propios estados internos, recursos e intuiciones. Es reconocer las propias emociones y los efectos que éstas tienen sobre nuestro estado físico, comportamiento y pensamiento. Las personas dotadas de esta competencia saben qué sensaciones están sintiendo y por qué; comprenden los vínculos existentes entre sentimientos, pensamientos, palabras y acciones; conocen el modo en que sus sentimientos influyen sobre las decisiones que toman y saben expresar sus emociones.

## Anexo 13.



# DINÁMICA MAPA EMOCIONAL

**Objetivo:** comprender la importancia de identificar y regular correctamente las emociones, especialmente las negativas.

**Actividad:** realiza este cuestionario a un compañero. Después, el compañero deberá realizártelo a ti.

1. Piensa en una emoción negativa (tristeza, miedo, ira) que recuerdes haber experimentado en más de una ocasión. Busca ejemplos vívidos de ella y recuérdalos para responder a las siguientes preguntas.
2. ¿Cuándo experimentas esa emoción?
  - Cuando ves que \_\_\_\_\_
  - Cuando escuchas que \_\_\_\_\_
  - Cuando sientes que \_\_\_\_\_
  - Cuando recuerdas que \_\_\_\_\_
3. ¿Qué sientes internamente?
  - Sensaciones físicas \_\_\_\_\_
  - Pensamientos \_\_\_\_\_
  - Cómo te comportas \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo reaccionas ante esa emoción?
  - ¿Qué haces? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué no haces? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué te gustaría hacer? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué dices? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué no dices? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué te gustaría decir? \_\_\_\_\_

*Anexo 14.*

## DINÁMICA "NI ME ESCUCHAS, NI ME ENTIENDES"

**Objetivo:** darse cuenta de la importancia de escuchar a las personas.

**Duración:** 40 minutos.

**Materiales:** no se necesitan.

Por parejas, una persona cuenta algo a la otra (lo que hizo ayer por la tarde, por ejemplo). La persona que se supone tiene que estar escuchando va a hacer todo lo contrario: pondrá pegos a todo lo que dice, dará consejos sin que se los pida el que habla, dirá "ya hablaremos de eso más tarde", tratará de contar una historia mejor, conversará con alguien más mientras le está hablando la otra persona, no responderá, se pasará de gracioso diciendo una tontería tras otra, interrumpirá y cambiará de tema, etc. Después de dos minutos deben comentar entre ellos cómo se han sentido cada uno de los dos y finalmente cambiar de papeles, ¿cómo se han sentido en el nuevo rol?

Cuando hayamos terminado comentamos si hemos vivido, con frecuencia o no, situaciones similares y cómo nos hacen sentir.

Preguntas para reflexionar: ¿las hemos provocado?, ¿sentimos que se nos escucha poco?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿podemos hacer algún compromiso para cambiar algo?

**¡EMPIEZA UNA CONVERSACIÓN CON TU COMPAÑERO!**

*Anexo 15.***Técnicas de relajación****La relajación**

La relajación es un estado del cuerpo y de la mente, que se alcanza de forma progresiva; contribuye a reposar los músculos, liberar tensiones y al logro de mayores niveles de concentración. La relajación es tan importante como la respiración, ambas están interrelacionadas a tal punto que una modifica la otra. Cuando nuestro cuerpo está en tensión, envía señales al cerebro de que no estamos tranquilos y se genera un círculo promotor de ansiedad. Para mantener la regulación emocional es importante mantener también un cuerpo relajado y tonificado. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad. La relajación física resulta esencial para combatir estados emocionales relacionados con la ansiedad, el estrés, el miedo, el manejo de la rabia y la depresión, entre otros. No siempre es posible eliminar las causas que generan estos estados emocionales, pero aprender a relajar el cuerpo ayuda a reforzar la resistencia a esas situaciones y asumir mejor las exigencias cotidianas.

**Orientaciones para mejorar la respiración**

1. Tendido(a) en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta: cierra los ojos y colócate con las piernas estiradas, ligeramente separadas una de otra; las puntas de los pies mirando ligeramente hacia fuera, los brazos a los lados del cuerpo sin tocarlo y con las palmas de las manos mirando hacia arriba.



2. Centra tu atención en la respiración. Coloca una mano en el lugar del cuerpo que veas que sube y baja, cada vez que inspiras y expiras. Fíjate si este lugar se encuentra situado en el tórax; si es así, esto significa que no estás ventilando totalmente los pulmones. Las personas que están nerviosas tienden a hacer respiraciones cortas y superficiales que sólo alcanzan la parte más alta del tórax.

3. Coloca con suavidad las dos manos sobre el abdomen y observa los movimientos que realizas al respirar. Observa cómo el abdomen se eleva en cada inspiración y desciende en cada espiración.



*Posición para la respiración profunda*

4. Es preferible respirar por la nariz más que por la boca; por tanto, mantén las fosas nasales tan libres como puedas antes de realizar los ejercicios.
5. ¿Se mueve tu tórax al compás de su abdomen o, por el contrario, está rígido? Dedicar uno o dos minutos a dejar que el tórax siga los movimientos del abdomen.

### **Respiración profunda**

Aunque este ejercicio puede practicarse en distintas posiciones, la más recomendable es la que describimos a continuación: Tendido en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta. Dobla las rodillas y separa los pies unos 20 cm., dirigiéndolos suavemente hacia fuera. Asegúrate de mantener la columna vertebral recta.

1. Explora tu cuerpo en busca de signos de tensión.
2. Coloca una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
3. Toma aire, lenta y profundamente, por la nariz y hazlo llegar hasta el abdomen levantando la mano que habías colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco, a la vez que el abdomen.
4. Cuando te hayas relajado, sonríe un poco, inhala aire por la nariz y bótalo por la boca, haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, tu boca y tu lengua se relajarán. Haz respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Fíjate en el sonido y en la sensación que te produce la respiración a medida que vas relajándote más y más.
5. Continúa con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante unas cuantas semanas; luego, si lo deseas, puedes prolongarlo hasta 20 minutos.
6. Al final de cada sesión de respiración, dedica un poco de tiempo a explorar tu cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compara la tensión que sientes al acabar el ejercicio con la que sentías al empezar.

### **Eliminando la tensión con suaves golpes**

Este ejercicio te hará sentirte relajado y alerta.

1. Ponte de pie con las manos a los lados del cuerpo.
2. A medida que inspiras lentamente, golpea suavemente tu tórax con las puntas de los dedos, cambiando continuamente de sitio para no olvidar ninguna zona.
3. Cuando hayas inspirado todo el aire que te sea posible, mantén la respiración y golpea suavemente el pecho con las palmas de las manos. Igual que antes, procura no olvidar ninguna zona.

4. Espira.

5. Practica unas cuantas respiraciones más y luego repite el ejercicio empezando por el punto 1 tantas veces como sea necesario.

6. Después de haber hecho este ejercicio unas cuantas veces golpeando el tórax, puedes variarlo golpeando ahora aquellas zonas de la espalda a las que llegues con las manos.

### **Respiración natural completa e imaginación**

Este ejercicio combina los efectos relajantes de la respiración natural con el valor curativo de las autosugestiones de carácter positivo.

1. Tendido(a) en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta, colócate en posición de relajación.

2. Coloca las manos suavemente sobre tu plexo solar (el punto por encima del abdomen donde las costillas empiezan a separarse) y practica una respiración completa durante unos minutos.

3. Imagínate que con cada bocanada de aire que inspiras, entra en tus pulmones una cantidad de energía que queda almacenada inmediatamente en tu plexo solar. Imagínate que cuando espiras, esta energía fluye a raudales hacia todas las partes de tu cuerpo. Intenta formarte un esquema de este vigorizante proceso.

4. Continúa con sesiones diarias de al menos cinco a diez minutos.

*Alternativas al punto 3:*

*A. Pon una mano sobre el plexo solar y dirige la otra hacia algún punto de tu cuerpo en el que sientas dolor. Al inspirar, imagínate que la energía llega y se almacena del mismo modo que se describe en el punto 3. Imagínate que, al espirar, la energía se dirige hacia el punto que te duele, estimulándolo. Inspira con más energía y, cuando espire, imagínate que la energía aleja el dolor. Es útil que te formes un esquema mental del proceso en el que de forma clara veas que, alternativamente, se estimula el punto doloroso y se expulsa el dolor.*

*B. Pon una mano en el plexo solar y dirige la otra hacia un lugar de tu cuerpo lesionado o infectado. Procede como en la alternativa A excepto en el momento de espirar, en el que ahora te imaginarás que estás dirigiendo energía al punto afectado y lo estás estimulando, alejando con ello la infección y/o curándolo. Reproduce el proceso en tu mente.*

### **Ejercicio para la relajación**

La mayoría de las personas desconoce cuáles de sus músculos están tensos de una forma crónica. La relajación progresiva proporciona el modo de identificar estos músculos o grupos de músculos y de distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación profunda. En la relajación profunda se trabajan cuatro grupos principales de músculos.

1. *Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.*

2. *Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua.*



3. *Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.*

4. *Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.*

Puedes practicar la relajación sentado en una silla y procurando que la cabeza esté apoyada en alguna superficie. Cada músculo o grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos y luego se relaja de veinte a treinta. Hay que repetir el proceso por lo menos una vez. Si después de esto hay alguna área que permanece todavía tensa, puedes repetirlo todo unas cinco veces. Las siguientes expresiones pueden resultarte de utilidad, aun cuando no te halles especialmente tenso:

1. Libero la tensión de mi cuerpo.
2. Alejo la tensión - Me siento en calma y descansado.
3. Me relajo y libero los músculos.
4. Dejo que la tensión se disuelva poco a poco.

Una vez familiarizado con el procedimiento como para repetirlo de memoria, cierra los ojos y concentra tu atención en un grupo muscular. Las instrucciones para este tipo de relajación se hallan divididas en dos secciones. La primera está dirigida a la familiarización con los músculos del cuerpo que se hallan normalmente tensos. Si lo deseas, puedes grabar esta parte para facilitar así su memorización. La segunda sección contiene un procedimiento más corto.

### **Procedimiento abreviado para la relajación muscular**

El procedimiento que se describe a continuación es una forma abreviada para practicar la relajación muscular profunda de un modo más rápido. En él, todos los músculos se tensan y se relajan a la vez. Igual que lo has hecho antes, repite cada proceso por lo menos una vez, tensando cada grupo muscular de cinco a siete segundos y relajándolo después de veinte a treinta. No te olvides de observar la diferencia entre las sensaciones de tensión y relajación.

1. *Cierra ambos puños, tensando los bíceps y los brazos (posición de fisioculturista). Relájate.*
2. *Arruga la frente, al mismo tiempo, mueve la cabeza hacia atrás tanto como puedas y gírala describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Ahora arruga los músculos de la cara como si quisieras parecer una pasa: frunce el entrecejo, cierra los ojos con fuerza, aprieta los labios, aprieta la lengua contra el paladar y encoge los hombros. Relájate.*
3. *Separa los hombros arqueando la espalda como si fueras a hacer una inspiración profunda. Mantente así. Relájate. Ahora haz una inspiración profunda apretándote la región del estómago con la mano. Sostén la respiración. Espira. Relájate.*
4. *Extiende los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Mantenlo. Relájate. Flexiona los dedos tensando con ello las pantorrillas, los músculos y las nalgas. Relájate.*

### Consideraciones especiales

1. Si decides grabar los ejercicios del procedimiento básico, para que te resulte más fácil realizar el programa de relajación, recuerda que debes dejar el tiempo suficiente entre cada parte para poder experimentar la sensación de tensión y relajación.
2. La mayoría de las personas tiene escaso éxito al empezar a practicar la relajación muscular, pero esto es una cuestión de práctica. Mientras que al principio con veinte minutos puedes conseguir sólo una relajación parcial, más adelante podrás conseguir relajar todo el cuerpo en breves momentos.
3. Al principio puede parecer que has conseguido ya la relajación completa cuando todavía quedan contraídas algunas fibras musculares, aunque el músculo o grupos de músculos estén relajados. Es al lograr relajar estas fibras últimas cuando obtendrás los efectos emocionales.
4. Hay que tener cuidado especial al tensar el cuello y la espalda ya que una contracción excesiva puede dañar algún músculo o la propia columna vertebral. Es igualmente frecuente que al contraer demasiado los pies o los dedos, se produzca un calambre en algún músculo.

### **Ejercicio de respiración, relajación y visualización**

Colócate cómodamente en la silla. Vamos a cerrar los ojos suavemente... Comienza por realizar respiraciones profundas. Inspira por la nariz, contando hasta cuatro y expira por la boca, suavemente...

Mientras respiras, procura relajarte más y más....

Inspira... Espira... Inspira... Espira.... Inspira... Espira...

Ahora, emprende un viaje hacia la naturaleza, donde irás a la deriva y te relajarás.

Imagínate que estás en un lago, rodeado de árboles... Es un lugar muy confortable y relajante.

Encima de ti se ve el cielo azul con blancas y esponjosas nubes. Observa el vuelo de los pájaros. Siente la fría brisa que acaricia tu piel y esto te resulta muy relajante y tranquilizador. Cuando miras a tu alrededor, ves los detalles de los árboles, de las piedras, y las briznas de hierba. Cuando observas los detalles de esta escena, te resulta muy relajante. Relájate más y más, profundamente.

Experimenta estar aquí en esta fantasía y colócate sobre la tierra, al calor del sol. Déjate arrastrar libremente en paz, imagínate cálido, confortable y relajado....

Mientras prosigue la relajación, imagínate en el lago, en una canoa... Remando suavemente, siente que la canoa se desliza con calma y sin esfuerzo. La sensación de relajación, paz y alegría que estás experimentando ahora te acompañará durante un tiempo prolongado. Al regresar a tu estado normal recordarás esta imagen y te resultará apacible, relajante y podrás recrearla siempre que lo desees. Cuando regreses al estado normal, puedes sentirte sereno, relajado y nuevamente en armonía contigo mismo y con la naturaleza que te rodea.

Siente tu cuerpo de nuevo.... La silla., el piso, toma lentamente conciencia de lugar donde te encuentras ... Respira profundamente y despacio...abre los ojos y mira tu alrededor. Sonríe.

(5) Fuente: Davis, M., Robbins, E. y McKay, M. (1987). Técnicas para el autocontrol emocional. Barcelona: Martínez-Roca.

*Anexo. 16.*

La recepción de la comunicación emocional de los otros requiere el desarrollo de las habilidades de escucha activa, también llamada escucha atenta, que implica oír al otro con total apertura, de manera que la persona sienta que puede expresarse sin miedo a ser juzgada, aun cuando el oyente no esté de acuerdo con lo que dice.

La escucha activa es el primer paso hacia el fomento de las buenas relaciones ya que permite una actitud abierta a la discusión y favorece la resolución positiva de los problemas. En la escucha activa se pueden distinguir conductas observables y no observables. La observable está referida a las señales que emite el que está recibiendo el mensaje y que indican conexión emocional con el otro, como por ejemplo asentir, preguntar, establecer el contacto corporal y visual cuando corresponda. Lo no observable se refiere al pensamiento del que está escuchando.

Cuando nos comunicamos con otras personas esperamos que nos escuchen y nos entiendan. Cuando nuestros hijos quieren contarnos algo y ven que les escuchamos con interés, sin interrumpirles ni corregirles, y sin hacer otras cosas a la vez, se sienten atendidos y respetados. Cuando los padres y madres escuchan a sus hijos, ellos aprenden a escuchar también a sus padres y madres y a respetar lo que les dicen. Cuando vemos que las personas nos comprenden y entienden lo que sentimos cuando estamos tensos, solemos relajarnos.

Es importante que los padres y madres muestren a sus hijos que entienden cómo se sienten, sobre todo, si están pasando por un momento desagradable o tienen que superar alguna frustración. Para ello pueden utilizar frases como la siguiente de escucha activa: "Parece que te sientes ... porque ...". Escuchar a los hijos no significa necesariamente estar de acuerdo con todo lo que dicen. Conviene escucharlos para saber cómo piensan y lo que les sucede, esto les ayuda a sentirse mejor consigo mismos al notar que sus padres y madres les atienden.

Anexo 17.

## La comunicación asertiva



La comunicación es asertiva cuando expresamos nuestras ideas, pensamientos, preferencias u opiniones; también se es asertivo cuando hacemos valer nuestros derechos de una manera clara, directa, firme, honesta, apropiada, sin agredir y respetando los derechos de las otras personas. En la práctica, esto supone el desarrollo de la capacidad para: Expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar o menospreciar los derechos de los demás y sin crear o sentir vergüenza.

Discriminar las ocasiones en que la expresión personal es importante y adecuada. Defenderse, sin agresión o pasividad, frente a la conducta poco cooperadora, apropiada o razonable de los demás. La habilidad de ser asertivo proporciona dos importantes beneficios: incrementa el auto respeto y la satisfacción de hacer alguna cosa con la suficiente capacidad para aumentar la confianza, la aceptación y el respeto de los demás, en el sentido de que se hace un reconocimiento de la capacidad de uno mismo de afirmar los derechos personales.




La asertividad suele estar asociada a derechos humanos básicos como ser escuchado, cambiar de opinión, poder elegir, cometer errores, pedir lo que se desea y tener la posibilidad de decir no.

La asertividad también incluye el reconocimiento de los derechos del otro y en ese sentido, los demás igualmente tienen derecho a ser escuchados, a que se respeten sus elecciones, a cometer errores, a discrepar con nuestras ideas, y aceptar esa diferencia. Se pueden diferenciar dos tipos de comunicación asertiva: de rechazo u oposición y de aprobación o aceptación. Se consideran habilidades de oposición asertiva aquellas que se aplican a situaciones de interacción con el fin de manejar conductas poco razonables de los demás. Una de las principales consecuencias de la oposición asertiva es la conservación de la autoestima. De otro lado, la aceptación asertiva se relaciona con la capacidad de ofrecer y recibir reconocimientos y cumplidos. Estas habilidades se inhiben con demasiada frecuencia olvidando las ventajas que comportan.

Debe tenerse en cuenta que ofrecer reconocimientos y cumplidos ante la conducta adecuada o gratificante del otro, aumenta la probabilidad de su repetición. Estas habilidades permiten aumentar la autoestima tanto del emisor como del receptor al mostrar aceptación y afecto hacia los demás, y en definitiva, facilitan la relación de confianza aumentando la satisfacción mutua y ayudan a establecer relaciones positivas con los demás.



En el acto de comunicación con los otros se pueden manifestar tres estilos de comunicación: agresivo, inhibido o pasivo y asertivo. A continuación se destacan las expresiones verbales frecuentes, los efectos en la conducta y las posturas corporales asociadas a cada una de ellas.

<p style="text-align: center;"><b>Estilo inhibido</b></p> <p><b>EXPRESIONES VERBALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● "Quizás..."</li> <li>● "Supongo que..."</li> <li>● "No... sí... quizás... bueno..."</li> <li>● "No... no te molestes"</li> <li>● Voz baja y vacilante.</li> </ul>  <p style="text-align: center;"><b>CONSECUENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Deja que violen sus derechos.</li> <li>● Baja autoestima</li> <li>● Pierde oportunidades.</li> <li>● Los demás deciden por él.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Estilo agresivo</b></p> <p><b>EXPRESIONES VERBALES</b></p> <p><i>Impositivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● "Tienes que..."</li> <li>● "No te tolero..."</li> <li>● Interrumpe a los demás.</li> <li>● Da órdenes.</li> <li>● Voz alta y habla fluida y rápida.</li> </ul>  <p style="text-align: center;"><b>CONSECUENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Viola los derechos.</li> <li>● Baja autoestima</li> <li>● Se siente sin control.</li> <li>● Quiere decidir por los otros.</li> </ul> <p><b>POSTURA CORPORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuerpo erguido hacia adelante.</li> <li>● Gestos amenazantes.</li> <li>● Invasión del espacio del otro.</li> </ul>
<p><b>POSTURA CORPORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Postura cerrada y hundida</li> <li>● Movimientos forzados, rígidos e inquietos.</li> <li>● Ausencia de contacto visual.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Estilo asertivo</b></p> <p><b>EXPRESIONES VERBALES</b></p> <p><i>Firme y directo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● "Deseo", "no puedo..."</li> <li>● "Opino que..."</li> <li>● "¿Qué piensas...?"</li> <li>● "Me estoy sintiendo..."</li> <li>● Tono de voz firme</li> </ul>  <p style="text-align: center;"><b>CONSECUENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Protege sus derechos y respeta los de los demás.</li> <li>● Se siente satisfecho.</li> <li>● Tiene confianza en sí mismo.</li> <li>● Toma sus propias decisiones.</li> <li>● Establece su posición.</li> </ul> <p><b>POSTURA CORPORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Postura relajada y abierta del cuerpo.</li> <li>● Movimientos suaves.</li> <li>● Cabeza alta y contacto visual.</li> <li>● Espacio interpersonal adecuado.</li> <li>● Cuerpo orientado hacia el otro.</li> </ul>	

## Recomendaciones



- Exterioriza tus sentimientos: "Me siento feliz", "Te quiero mucho", "Eres un buen amigo", "Tu presencia me es grata",
- "No es la orden que pedí", "No me hables de esa forma".  
Contra ejemplo: Quedarse callado, titubear o mostrarse agresivo.
- Contradice directamente, de manera razonable, cuando estés en desacuerdo con alguien. Por ejemplo, "Particularmente en ese punto no estoy de acuerdo", "Tengo un punto de vista
- diferente al respecto", Contra ejemplo: "Como usted diga", "Es verdad.."
- Utiliza en lo posible la palabra "YO". Cada persona debe hablar en términos de lo que piensa, siente o desea, independientemente del criterio de otros. Ejemplo: "Yo pienso que esa idea es equivocada". Contra ejemplo: "La gente dice..." "Parece que..."
- Acompaña tus frases con expresiones corporales adecuadas.
- Pregunta "¿Por qué?..." y opina.
- Procura siempre hacer y lograr lo que realmente desees: actúa siempre en congruencia contigo mismo.



## Anexo 18.



## DINÁMICA ACCIÓN REACCIÓN

**Objetivos:** identificar situaciones cotidianas que pueden terminar en conflicto, concienciar a los padres sobre sus reacciones, elaborar estrategias alternativas y contrastar en grupo diferentes experiencias y dificultades.

**Actividad:** comentar ideas sobre el caso y sus propias experiencias educativas con sus hijos y anotar en la ficha las ideas fundamentales de su debate. Los casos que se trabajarán son:

### Caso Juan, acostarse, 4 años:

Padre: Y todos vivieron felices y comieron perdices. Bueno Juan, este es el final de la historia y ya es hora de que te vayas a la cama. Juan: ¿Puedes leerme otro cuento? Padre: No, Juan, ya es tarde, así que buenas noches. Mm, vamos a ver, hoy ponen una buena película en el canal... Juan: ¡Papi! Padre: ¿Qué pasa, Juan? Juan: Tengo sed. ¿Puedo ir a beber agua? Padre: Bueno, date prisa y vete a la cama. A ver, ¿qué canal era.....? Ah sí, el canal... Juan: ¡Papi! Padre: ¿Qué pasa ahora, Juan? Juan: Tengo que ir al baño Padre: ¡Bueno vete al baño, y por favor te acuestas enseguida, eh?!

### Caso Isabel, estudios, 9 años:

Padre: ¡Pero si son las 9 de la noche y no has hecho todavía los deberes! Isabel: ¡Yo no tengo la culpa. Ya te he dicho que no sé hacer estos ejercicios de matemáticas! No los entiendo. Padre: No me explico cómo no los sabes hacer, Isabel. Te los he explicado una y otra vez. No sé qué más puedo hacer. Puede que las matemáticas sean muy difíciles para ti. Isabel: Sí, creo que tienes razón.

### **Caso Ana, dormir fuera, 15 años:**

Ana: Mamiii, ¿puedo dormir en casa de María esta noche? Madre: No, Ana, porque mañana es día de ir a clase. Ana: Ya lo sé. Pero, ¿puedo hacerlo solamente por hoy? Anda, "porfa"... Madre: No, lo siento, Ana. Ana: Pero la madre de María sí la deja dormir fuera aunque al día siguiente haya clase. Madre: A mí no me interesa lo que hace la madre de María. Yo soy tu madre y digo que NO. Ana: ¡Tú nunca me dejas hacer nada! Madre: ¡Basta Ana! Ana: ¡No veo por qué no puedo ir a dormir sólo por esta noche! Madre: ¡Porque digo que NO! y ¡basta!

## **PREGUNTAS:**

1. ¿Qué conductas concretas del hijo/a cabe resaltar en este caso?
2. ¿Estas conductas del hijo/a son esperables para su edad?
3. ¿Qué busca obtener el hijo/a de su padre/madre en este caso?
4. ¿Cómo se siente la madre/padre ante las conductas del hijo/a:
  - a. ¿Se siente molesto/a o irritado/a?
  - b. ¿Se siente retado en su autoridad como padre-madre?
  - c. ¿Se siente dolido como persona?
- d. ¿Se siente impotente y sin saber qué más puede hacer con su hijo/a para resolver la situación?
- e. ¿Cómo reacciona el padre-madre ante las conductas del hijo/a?
5. ¿Tiende a imponerse ante su hijo/a?
6. ¿Qué conductas concretas del padre-madre cabe resaltar en este caso?
7. ¿Podría el padre-madre reaccionar de otra manera ante el hijo/a para evitar el conflicto de relación entre ellos?
8. ¿Podría el padre-madre controlar su reacción impulsiva ante el hijo/a, intentando moderar, por ejemplo, su tono de voz, el contenido de sus palabras e intentando escuchar?
9. ¿Necesitan los padres y madres aprender técnicas de relajación y de autorregulación emocional para controlar sus frustraciones y reacciones impulsivas con sus hijos y reducir así las posibilidades de conflicto?

A large light blue rectangular area containing horizontal white lines, serving as a writing space. The lines are evenly spaced and extend across most of the width of the rectangle, leaving a small margin on the right side. There are 20 lines in total.

Anexo 19.

**DINÁMICA**

*Derechos asertivos*

*Yo tengo derecho*

 • **En mi casa a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **En mi trabajo a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **En mi grupo de amigos a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Los demás tienen derecho a recibir de mí*

 • **En mi casa a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **En mi trabajo a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **En mi grupo de amigos a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_