

Esquizofrenia

J. M. Cañamares • M. Á. Castejón
A. Florit • J. González
J. A. Hernández • A. Rodríguez

psicología clínica

guías de intervención




EDITORIAL
SÍNTESIS

ESQUIZOFRENIA

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

ESQUIZOFRENIA

José Manuel Cañamares
Miguel Ángel Castejón
Alejandro Florit
Juan González
José Antonio Hernández
Abelardo Rodríguez



Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© José Manuel Cañamares
Miguel Ángel Castejón
Alejandro Florit
Juan González
José Antonio Hernández
Abelardo Rodríguez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975682-8-9

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Presentación

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. Descripción clínica
 - 1.1.1. Criterios diagnósticos*
 - 1.1.2. Sintomatología*
- 1.2. Curso y pronóstico
- 1.3. Epidemiología
- 1.4. Diagnóstico diferencial e implicaciones del diagnóstico
- 1.5. Comentarios sobre la entidad diagnóstica

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Etiología

- 2.1. Variables etiológicas
 - 2.1.1. Modelo biológico*
 - 2.1.2. Modelo psicológico*
 - 2.1.3. Modelo sociológico*
- 2.2. Un modelo explicativo integrador: el modelo de vulnerabilidad
- 2.3. Comentarios al modelo de vulnerabilidad

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación

- 3.1. Aspectos a evaluar
 - 3.1.1. *Sintomatología*
 - 3.1.2. *Funcionamiento psicológico*
 - 3.1.3. *Desempeño y ajuste psicosocial*
 - 3.1.4. *Evaluación del entorno*
- 3.2. Instrumentos
 - 3.2.1. *Entrevista*
 - 3.2.2. *Cuestionarios y escalas*
 - 3.2.3. *Observación directa, registros y autorregistros*
- 3.3. Proceso de evaluación y planificación de la intervención

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Pautas para la intervención I: guía para profesionales

- 4.1. La atención integral en la comunidad a personas con esquizofrenia
 - 4.1.1. *Problemática y necesidades*
 - 4.1.2. *La reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitaria*
 - 4.1.3. *La atención integral en la comunidad*
- 4.2. Planteamiento global de la intervención: principales objetivos y áreas de actuación
- 4.3. Intervenciones farmacológicas y estrategias para el manejo de síntomas
 - 4.3.1. *Los fármacos antipsicóticos*
 - 4.3.2. *Otras estrategias psicológicas para el manejo de los síntomas positivos*
- 4.4. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario
 - 4.4.1. *Definición, objetivos y principios básicos*
 - 4.4.2. *Metodología y fases de la intervención psicosocial*
 - 4.4.3. *Consideraciones prácticas sobre motivación y enganche*
- 4.5. Principales áreas de intervención en rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario
 - 4.5.1. *Actividades de la vida diaria*
 - 4.5.2. *Psicoeducación con personas diagnosticadas de esquizofrenia*
 - 4.5.3. *Habilidades sociales*
 - 4.5.4. *Manejo del estrés*
 - 4.5.5. *Aspectos cognitivos*
 - 4.5.6. *Ocio y tiempo libre*
 - 4.5.7. *Integración sociocomunitaria*

4.5.8. Rehabilitación laboral

4.5.9. Apoyo, asesoramiento y psicoeducación con las familias de personas con esquizofrenia

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Pautas para la intervención II: guía para afectados y familiares

- 5.1. Qué es la esquizofrenia
- 5.2. Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia
- 5.3. Qué siente la persona con esquizofrenia
- 5.4. Qué sienten los familiares
- 5.5. Causas de la esquizofrenia
- 5.6. Los desencadenantes de la esquizofrenia: acontecimientos vitales y ambientales estresantes
- 5.7. La evolución de la enfermedad: señales que avisan de las recaídas
- 5.8. Cómo actuar ante una crisis
- 5.9. La importancia de la medicación
- 5.10. Cómo favorecer que tomen la medicación
- 5.11. Algunas ideas para superar los efectos secundarios
- 5.12. En qué consiste la rehabilitación y el soporte comunitario
- 5.13. Factores de riesgo y protectores de las recaídas
- 5.14. Algunas sugerencias para facilitar la convivencia y solucionar los conflictos
- 5.15. Aclarando algunas dudas

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Presentación

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que constituye un problema sanitario y social de gran importancia. Afecta o puede afectar a casi el 1 por ciento de la población y genera múltiples problemáticas que inciden no sólo en las personas que la sufren sino también en su entorno familiar y social.

En las últimas décadas se han producido importantes avances en la investigación que hoy nos permiten un mejor conocimiento de la compleja naturaleza de este trastorno y un acercamiento a la etiología multifactorial (bio-psico-social) que está a la base del mismo.

Además se ha producido una profunda transformación en el modelo de atención pasando de un modelo institucionalizador a un sistema de atención comunitaria comprometido con el mantenimiento en la comunidad de la persona afectada de esquizofrenia. Paralelamente se han producido avances muy significativos en el tratamiento y rehabilitación de las personas que sufren esquizofrenia, lo que permite ofrecer un panorama mucho más esperanzado a estas personas. Se han desarrollado tratamientos farmacológicos eficaces en el manejo y control de los síntomas psicopatológicos y en la prevención de recaídas; y asimismo se han ido configurando en torno al campo de la rehabilitación psicosocial un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y apoyo que han demostrado su eficacia en la mejora de la autonomía y funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia ayudando a su progresiva integración y participación social.

La atención a las personas con esquizofrenia debe pues organizarse de un modo global e integrado atendiendo a su diferente problemática y necesidades y debe combinar de un modo complementario distintas intervenciones tanto de tratamiento como de rehabilitación y apoyo.

El propósito general de este libro es el de ofrecer una visión global y actualizada sobre la problemática de las personas que sufren esquizofrenia y muy especialmente describir de un modo concreto y práctico las principales pautas de intervención que han de conformar un proceso de atención integral con una persona que sufre esquizofrenia.

El libro se organiza en cinco capítulos. En el [capítulo 1](#) se repasan y sintetizan las principales características de la esquizofrenia: sintomatología, criterios diagnósticos,

curso, pronóstico, epidemiología y diagnóstico diferencial; asimismo el capítulo se completa con un caso práctico ilustrativo. En el [capítulo 2](#) se describen las principales hipótesis etiológicas y se ofrece, como modelo integrador, el modelo de vulnerabilidad que nos permite entender la compleja interacción multifactorial de las distintas dimensiones relevantes, tanto biológicas como psicológicas y sociales, que inciden en la aparición y desarrollo de la esquizofrenia; también nos permite orientar las diferentes intervenciones. El [capítulo 3](#) se centra en el proceso de evaluación como paso fundamental para poder planificar el conjunto de intervenciones a desarrollar; se destacan los principales aspectos a evaluar y los instrumentos más relevantes y se describe cómo organizar este proceso de evaluación y de planificación de la intervención; el capítulo se completa con un caso práctico que permite ejemplificar todo este proceso. El [capítulo 4](#) constituye el núcleo fundamental del libro y la parte más extensa del mismo, donde se describen y pormenorizan de un modo concreto y práctico las principales intervenciones que han de combinarse de un modo complementario para una adecuada atención a las personas con esquizofrenia. Se exponen, por un lado, las estrategias de tratamiento que incluyen las intervenciones farmacológicas esenciales en la atención a la esquizofrenia junto con nuevas estrategias complementarias de manejo psicológico de la sintomatología positiva; y por otro lado, se centra de un modo especial en el campo de la rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que abarca todo un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora del funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración en la comunidad. Se repasan aquí la metodología y las prácticas más relevantes en las diferentes áreas de intervención en rehabilitación. Al final del capítulo se incluye un caso práctico que ilustra todo este proceso de intervención. El libro se completa con un último capítulo concebido a modo de guía práctica para afectados y familiares. En él se resume la información más relevante sobre el trastorno y su tratamiento y rehabilitación y se intentan ofrecer respuestas claras y concretas a las principales preguntas que se pueden plantear.

1

Introducción

Emilio Kraepelin en 1893 reunió varios grupos de casos que habían sido diagnosticados de “idiotia adquirida” (término acuñado por Esquirol), de “estupidez o demencia juvenil” (propuestos por Morel) y de “catatonía y hebefrenia” (utilizado por Kahlbaum Hecker) y los agrupó en una sola entidad clínica a la que llamó *Dementia Praecox* (demencia precoz), término utilizado ya por Morel en 1851. A esta enfermedad la describió como un trastorno que aparecía en la juventud, de naturaleza netamente orgánica y de sintomatología difusa y polimorfa bajo la cual evoluciona un proceso especialmente destructivo de la personalidad. Describe la curación en un muy limitado número de casos y defiende que en general la enfermedad evoluciona fatalmente hasta la demencia. Considera la *Dementia Praecox* de origen endógeno, producto de perturbaciones endocrinas y metabólicas. Diferencia cuatro formas clínicas: hebefrenia, catatonía, demencia paranoide y demencia precoz simple. Esta clasificación la fue modificando a lo largo de los años hasta llegar a la última clasificación que se mantenía vigente en España en 1935:

- *Demencia precoz*: formas simples, demencia precocísima (en la edad infantil), hebefrenia, formas depresiva y estuporosa, formas circular y agitada, catatonía, demencia paranoide y confusión del lenguaje.
- *Parafrenias*: sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica.

Eugenio Bleuler recoge las críticas de la época sobre el calificativo de *Dementia Praecox* por no ser ni precoz ni demencia propiamente dicha en muchos casos, proponiendo en 1911 el nombre de “esquizofrenias”, que etimológicamente significa *mente hendida o disgregada*. Afirma que lo patognomónico de esta entidad nosológica es lo que él llama un proceso de aflojamiento (“Lockerung”) de las asociaciones por el que llegan a perderse las conexiones lógicas que habían sido establecidas a través de la

experiencia individual, produciéndose nuevas y absurdas relaciones entre los datos del conocimiento. La enfermedad según este autor es de origen fisiógeno, somatógeno y propone que a los síntomas fisiogenéticos se agregarían numerosos síntomas psicogenéticos; también propone que se transmitirían hereditariamente las particularidades de la constitución esquizoide, de cuyo fondo emergería desde una simple esquizoidía a la más grave esquizofrenia. Bleuer llega a describir el origen orgánico como producto de posibles lesiones cerebrales, posiblemente de origen tóxico (perturbaciones metabólicas). Como síntomas fundamentales señala la ruptura de las relaciones apetitivas con el mundo exterior (sobre lo que después insistiría con Kurt y Carl Schneider) y la posibilidad de una coexistencia habitual de actitudes afectivas contrapuestas en el paciente. El primero de estos síntomas lo interpretó como consecuencia de una tendencia que el esquizofrénico siente de replegarse sobre sí mismo y designó el estado resultante con el nombre de “autismo”. Al segundo síntoma lo calificó de “ambivalencia” y lo interpretó como un signo de la pérdida de la unidad funcional de la mente, en virtud de lo que se produciría una lucha anárquica de los impulsos equipotentes de reacción frente a cada estímulo. Por tanto, Bleuer propondría tres grandes patas sobre las que se asentarían las esquizofrenias: disgregación asociativa, autismo y ambivalencia. La teoría Bleuleriana abre el camino para la investigación psicológica de la esquizofrenia.

Krestchmer en 1921 defiende que la esquizofrenia es una enfermedad constitucional de signo contrario a la psicosis manícodepresiva si se tenía en cuenta la actitud del enfermo frente al medio ambiente. Intenta demostrar la afinidad de la esquizofrenia con las figuras corporales leptosomática y atlética, señalando la importancia que tiene la personalidad prepsicótica esquizoide como rasgo de predisposición.

Kleist en 1921 propone una teoría degenerativa neurológica. Dice que la esquizofrenia tiene un origen heredodegenerativo, semejante al de ciertas enfermedades neurológicas hereditarias. Esta “psicodegeneración hereditaria” se produciría por una debilitación constitucional de determinados sistemas que producirían una perturbación en la correspondiente función. Describe tres tipos de síntomas similares a los neurológicos: catatónicos, afectivos y verbales.

Berze en 1929 propone un concepto psicológico general de la esquizofrenia en función de la realidad clínica observada, esforzándose en realizar una ordenación sistemática de los síntomas para referirlos a un único trastorno fundamental, la “hipotonía de la conciencia”, y diferencia entre los síntomas procesuales y los reactivos.

El núcleo de la esquizofrenia según Berze lo constituye una enfermedad somatógena general, de localización cerebral, constitucionalmente condicionada aunque no pueda llegar a asegurar si la causa es encefalógena o somatógena pero sí evidencia que se trata de un proceso orgánico en marcha. Hace una clasificación de las esquizofrenias:

- *Idiopáticas*: no es posible definir como causa una enfermedad somática, las esquizofrenias idiopáticas son constitucionales y endógenas, y presentan un proceso de carácter orgánico y destructivo (procesual). El proceso puede ser

- activo o inactivo y manifestarse por brotes o reacciones.
- *Reactivas*: estas esquizofrenias están motivadas por causas psíquicas y aparecen en personas constitucionalmente predispuestos, en concreto los esquizoides. Las reacciones y el desarrollo no son procesuales en el sentido de organicidad y destructividad. La disposición constitucional no viene determinada sólo por el genotipo sino también por varios agentes patógenos.
- *Sintomáticas*: estas esquizofrenias serían semejantes a las procesuales pero sin el carácter orgánico y destructivo; se atribuyen a causas exógenas y para su precipitación no sería necesaria la predisposición genotípica. Para hacer el diagnóstico de esquizofrenias sintomáticas es definitivo la remisión de los síntomas y la tendencia a la curación.

1.1. Descripción clínica

Para conocer qué es la esquizofrenia hoy se debe hacer una mención obligada a los criterios diagnósticos actuales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995). Aunque este manual presenta algunas limitaciones que se verán más adelante, lo cierto es que ha iluminado mucho el campo de la clínica e investigación sobre la esquizofrenia. El otro gran manual de clasificación diagnóstica, la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, es básicamente similar, por lo que, en aras de una mayor simplicidad y claridad, se va a hacer referencia fundamentalmente al DSM-IV.



FIGURA 1.1. Las psicosis.

La [figura 1.1](#) muestra cómo la psicosis comprende un grupo de trastornos muy diversos (MC Gorry y Edwards, 1997). La esquizofrenia es uno de los trastornos que están incluidos dentro del gran marco de las psicosis. Con algunas personas puede resultar útil explicarles la figura, comenzando a decirles que un episodio psicótico puede ser causado por una enfermedad física; en otras ocasiones puede haber otras psicosis inducidas por consumo de drogas (generalmente LSD o *cannabis*). Posteriormente se puede seguir explicando al sujeto que también puede existir una psicosis reactiva breve en respuesta a sucesos estresantes o traumáticos, como por ejemplo una violación, una inundación, un atentado, etc. Para terminar se pueden explicar los trastornos psicóticos funcionales comentando que los más comunes son la esquizofrenia y la depresión maniaca; otros son el trastorno esquizoafectivo, que está a caballo entre los dos trastornos anteriores, y el trastorno esquizofreniforme. El explicar al sujeto esta división puede ayudar a mejorar la implicación de la persona en el proceso terapéutico.

1.1.1. Criterios diagnósticos

En el [cuadro 1.1](#) se pueden observar los criterios que define el DSM-IV para que una persona pueda ser diagnosticada de esquizofrenia.

Sólo se requiere un síntoma en el primer criterio en el caso de que las ideas delirantes sean extrañas o si aparece una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento de la persona o en el caso en que dos o más voces conversen entre ellas.

Basándose en las observaciones clínicas se puede hacer el diagnóstico de un subtipo de esquizofrenia en función de la sintomatología predominante en el momento de la exploración; debido a esto, puede cambiar el diagnóstico del subtipo a través del tiempo. Frecuentemente, los síntomas pueden caracterizar diversos subtipos, y en el [cuadro 1.2](#) se pueden observar los criterios para cada subtipo de esquizofrenia.

Cuadro 1.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV

-
-
- Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos debe estar presente de forma significativa durante un mes (o menos si es tratado satisfactoriamente):
 - Delirios
 - Alucinaciones
 - Habla desorganizada
 - Comportamiento desorganizado o catatónico
 - Síntomas negativos como alogia, afecto aplanado, etc.

 - *Disfunción social/ocupacional*: durante un período de tiempo significativo desde el comienzo del

trastorno, una o más áreas de funcionamiento como el trabajo, relaciones interpersonales o autocuidados están marcadamente por debajo del nivel premórbido (si el comienzo es en la adolescencia o infancia, se hace referencia a un fallo en el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional).

- *Duración*: los signos del trastorno deben estar presentes de forma continua y persistente durante, al menos, 6 meses. En estos seis meses se incluye un mes mínimo de síntomas que cumplen el primer criterio (o menos si es tratado satisfactoriamente) y puede incluir periodos prodrómicos o residuales. En estos casos el trastorno puede estar manifestado sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas descritos en el primer criterio pero de forma atenuada (por ejemplo experiencias perceptuales inusuales).
 - Exclusión del trastorno esquizoafectivo o del estado de ánimo.
 - Exclusión de enfermedades médicas o consumo de sustancias (ilegales o medicaciones).
 - *Relación con el trastorno generalizado del desarrollo*: si existe historia de autismo u otro trastorno generalizado del desarrollo, se hará un diagnóstico de esquizofrenia sólo si predominan alucinaciones o delirios durante al menos un mes (o menos si es tratado satisfactoriamente).
-

Cuadro 1.2. Criterios diagnósticos según el DSM-IV para los subtipos de esquizofrenia

- Paranoide 295.30
 - Preocupación por uno o varios delirios o frecuentes alucinaciones auditivas.
 - No existe predominio de los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta catatónica o desorganizada o afecto plano o inapropiado.

- Desorganizada 295.10
 - Son prominentes todos los siguientes síntomas: habla desorganizada, conducta desorganizada y afecto plano o inapropiado.
 - Los criterios para el tipo catatónico no se cumplen.

- Catatónica 295.20

Al menos hay predominio de dos de los siguientes síntomas:

 - Inmovilidad motora evidenciada por catalepsia o estupor.
 - Actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y no influida por estímulos externos).
 - Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier indicación o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
 - Movimiento voluntario peculiar evidenciado por posturas extrañas (posturas puestas de forma voluntaria inapropiadas o bizarras), movimientos estereotipados, manierismos prominentes o muecas llamativas.
 - Ecolalia o ecopraxia.

- Indiferenciada 295.90
 - Los criterios para el diagnóstico de los subtipos catatónico, paranoide o desorganizado no se cumplen a pesar de estar presentes en la actualidad los síntomas del primer criterio para el diagnóstico de esquizofrenia.

- Residual 295.60
 - No son predominantes los siguientes síntomas: alucinaciones, delirios, habla desorganizada o comportamiento desorganizado o catatónico.

- Hay evidencia del trastorno dada la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas atenuados de los indicados en el primer criterio para el diagnóstico de la esquizofrenia.
-

1.1.2. Sintomatología

Tradicionalmente se han dividido los síntomas de la esquizofrenia en positivos y negativos. De hecho, las escalas para valorar la sintomatología esquizofrénica se basan en esta distinción como las escalas de valoración de síntomas positivos y negativos (SAPS y SANS) (ver [capítulo 3](#)).

Entre los *síntomas* que caracterizan a los llamados *positivos*, se encuentran:

- *Alucinaciones*. Consiste en la percepción de estímulos que en la realidad no existen. Pueden ocurrir en cualquier modalidad: olfativa (u ósmica), auditiva, visual, táctil (propioceptiva) o gustativa. Las más habituales en la clínica son las auditivas seguidas por las visuales. Las alucinaciones auditivas suelen consistir en voces (que el sujeto percibe como diferentes de sus propios pensamientos) que dictan órdenes o insultan al individuo; o también pueden ser varias voces que conversan entre sí o comentan la conducta del sujeto. Seguidamente se describen las alucinaciones que presentaba Jaime, un individuo diagnosticado de esquizofrenia: “No quiero salir de casa, me cuesta horrores venir al centro pues siempre que estoy en la calle puedo oír claramente cómo la gente me insulta, aunque muchas veces ni siquiera veo a las personas; me dicen que haga esto o lo otro, y yo intento no hacer caso a esas voces, pero ellas insisten una y otra vez, hasta que por fin llego aquí y ya me desaparecen”.
- *Delirios*. Son creencias erróneas que suelen llevar a malinterpretaciones de percepciones o experiencias. Los contenidos de los delirios suelen ser de persecución, referenciales, somáticos, religiosos o de grandeza. Otros delirios son los de culpa, celotípicos o de control. Las más habituales son las que se refieren a sentirse perseguido o espiado seguido de los delirios referenciales (el sujeto cree que determinados gestos, comentarios, pasajes de un libro, contenidos de la televisión u otras claves ambientales, se dirigen específicamente a él dándole algún tipo de mensaje). José describe así su delirio después de los primeros días de terapia: “Sé que tengo esquizofrenia paranoide y que es por pensar que a veces me persigue la gente en la calle; me cuesta mucho trabajo comprender que esto sólo es una idea que tengo en mi cabeza, que en realidad no hay nadie que me persiga. Pero claro, lo que me deja confuso es el hecho de que una serie de personas me quieran pillar haciendo algo malo y provocarme una crisis y así volver a ingresarme y poder controlarme; si no fuera por esas personas malas, creo que podría

controlar bien mis paranoias”. La escala de evaluación de síntomas positivos (SAPS) incluye en los delirios los de lectura, sonoridad, inserción y robo del pensamiento.

- *Conducta extravagante.* Este apartado se centra principalmente en el vestido y la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada y, por último, la conducta repetitiva o estereotipada. Rogelio es una persona diagnosticada de esquizofrenia que acude a un centro de rehabilitación psicosocial vestido con colores muy llamativos y poco conjuntados y siempre, de camino en el metro, baila delante de la gente, habiéndole parado en varias ocasiones la policía.
- *Desorden formal del pensamiento.* Entre estos síntomas se encuentran la desrealización (el paciente habla de forma que sus ideas desembocan en otras relacionadas o no), tangencialidad (el sujeto contesta a las preguntas de manera indirecta, cuya significación es irrelevante), incoherencia (la forma de hablar es incomprensible), pensamiento ilógico (las conclusiones elaboradas por el sujeto son ilógicas), circunstancialidad (forma de hablar indirecta, tardando tiempo en llegar a decir lo que desea), taquilalia (el habla de la persona es rápida y difícil de interrumpir), asíndesis (el paciente es distraído por estímulos insignificantes que interrumpen el curso de su lenguaje) y asociación de sonidos (habla en la que los sonidos –más que el significado– gobiernan la elección de las palabras, llegando a hacer rimas...).

Los *síntomas negativos* que son descritos en la SANS son:

- *Afecto embotado.* Este síntoma se caracteriza por inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de gesticulación expresiva, pobre contacto ocular, ausencia de respuesta afectiva, afecto inapropiado y ausencia de inflexiones en la voz (tono monocorde).
- *Alogia.* Este síntoma consiste en pobreza en el habla (respuestas breves, concretas y escasas), pobreza en el contenido en el habla (respuestas vagas, con poca información), bloqueos (el paciente indica que el curso de su pensamiento es interrumpido) e incremento de la latencia de respuesta.
- *Abulia-apatía.* Se concreta en mantener una limpieza e higiene descuidada, falta de continuidad laboral o escolar y anergia física (el sujeto está como inerte).
- *Anhedonia-insociabilidad.* La escala define la anhedonia como escasas o nulas actividades lúdicas, disminución del interés sexual, reducida capacidad para las relaciones íntimas o cercanas y aislamiento social.
- *Déficit de atención.* Este déficit lo evalúa la escala a través de la falta de contacto social del paciente (como si “estuviera en la luna”) y mediante la distracción durante la propia entrevista.

A pesar de que la división entre sintomatología positiva y negativa es la más utilizada entre los profesionales de la salud, las últimas investigaciones critican estos factores proponiendo una nueva agrupación compuesta por tres tipos de síntomas en lugar de dos: los positivos, los negativos y las alteraciones de comportamiento como una nueva categoría (Peralta y cols., 1992).

Todos los síntomas que se han estado describiendo son característicos en la esquizofrenia, pero también están presentes en otros trastornos psicológicos. En un estudio realizado por McGorry en 1995 sobre una población de adolescentes australianos de 16 años se demostró cómo la prevalencia de síntomas esquizofrénicos son frecuentes incluso en sujetos normales. En el [cuadro 1.3](#) se muestran algunos de los resultados obtenidos de esta investigación.

Cuadro 1.3. Prevalencia de síntomas esquizofrénicos en australianos de 16 años

Síntomas	Prevalencia %
Ideación mágica	51,0
Experiencias perceptuales inusuales	45,6
Aislamiento social	18,4
Rol funcional deficitario	41,1
Afecto plano o inapropiado	21,7
Habla desorganizada o sobreelaborada	21,7
Marcada falta de iniciativa o energía	39,7
Conducta peculiar	25,2
Higiene personal inadecuada	8,1

1.2. Curso y pronóstico

El inicio del trastorno esquizofrénico puede ser brusco o insidioso. Este último suele ser más habitual y consiste en una fase prodrómica caracterizada por un lento y gradual desarrollo de los síntomas y signos. En el [cuadro 1.4](#) se muestra el porcentaje de sujetos con esquizofrenia que han presentado determinados síntomas prodrómicos antes de su primer episodio (Jackson, 1995):

A la hora de realizar un diagnóstico, el DSM-IV especifica que se clasifique el curso longitudinal, que sólo podrá hacerse *después de un año* desde el inicio de los síntomas activos. Los posibles cursos se especifican en el [cuadro 1.5](#).

Cuadro 1.4. Porcentaje de sujetos con esquizofrenia con presencia de un determinado síntoma prodrómico

Síntomas prodrómicos	Prevalencia %
Aislamiento social	76
Rol funcional deficitario	63
Conducta extraña	26
Higiene personal inadecuada	22
Afecto inapropiado o plano	33
Habla metafórica, vaga o disgregada	29
Ideación bizarra	53
Experiencias perceptuales extrañas	24
Marcada falta de iniciativa, intereses o energía	24

Cuadro 1.5. Cursos de la esquizofrenia según el DSM-IV

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios son definidos como reaparición de síntomas psicóticos prominentes). También se debe especificar si es con síntomas negativos acusados.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
- Continuo (síntomas psicóticos prominentes están presentes a lo largo del período de observación). También hay que especificar si es con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión parcial; se especificará si es con síntomas negativos acusados.
- Episodio único con remisión total.
- Otro patrón inespecificado.

En cuanto al pronóstico se debe decir que variará en función del tratamiento recibido por el sujeto diagnosticado de esquizofrenia, especialmente en aquellos en que la enfermedad se cronifica. Generalmente se ha observado que entre el 23 al 39% de los sujetos esquizofrénicos han tenido un solo episodio a lo largo de su vida; de los sujetos esquizofrénicos con un curso episódico presentan una remisión total o significativa del 35 al 78% de los casos. Estudios sobre cronicidad apuntan a datos que oscilan entre un 65 y un 85% de los casos.

Las investigaciones señalan que las personas diagnosticadas de esquizofrenia que tienen mejor pronóstico presentan el siguiente perfil:

- Inicio tardío de los síntomas.

- Género femenino.
- Buena adaptación premórbida.
- Mayor nivel de estudios.
- Menor cantidad de anormalidades cerebrales estructurales.
- Menor deterioro cognitivo (medido a través de pruebas neuropsicológicas).
- Signos y síntomas negativos poco destacados.

1.3. Epidemiología

Habitualmente se maneja el dato generalizado de que la prevalencia (indica los casos en los que el trastorno se mantiene en el tiempo y hace referencia al número total de casos que se han acumulado en un determinado período de tiempo, usualmente se contabiliza la prevalencia vital: número de personas que han tenido al menos un episodio a lo largo de su vida) en la esquizofrenia es del 1%, es decir, que uno de cada 100 habitantes desarrollará un episodio de esquizofrenia a lo largo de su vida, con independencia de sexo y cultura. Sin embargo, si se analizan los estudios epidemiológicos, éstos hablan de datos de prevalencia que varían entre las distintas culturas, desde un 0,3 por mil en una secta ultraconservadora de Estados Unidos hasta un 17 por mil en una población del norte de Suecia. En Europa parece que se dan tasas de prevalencia mayores en el norte que en el sur. Es más, incluso en una misma zona los datos de prevalencia pueden variar a lo largo del tiempo.

Como la esquizofrenia es una enfermedad mental que tiene tendencia a cronificarse, las tasas de prevalencia son bastante más altas que las de incidencia (hace referencia al número de casos nuevos que aparecen en una población determinada a lo largo de un período de tiempo delimitado, usualmente un año) se estiman en 1/10.000 al año (aunque hay algún estudio que eleva esta cifra hasta 7/10.000 al año).

Se exponen a continuación la interrelación de diferentes variables con el desarrollo y pronóstico del trastorno esquizofrénico.

- a) *Aspectos transculturales.* Los autores que han estudiado este aspecto llegan a la conclusión de que la esquizofrenia es un trastorno que está presente de forma universal, aunque sí aparecen matices diferenciadores en cuanto a curso y cierta sintomatología. Por ejemplo el contenido de los delirios o alucinaciones varía en función de las culturas.

El curso es más benigno en aquellas culturas menos desarrolladas, presentando un pronóstico mejor que en aquellos países más desarrollados.

Un aspecto que sí es absolutamente cultural es la manera que tiene esa cultura de tratar a la esquizofrenia y al esquizofrénico. Tal vez este aspecto pueda servir de explicación al fenómeno que se ha comentado en el párrafo anterior.

Los subtipos de esquizofrenia también varían en cuanto a frecuencia de aparición en función de las distintas culturas. Por ejemplo en las sociedades occidentales, la forma paranoide es más frecuente y la hebefrenia se encuentra en retroceso.

- b) *La edad y el sexo.* Suele aparecer desde finales de la segunda década de vida del sujeto hasta la mitad de la cuarta. No es habitual que se encuentren inicios previos a la adolescencia, aunque se han descrito algunos casos. También se han descrito algunos casos de inicio tardío, más allá de los 45 años, especialmente en mujeres; en estos casos hay mayor frecuencia de sintomatología positiva que negativa o desorganizada.

Los estudios confirman diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto a la forma de presentación y curso de la esquizofrenia. Las mujeres presentan con más frecuencia un inicio más tardío, síntomas afectivos más acusados y, en general, mejor pronóstico. Además, estudios epidemiológicos realizados en hospitales sugieren una mayor tasa en varones frente a los estudios realizados entre la población general que sugieren una prevalencia similar entre los sexos.

1.4. Diagnóstico diferencial e implicaciones del diagnóstico

En cuanto al diagnóstico diferencial, ya se han comentado las importantes dificultades existentes en cuanto a la propia definición del concepto de esquizofrenia. Por ello, estas dificultades aumentan si se tienen en cuenta otras patologías que comparten estrechamente los síntomas que conducen a los diversos diagnósticos.

Los principales trastornos que son motivo de complicación a la hora de diferenciarlos de la esquizofrenia son los que se detallan a continuación:

- *Trastornos orgánicos.* Existe una gran variedad de trastornos orgánicos que cursan con síntomas similares a los de la esquizofrenia: demencias, psicosis inducidas por drogas, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, tumores, accidentes cerebro-vasculares y multitud de trastornos infecciosos, metabólicos y endocrinos (como, por ejemplo, la Corea de Huntington, el lupus eritematoso sistémico, las intoxicaciones por metales pesados, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etc.).

La mayoría de estas patologías es fácilmente diagnosticable mediante una valoración médica, pero, excepto en casos muy evidentes, no se realiza una valoración somática sistemática de todas las personas que acuden a un profesional de salud mental. Por ello, es necesario descartar *siempre* la posibilidad de que la sintomatología presente se deba a causas orgánicas y para ello la valoración debe incluir un análisis sistemático sanguíneo y de

orina, estudio de función hepática y renal, pruebas tiroideas y en algunos pacientes incluso puede estar indicada la realización de pruebas específicas como: Tomografía axial computerizada, Resonancia Magnética Nuclear o Electroencefalograma.

Problema aparte es el diagnóstico de psicosis inducida por drogas o psicosis exógena, ya que la dificultad estriba en determinar si el uso de sustancias es la razón directa de la sintomatología o si ha sido simplemente el elemento desencadenante de una esquizofrenia. El criterio más utilizado para el diagnóstico diferencial de estas dos patologías suele ser el de reevaluar la sintomatología en situación de abstinencia, lo que debería hacerla desaparecer en el caso de que se debiera a una psicosis inducida por uso de sustancias.

- *Psicosis maniaco-depresivas o trastornos afectivos.* Aunque la esquizofrenia y los trastornos afectivos son entidades nosológicas bastante bien diferenciadas, es cierto que comparten criterios comunes en cuanto a la posibilidad de existencia en ambas de actividad delirante y de alteraciones importantes en el estado de ánimo. Esta dificultad se complica a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia de tipo esquizoafectivo y los trastornos afectivos (dificultad soslayada en la DSM-IV por considerar el trastorno esquizoafectivo como diagnóstico independiente). Una ajustada valoración de los componentes dístimicos presentes, su influencia en el peso global de la patología y la presencia o no de deterioro puede ayudar a realizar este diagnóstico diferencial, ya que los trastornos afectivos no cursan necesariamente con este deterioro.
- *Trastornos de personalidad.* El criterio principal diferenciador de los trastornos de personalidad es la presencia de los síntomas psiquiátricos a lo largo de toda la vida de la persona, no siendo posible establecer un hito o punto de corte a partir del cual se desarrolle la enfermedad.
- *Trastornos delirantes.* En estos trastornos los delirios tienen un contenido menos extravagante que en la esquizofrenia, y no conllevan el deterioro cognitivo o funcional de la persona, que normalmente es capaz de llevar una vida razonablemente adaptada.

Existen otras patologías que guardan relación sintomática con la esquizofrenia, como pueden ser la psicosis en la deficiencia mental, la simulación, la psicosis reactiva breve, el autismo o algunos trastornos neuróticos, pero dado que la explicación del diagnóstico diferencial en todos ellos sería motivo para un libro propio, los autores remiten para ello a los diferentes títulos de esta misma colección que tratan específicamente estos trastornos y a los manuales diagnósticos (DSM-IV, CIE-10), en los que el lector podrá encontrar los criterios para el diagnóstico diferencial en cada uno de estos casos.

1.5. Comentarios sobre la entidad diagnóstica

Tal y como se ha visto al comienzo de este primer capítulo, la esquizofrenia es definida en función de la presencia de determinados síntomas. Un individuo presenta un diagnóstico de esquizofrenia si mantiene ideas delirantes y alucinaciones visuales durante un mes, además de una disfunción social. Pero otro sujeto que presente habla desorganizada y comportamiento desorganizado junto con una disfunción social también puede ser diagnosticado de esquizofrenia.

Seguro que un análisis de las conductas problema arrojará objetivos muy distintos de intervención y, por tanto, los tratamientos psicosociales de estas dos personas deberán ser, muy probablemente, diferentes.

El diagnóstico de esquizofrenia puede tener una utilidad importante en cuanto al tratamiento farmacológico de la enfermedad o para homogeneizar a los sujetos en las investigaciones, pero para poco más (aunque esto ya es mucho). Ni siquiera será útil para facilitar la comunicación entre expertos. De hecho, cuando llega una persona con este diagnóstico a la consulta del experto, éste no puede quedarse en el mero diagnóstico de esquizofrenia, debe valorar los síntomas que presenta el sujeto. Incluso diciendo que el enfermo sufre alucinaciones auditivas, esto informa de bien poco. Las alucinaciones pueden tener un carácter malevolente (oír personas que le insultan) o benevolente (escuchar las voces de una mujer que le piropea). Evidentemente las reacciones emocionales y conductuales de ambas personas serán completamente distintas y, por tanto, las implicaciones terapéuticas también se verán modificadas.

Otra implicación importante es el estigma social asociado a la esquizofrenia. Ello ha llevado en ocasiones a eludir este diagnóstico a favor de otros (por ejemplo, de trastornos de personalidad) para evitar el etiquetado.

La conclusión es simple, el uso de una etiqueta diagnóstica es necesaria para poner al menos una primera base que iguale el lenguaje de todos los profesionales, pero el profesional no puede quedarse con esta etiqueta como todo diagnóstico (Costello, 1992), sólo es una pequeña pieza dentro del gran puzzle que compone la evaluación.

Cuadro resumen

- El DSM-IV marca los criterios para hacer un diagnóstico de esquizofrenia.
- También se proponen distintos subtipos de esquizofrenia en función de los síntomas predominantes: paranoide, catatónica, desorganizada, residual o indiferenciada.
- Por último se proponen una serie de cursos de la esquizofrenia: episódico con o sin síntomas residuales interepisódicos, de episodio único en remisión parcial o con remisión total.
- Se suele hablar de un 1% de prevalencia de la esquizofrenia, aunque esto no es

- del todo cierto, ya que el dato varía en función de las distintas poblaciones.
- Al ser la esquizofrenia un trastorno que tiende a la cronificación, las tasas de prevalencia son mayores que las de incidencia.

Exposición de un caso clínico

Antonio es ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría de un hospital general, presentando diversos síntomas desde hace más de un mes según relata el propio sujeto, entre los que se destacan:

- *Alucinaciones olfativas*: el sujeto relata oler a droga, en concreto hachís, lo que le hace buscar droga y consumir.
- *Alucinaciones visuales*: Antonio comenta que ve como “espíritus” de personas que se le acercan y atraviesan su cuerpo.
- *Alucinaciones auditivas*: aunque las presenta de forma muy habitual, aparecen principalmente junto con las alucinaciones visuales y consisten en voces que le ordenan realizar determinados actos y le insultan, lo que le hace sentirse irritado.
- *Delirios*: asegura con un 100% de creencia que está siendo sometido a una vigilancia constante por parte de alguien; aunque dice no saber quién es el responsable, cree que los profesionales de la salud y su familia pueden estar implicados en el complot. Según afirma, esto le produce una elevada ansiedad y preocupación que le dura casi todo el día y le impide hacer actividades que a él le gustaría hacer.
- *Conducta extravagante*: cada vez que Antonio sale a la calle, insulta a la gente o da gritos incomprensibles, por lo que ha llegado a pararle la policía, aunque nunca le han detenido.

En cuanto a sintomatología negativa, ésta no parece ser importante en el momento de la entrevista inicial, tan sólo se observa afecto inapropiado, riéndose cuando habla de experiencias tristes que le han ocurrido a lo largo de su vida.

Todos estos síntomas le han hecho dejar su actividad formativa, las relaciones sociales e incluso sus hábitos de autocuidados básicos.

El diagnóstico probable es el de esquizofrenia paranoide ya que:

- Presenta delirios y alucinaciones durante más de un mes.
- Aparece disfunción social e incluso ocupacional.
- Los síntomas prodrómicos (tal como se verán en el próximo capítulo) duraron más de seis meses.
- No aparece un trastorno afectivo.

Y es paranoide ya que su delirio sobre el complot es central en su sintomatología, aparecen alucinaciones auditivas frecuentes y aunque aparece afecto inapropiado, éste no es predominante.

Preguntas de autoevaluación

1. Cuál de los siguientes criterios es necesario pero no suficiente para diagnosticar esquizofrenia a una persona según el DSM-IV:
 - a) Tener alucinaciones auditivas la mayor parte del tiempo o que éstas tengan intensidad de grave a moderada.
 - b) Presentar ideas delirantes aunque no es necesario que éstas sean paranoides.
 - c) La disfunción social u ocupacional.
 - d) Que los síntomas característicos estén presentes durante menos de 6 meses.
 - e) Presentar sintomatología negativa.

2. El DSM-IV establece una serie de subtipos para la esquizofrenia. Según el manual, estos subtipos:
 - a) Son estables en el tiempo.
 - b) Cambian en función del momento de la exploración.
 - c) Pertenecen al pasado y no deben ser utilizados.
 - d) No requieren el diagnóstico general de esquizofrenia.
 - e) Se aplican en función del inicio de la enfermedad.

3. Las alucinaciones más habituales en las personas con esquizofrenia son:
 - a) Las auditivas y visuales.
 - b) Las propioceptivas y gustativas.

- c) Las cenestésicas.
- d) Las olfativas.
- e) Las visuales y olfativas.

4. Uno de los síntomas característicos es la alogia, que consiste en:

- a) Pobreza de pensamiento.
- b) Dificultad para comprender un mensaje oral.
- c) Sensación de pérdida de control.
- d) La transmisión del pensamiento.
- e) Pobreza en el habla así como en su contenido.

5. Para definir el curso de la esquizofrenia según el DSM-IV:

- a) Debe hacerse en cuanto aparezcan los primeros síntomas psicóticos.
 - b) Debe establecerse después del primer ingreso psiquiátrico.
 - c) Se hará una vez instaurado el tratamiento farmacológico y comprobada su eficacia.
 - d) Se esperará a que el trastorno evolucione un año.
 - e) Se aplicará después de la segunda crisis psicótica.
-

2

Etiología

“Hacer teoría sin práctica es parálisis; hacer práctica sin teoría es ceguera.” Toda intervención psicosocial con las personas con esquizofrenia debe basarse en los conocimientos que la investigación ofrece. En este capítulo se estudiarán algunos datos que configuran el mapa de las variables que intervienen en la génesis de la esquizofrenia y se expondrá un modelo integrador.

2.1. Variables etiológicas

Aunque la etiología de la esquizofrenia no está clara, se han descrito diversas variables que intervienen en la etiopatogenia de este trastorno. Es más, tal y como se ha visto en el capítulo anterior, el concepto de “esquizofrenia” es confuso. Puede que se esté hablando de una multiplicidad de trastornos con génesis diversas, pero tal como se ha planteado la investigación, sobre la base de las categorías diagnósticas actuales, es imposible contestar a esta cuestión.

2.1.1. Modelo biológico

Dentro de este modelo se agrupa una serie de variables de muy diversa consideración. Todas ellas comparten la idea de que la esquizofrenia tiene un sustrato biológico fundamental.

A) Modelo genético

La idea básica es que el origen de la esquizofrenia está condicionado de forma genética, basándose en estudios realizados con gemelos y adopciones. Los resultados de varias investigaciones apoyan este modelo:

- El riesgo de padecer una esquizofrenia en familiares de primer grado de sujetos esquizofrénicos es 18 veces mayor que en los sujetos sin parentesco. Sin embargo, este dato no es concluyente pues no diferencia el efecto del ambiente.
- El grado de concordancia para la esquizofrenia entre gemelos monocigóticos varía entre el 31 y el 78%, y entre el 4 y el 28% para los gemelos dicigóticos. Estos datos señalan un papel importante de la genética, pero no es el único ya que la concordancia no es del 100%.

Los estudios con adopciones demuestran que en los niños que desarrollan una esquizofrenia se da una prevalencia mayor de esta enfermedad en los padres biológicos que en los adoptivos. Además, se encontró que aquellos hijos de padres biológicos con esquizofrenia y adoptados por padres libres de esta enfermedad tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad respecto a aquellos hijos de padres biológicos sin esquizofrenia pero que viven con padres adoptados con esquizofrenia. Este resultado apoya la hipótesis genética y resta potencia a la ambiental.

Por tanto, los factores genéticos intervienen en el inicio de la enfermedad, pero no se puede afirmar, a la luz de los datos, que determinen su aparición. El objeto de estudio hoy día se centra más en qué grupo de genes puede estar asociado a una mayor vulnerabilidad a la esquizofrenia, posiblemente los cromosomas 5, 6 (banda 22 a 24 del brazo corto), 8 y 22.

B) Modelos neurológicos

Estos modelos se centran en estudiar las lesiones estructurales cerebrales (Obiols y Obiols, 1989). Los datos señalan una alteración del sistema límbico, aunque también se han encontrado alteraciones en los ganglios basales. Sin embargo, estos datos han sido criticados por la escasez de la muestra y el tipo de sujeto estudiado (todas eran personas medicadas e institucionalizadas).

Mediante tomografía axial computerizada (TAC) se ha encontrado una pequeña dilatación de los ventrículos laterales en los primeros momentos de la enfermedad y se mantiene así durante la evolución del trastorno. Pero este ensanchamiento es inespecífico de la esquizofrenia porque también se ha encontrado en personas con otros diagnósticos, como el trastorno bipolar.

La resonancia nuclear magnética confirma el dato anterior y encuentra que el lóbulo

frontal está reducido en tamaño. De hecho, la disfunción del lóbulo frontal se ha podido constatar a través de otros instrumentos (como el Winconsin Card Sorting Test) y se ha relacionado con déficit en el funcionamiento cognitivo así como con los síntomas negativos del enfermo.

Todos estos estudios confirman que al menos en un subgrupo de personas con esquizofrenia aparecen anomalías estructurales en el cerebro, pero no extraen más conclusiones. El grupo que presenta estas alteraciones es el de aquellas personas con más síntomas negativos, mayores déficit neuropsicológicos y peor respuesta al tratamiento farmacológico. Se hipotetiza sobre la causa genética de las alteraciones, agresiones sufridas durante el embarazo, período perinatal, etc.

Algunos estudios se centran en el neurodesarrollo y afirman que las personas que desarrollan una esquizofrenia pueden haber sufrido una alteración en la formación de su cerebro durante la gestación y que no se manifiesta hasta que las estructuras implicadas han madurado completamente y aparece una fuente de estrés importante. La hipoxia perinatal es uno de los fenómenos más estudiados y aparece entre el 20 y el 30% de los esquizofrénicos (frente al 5-10% en la población normal).

Otros estudios se centran en los mecanismos neuroinmunológicos, planteando la posibilidad de una hipofunción del sistema inmunológico de forma que aparecería una infección viral y que ésta, a su vez, provocaría lesiones en determinadas áreas cerebrales. El que la mayoría de los sujetos esquizofrénicos nazcan en los últimos meses del invierno y comienzos de la primavera hace sospechar del papel de un virus (al que se le ha llamado esquizovirus) en la génesis del trastorno.

Con estudios epidemiológicos más desarrollados se ha encontrado que en determinados lugares la prevalencia de la esquizofrenia puede ser hasta 10 veces mayor. También se ha observado que la proporción de personas con esquizofrenia aumenta cuando se ha producido algún tipo de epidemia en la época del nacimiento. Esta teoría, si bien parte de datos fiables, necesita una mayor evidencia empírica.

C) Modelo bioquímico

Este modelo tiene su base en la eficacia de los neurolépticos y en la inducción de síntomas psicóticos tras la administración de determinadas sustancias como las amfetaminas o el LSD. Se han detectado disfunciones a varios niveles (Santos y cols., 1989):

- *Dopamina*. Se propone una hiperactividad dopaminérgica postsináptica debido a un aumento de los receptores postsinápticos D-2, así como una mayor disponibilidad de dopamina en la hendidura sináptica. Esta hipótesis es muy potente a la hora de explicar algunas características de la esquizofrenia. Sin embargo, este modelo sólo explica los síntomas positivos de la esquizofrenia.

De hecho, algunos estudios han encontrado una disminución de la actividad dopaminérgica cortical respecto a grupos control; esta disminución sería característica de los pacientes crónicos con predominancia en síntomas negativos y un deterioro mantenido en el tiempo. Hoy se piensa que más que explicar la etiopatogenia del trastorno sólo explica algunos síntomas de la enfermedad.

- *Noradrenalina*. Se han encontrado niveles elevados de esta sustancia en sangre así como en el líquido cefalorraquídeo, fundamentalmente en aquellas personas con esquizofrenia del subtipo paranoide.
- Otros estudios se han centrado en el papel de la Serotonina (receptores 5HT-2), el déficit en los procesos de metilación, un déficit del ácido gamma amino butírico (GABA), el exceso de endorfinas o alteraciones en la función colinérgica, pero los resultados son contradictorios y poco concluyentes.

Actualmente se abandona el análisis de subcategorías de receptores individualizados frente a aquellos estudios que se centran en la investigación de grupos de neurotransmisores. La simple hipo o hiperactividad de un sistema de neurotransmisión no es posible que explique un trastorno tan complejo como la esquizofrenia.

En el [cuadro 2.1](#) se puede observar una comparación entre los tres principales modelos biológicos, señalando la evidencia que existe a favor y en contra de cada formulación.

Cuadro 2.1. Comparación entre los principales modelos biológicos

	<i>Evidencia a favor</i>	<i>Evidencia en contra</i>
<i>Genético</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilidad 18 veces mayor en sujetos con familiares de 1.^{er} grado. • Alta concordancia entre gemelos monocigóticos. • Estudios de adopciones: mayor probabilidad si los padres esquizofrénicos son los biológicos vs. encargados de adopción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas variables no explican el 100% de los casos.
<i>Neurológico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en sistema límbico. • Alteración en ganglios basales. • Dilatación ventrículos laterales. • Reducción lóbulo frontal. • Hipoxia perinatal en el 20-30% de los sujetos esquizofrénicos. • Estudios epidemiológicos que apoyan la tesis de un neurovirus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras de los estudios poco definidas. • Inespecificidad de los hallazgos respecto a la esquizofrenia. • Estas variables se encuentran sólo en parte de la población esquizofrénica.
<i>Bioquímico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los síntomas psicóticos con neurolépticos. • Aparición de síntomas psicóticos con algunas drogas (LSD). • Hiperactividad dopaminérgica. • Disfunciones encontradas con otros neurotransmisores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas variables influyen en algunos de los síntomas que conforman el espectro esquizofrénico.

2.1.2. Modelo psicológico

Dentro de este modelo se estudian las variables cognitivas bajo el paradigma del procesamiento de la información, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento.

A) Paradigma del procesamiento de la información

Si se acude a la literatura para estudiar cómo realizan este procesamiento los sujetos con esquizofrenia, se observará que no existe demasiada investigación al respecto, a pesar de que sí se han encontrado resultados llamativos (Aldaz y Vázquez, 1996).

De este modo, se ha visto cómo en el 45-50% de los sujetos esquizofrénicos no se producen respuestas de orientación, frente a sólo un 5% de la población normal (la respuesta de orientación ha sido casi siempre medida a través de la conductancia de la piel, que no resulta ser el mejor índice, siendo más válida la tasa cardíaca); además, se ha encontrado, con medidas de respuesta electrodermal (EDR), que la mayoría de estos sujetos presenta un nivel basal de conductancia aumentado respecto a los no esquizofrénicos. Estos resultados se dan en personas que han desarrollado el trastorno, en aquellos con una alta vulnerabilidad (hijos de esquizofrénicos) y en sujetos en remisión. Esto hace pensar que existe un procesamiento preatentivo deficiente que no filtra adecuadamente el ambiente, lo cual puede ser ya de por sí una experiencia estresante para la persona.

El déficit cognitivo es, pues, una característica central en sujetos con esquizofrenia, haciendo que la eficiencia de las respuestas de afrontamiento ante sucesos estresantes queden mermadas. Pero también lo contrario es cierto, un elevado estrés provoca una disminución de estas capacidades de modo que se dificulta el procesamiento de la información.

Los déficit en atención también han sido demostrados con una prueba tradicional para evaluar atención sostenida: el CPT o test de ejecución continua. Consiste en una tarea de detección de un objetivo previamente señalado por el evaluador ante el que el sujeto debe dar una respuesta (apretar un botón) y no dar la respuesta ante la presentación del resto de estímulos. Todos los estímulos aparecen de forma secuencial, constante y aleatoria. La tasa de aparición de las dianas es baja (entre un 10 y un 25%). Con esta prueba (tanto en niveles fáciles como difíciles) se ha observado un rendimiento pobre en sujetos con esquizofrenia. En hijos de madres con esquizofrenia (sujetos con alta vulnerabilidad) se ha encontrado que en CPT fáciles su rendimiento es igual al del resto de los niños de su clase, pero si se dificulta la tarea entonces la realizan significativamente peor. El mismo resultado se ha obtenido con familiares de primer grado (padres de sujetos con esquizofrenia) y en sujetos con esquizotipia.

Otro resultado que ha encontrado la investigación es un déficit en algunos pacientes (el 50% aproximadamente) para mantener una disposición sostenida de respuesta. Es decir, si se avisa al sujeto con 15 segundos de antelación sobre la próxima aparición de un estímulo al que debe dar una respuesta, sería lógico pensar que esto le ayudará a estar preparado para dar una respuesta más rápida cuando ese estímulo aparezca; sin embargo esto no ocurre y se alarga el tiempo de reacción (efecto de cruce). Es como si el sujeto se cansase de esperar y la señal de aviso perdiese el valor informativo para preparar su respuesta. Este efecto también se produce en algunas personas de alto riesgo como sujetos normales con puntuaciones altas en esquizotipia, pero también existen estudios

que no han conseguido demostrar la existencia de este déficit en estas personas, por lo que su valor como marcador de la esquizofrenia es dudoso.

Con relación a la memoria también se han encontrado resultados llamativos. Por ejemplo, los sujetos con riesgo elevado de desarrollar una esquizofrenia en un futuro, presentan una amplitud de comprensión en la memoria sensorial visual o icónica reducida respecto a los sujetos de bajo riesgo.

B) Rasgos de personalidad

Los sujetos con esquizofrenia presentan determinados rasgos a lo largo de su infancia. Se afirma desde esta perspectiva que estos sujetos, cuando son niños, se perciben menos eficaces, con menor capacidad para enfrentarse a aquellas situaciones en que se compromete el esfuerzo personal. Además suelen ser individuos excitables, con tendencia a dar respuestas ansiosas.

Según este modelo, las personas, antes de presentar la crisis, ya manifiestan una personalidad esquizotípica. No se detectan los síntomas propios de la esquizofrenia, pero sí unos rasgos de personalidad que estarían dentro del espectro de los desórdenes esquizofrénicos. Los rasgos esquizotípicos son los siguientes:

- Capacidad reducida para las relaciones personales cercanas. Piensan que mantener relaciones con otras personas es algo complicado y les suele resultar desagradable, aunque, el mismo tiempo, se quejan de no tener amigos. Su red social suele reducirse a sus familiares más próximos, y una relación con alguien fuera de esta red supone un aumento de la ansiedad de la persona.
- Distorsiones cognitivas o perceptuales.
- Comportamiento excéntrico.
- Habitualmente hay ideas de referencia (no delirantes), son sujetos supersticiosos o preocupados por los fenómenos paranormales más allá de lo habitual en la sociedad, suspicaces y considerados por otras personas como “extraños”, ya que no siguen los convencionalismos sociales.

Si bien es cierto que un alto porcentaje de los sujetos con esquizofrenia han podido presentar rasgos (que no un diagnóstico) esquizotípicos, lo contrario no es tan verdadero: la mayoría de los sujetos con un diagnóstico de esquizotipia no desarrollarán en su vida un trastorno esquizofrénico ni otro trastorno psicótico. Sí se encuentra el diagnóstico de esquizotipia con mayor frecuencia en familiares de primer grado de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia.

C) Estilos de afrontamiento

Una vez que se produce el procesamiento cognitivo de la información sobre el medio ambiente, el sujeto debe poner en marcha las estrategias de afrontamiento para o bien resolver las demandas (afrontamiento activo) o para aguantar la situación si es que percibe que no puede cambiarla (afrontamiento pasivo).

En este sentido, los sujetos con esquizofrenia, una vez que se percibe una situación estresante, ponen en marcha unas respuestas de afrontamiento que ellos mismos perciben como poco efectivas, a pesar de que fuesen igual de efectivas para ellos que para un grupo de sujetos sin esquizofrenia. Los sujetos esquizofrénicos, así como los catalogados con una alta vulnerabilidad, presentan un menor *locus* de control interno que los no vulnerables.

Si se comparan las personas con esquizofrenia paranoide con las no paranoides se observa cómo los primeros suelen, una vez percibida la situación demandante, negar la aparición del estrés, a pesar de que la activación autonómica aparezca, lo cual sería una forma de afrontamiento pasivo. Sin embargo, los no paranoides suelen presentar pocas respuestas de afrontamiento o carecen de éste, siendo incapaces de afrontar las situaciones y recurriendo al aislamiento, lo que sería más un escape o una evitación de la situación.

Esta reducida capacidad de afrontamiento en las personas con esquizofrenia se ha comprobado que existe en un momento premórbido, por lo que son más vulnerables a padecer los efectos perjudiciales del estrés antes de presentar una crisis esquizofrénica. En una investigación realizada por Brokër, Brenner y Würigler (1989) se encontró que, para afrontar la ansiedad, los sujetos considerados como vulnerables empleaban estrategias tanto cognitivas como conductuales, pero mayoritariamente del primer tipo: confrontación mental, reestructuración, reinterpretación y compensación. La diferencia principal entre los sujetos con esquizofrenia y los sujetos con una alta vulnerabilidad es que los vulnerables que no han desarrollado una esquizofrenia, a pesar de tener déficit cognitivos y de habilidades, han conseguido desarrollar estrategias para compensar estas dificultades. De este modo, van a “luchar” para controlar las situaciones o sus respuestas de estrés cambiando la evaluación cognitiva de la situación.

En el [cuadro 2.2](#) se exponen los principales modelos psicológicos que se han descrito anteriormente, resumiéndose la evidencia a favor y en contra de cada uno de ellos.

2.1.3. Modelo sociológico

Todo modelo sociológico comparte la visión de que la enfermedad mental es producto de una serie de variables externas, que pueden ir de situaciones estresantes hasta de marginalidad o privación de la estimulación normal, pasando por la teoría del

mero etiquetaje social.

Cuadro 2.2. Comparación entre los principales modelos psicológicos

	<i>Evidencia a favor</i>	<i>Evidencia en contra</i>
<i>Procesamiento de la información</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No respuesta de orientación en el 45-50%. • Conductancia basal de la piel elevada. • Fallos en la atención sostenida. • Efecto de cruce. • Amplitud de aprehensión en memoria visual disminuida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas metodológicos. • No explica el 100% de los casos. Diferencias en déficit cognitivos en función del tipo de esquizofrenia.
<i>Rasgos de personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la autopercepción de eficacia antes de la aparición del trastorno. • Sujetos excitables. • Rasgos esquizotípicos premórbidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de estudios retrospectivos. • La mayoría de los sujetos con estas características no desarrollan esquizofrenia en el futuro.
<i>Estilos de afrontamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Menor <i>locus</i> de control interno. • Reducida capacidad de afrontamiento. • Abuso de afrontamiento pasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades metodológicas en los estudios, faltan estudios prospectivos. • Interacción con variables cognitivas.

A) *Eventos estresantes*

Desde mitad de la década de los cincuenta se desarrollaron diversos métodos y técnicas para el estudio de la relación entre sucesos vitales, estrés y enfermedad. Pero no fue hasta final de los sesenta cuando se empezó a evaluar el papel de los sucesos vitales con relación al inicio de la esquizofrenia. Hay tres grandes bloques de estudios (Godwin, 1980):

- Diseños en los cuales los sucesos vitales e inicio de la esquizofrenia se compararan con otros pacientes psiquiátricos (generalmente con alteración del estado de ánimo). Los resultados obtenidos fueron:
 - No hay evidencia de que los sucesos vitales que preceden al inicio de la enfermedad relatados por los esquizofrénicos sean más frecuentes que los relatados por enfermos con otro diagnóstico.
 - Los sucesos relatados por los pacientes con esquizofrenia fueron objetivamente menos peligrosos o problemáticos que los relatados por los deprimidos.
- Diseños donde se compara la frecuencia de los sucesos vitales entre personas con esquizofrenia y personas normales. No se obtuvieron resultados concluyentes. Simplemente destacar un estudio que observó que, aun no habiendo diferencias en la frecuencia de sucesos vitales, entre los pacientes con esquizofrenia en el período final de 3 semanas antes de la enfermedad se daba una acumulación de sucesos que no se producía en la población general.
- Diseños donde se comparan sucesos vitales y curso de la enfermedad entre personas con esquizofrenia con y sin recaída. En general, los investigadores que estudiaron los sucesos vitales y el curso de la enfermedad tanto retrospectiva como prospectivamente encontraron más sucesos asociados a recaídas, aunque también observaron pacientes que no relataron sucesos vitales y que recayeron. Entre los pacientes con esquizofrenia crónicos de la comunidad se encontró un elevado número de sucesos en aquellos que tenían un mayor deterioro.

Según las investigaciones expuestas, se descarta la hipótesis de un mayor número de sucesos vitales estresantes remotos que influyan en un aumento de probabilidad en el sujeto para desarrollar una esquizofrenia en un futuro. Sin embargo, sí que se encuentra un mayor número de eventos estresantes en las semanas previas al inicio del trastorno, en comparación con la población normal.

Estos estudios presentan algunos problemas metodológicos habituales en la investigación sobre sucesos estresantes (cómo medir lo estresante de un evento, el momento de la evaluación, etc.). Pero existe otro problema importante: *definir el inicio de la esquizofrenia* (principalmente se han usado tres formas de definición: fase prodrómica, comienzo de algún síntoma específico u hospitalización). Esto es importante para determinar los sucesos vitales que puedan precipitar la esquizofrenia y diferenciarlos de aquellos que han resultado de la enfermedad. Además, muchos de los *síntomas del trastorno* son en sí mismos estresantes (alucinaciones auditivas, delirios de persecución...); esto nos lleva a la famosa pregunta: ¿qué es antes, el huevo o la gallina?

En los últimos años la investigación se ha centrado en el papel del estrés de los sucesos cotidianos: hacer las tareas cotidianas, planificar las comidas, tomar decisiones, perder algo, no haber descansado lo suficiente y, sobre todo, estar solo sin tener nada

que hacer o las interacciones sociales debido a la carencia de habilidades sociales. Estos resultados parecen ser alentadores (Malla y Norman, 1992) pero aún son poco concluyentes.

B) Emoción expresada

Hace algunos años se llegaba a afirmar que la familia era la única responsable de la aparición de la enfermedad, con lo que el sentimiento de culpa en los familiares se acrecentaba, pero nada podían hacer sino llevar de la mejor manera posible el haber sido la causa del trastorno mental de su hijo. Hoy día, y bajo este modelo, surgen las teorías de la Emoción Expresada como variable que afecta al curso de la esquizofrenia (Leff y Vaughn, 1989).

Diversos autores observaron que había personas con esquizofrenia que eran traídos por sus familiares cuando recaían, y muchas de esas familias tenían unas características comunes a las que denominaron “emoción expresada”: Es un conjunto de actitudes de algún miembro de la familia hacia otro caracterizado por:

- *Criticismo*: manifestación sarcástica continua de cualquier comportamiento del sujeto, sea lo realizado positivo o negativo.
- *Hostilidad*: es una visión más amplia de la crítica anterior que implica una generalización constante. Se critica no tanto la conducta sino a la persona como tal.
- *Sobreimplicación emocional*: es un comportamiento que refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en el familiar. Implica una conducta sobreprotectora de su familiar y de control excesivo.
- *Calor*: son aquellas manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
- *Comentarios positivos*: son las expresiones valorativas que implican aprobación o aprecio de la conducta del familiar o de la persona como tal.

Hay evidencia de que la atmósfera emocional que se genera en el hogar por los parientes importantes para el paciente ejerce una influencia significativa en la reagudización de la sintomatología psicótica. En concreto, parece que los aspectos negativos presentan un valor predictivo frente a los aspectos positivos (calor o comentarios positivos) que no son útiles como predictores de recaídas. Aproximadamente el 50% de los pacientes que regresan a un hogar con alta emoción expresada sufren una recaída en los 9 meses siguientes, frente al 13% de los que regresan a un hogar con baja emoción expresada.

Existe interacción entre los sucesos vitales y las actitudes emocionales de los

familiares en el período anterior al inicio de la esquizofrenia. Los episodios del paciente esquizofrénico que vive en un hogar con alta emoción expresada no están precedidos por un exceso de sucesos vitales, mientras que los de baja emoción expresada sí tienen numerosos sucesos vitales. Parece ser que una alta emoción expresada produce un estrés suficiente, de modo que el inicio o recaída de la esquizofrenia está asociada a una alta emoción expresada o a sucesos vitales independientes.

Para concluir, decir que los estudios experimentales no han determinado aún si la emoción expresada es una reacción de adaptación posterior a la situación de enfermedad o es un estilo familiar (Vizcarro y Arévalo, 1987).

C) Otras variables sociales y ambientales

Este modelo se basa principalmente en la diferencia de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en distintos grupos de población (clases sociales desfavorecidas, menores niveles educativos o vivir en las urbes) comentada en el [capítulo 1](#). Hay evidencia suficiente para afirmar que los factores sociales influyen en la génesis del trastorno.

Sin embargo, la mayor prevalencia del trastorno esquizofrénico en las clases sociales más desfavorecidas o en emigrantes puede considerarse como causa de la esquizofrenia o como efecto. Por ejemplo, ser de una clase social desfavorecida puede suponer un acceso restringido a una serie de oportunidades y una menor capacidad económica para afrontar los problemas (infecciones, inadecuada alimentación, deficiente cuidado de la salud...), además de la discriminación social, escasa educación o situaciones frecuentes de abuso, que pueden facilitar la aparición de una crisis. Pero también se podría decir que el enfermo y su familia van descendiendo en la escala social por la situación generada por el propio trastorno. Con los emigrantes se puede elaborar una hipótesis algo semejante: bien puede ser la causa de la esquizofrenia el hecho de estar en un país cuya lengua desconocen, con menores recursos y apoyos sociales, o bien se podría explicar que las personas con más predisposición y más desajustadas en su país de origen tienden a emigrar con mayor frecuencia.

Cuadro 2.3. Comparación entre los principales modelos sociológicos

	<i>Evidencia a favor</i>	<i>Evidencia en contra</i>
<i>Eventos estresantes remotos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del número de sucesos estresantes antes de la aparición del trastorno. • Influencia de los estresores cotidianos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No aumento de estresores vitales estresantes remotos. • Problemas en la definición del momento del inicio de la enfermedad. • Estrés, ¿causa o efecto del trastorno?
<i>Emoción expresada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta emoción expresada antes del inicio del trastorno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que en los eventos estresantes, juega un papel disparador más que de vulnerabilidad.
<i>Otras variables sociales y ambientales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la prevalencia en: <ul style="list-style-type: none"> – Clases sociales desfavorecidas. – Emigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se desconoce si estas variables juegan un papel de causa o efecto.

En el [cuadro 2.3](#) se resume la evidencia a favor y en contra existente para cada modelo sociológico comentado.

2.2. Un modelo explicativo integrador: el modelo de vulnerabilidad

Este modelo, propuesto por Zubin y Spring (1977), se articula bajo tres tipos de variables: el ambiente externo, la conducta del individuo y el sustrato biológico. Los episodios psicóticos surgen como reacción ante una situación de sobreexigencia en individuos que tengan una vulnerabilidad a presentar la esquizofrenia, tal y como se puede ver en la [figura 2.1](#).

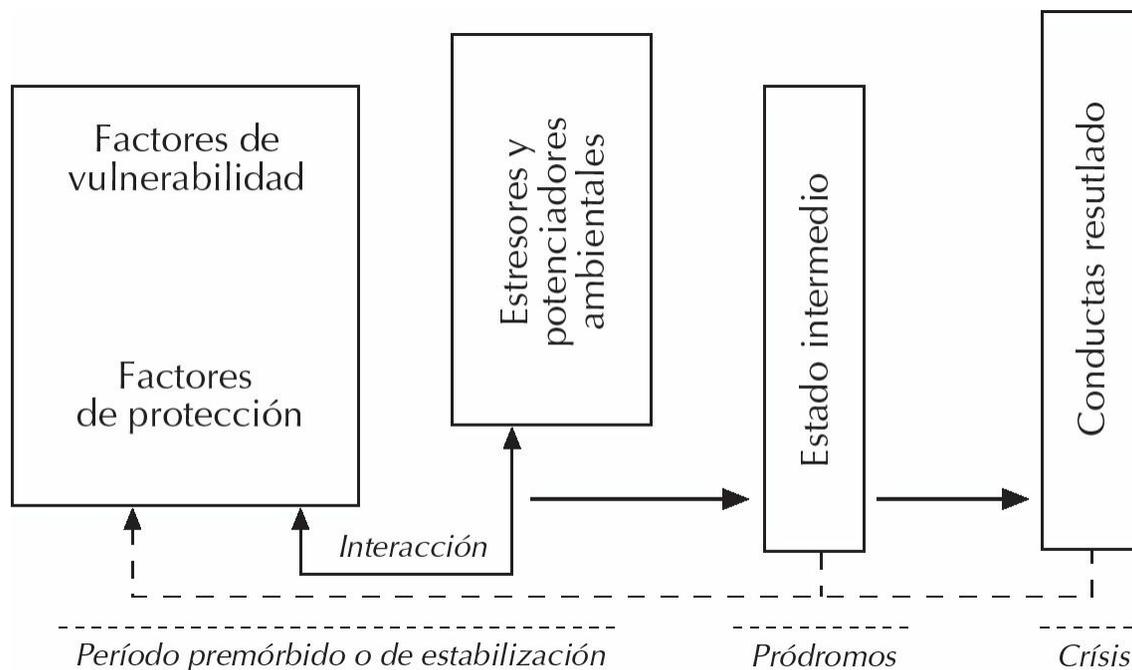


FIGURA 2.1. Modelo de vulnerabilidad.

El modelo trata de explicar no sólo la aparición del trastorno, sino que también explica el curso del mismo, agrupando cuatro componentes: los marcadores de vulnerabilidad (estable), estímulos ambientales externos, estadios intermedios (transitorios) y conductas resultado.

El concepto de vulnerabilidad implica que el sujeto, antes de la primera crisis psicótica, presenta una serie de anomalías tanto biológicas como psicológicas o de carácter social (ver [figura 2.2](#)). Esta afirmación se sustenta en estudios realizados con personas de alto riesgo como, por ejemplo, hijos de personas con esquizofrenia (Aldaz y Vázquez, 1996). Las anomalías premórbidas pueden manifestarse de forma grosera o pueden casi no apreciarse y, de este modo, el sujeto mantendría un ajuste premórbido adecuado. Éste es el caso de los déficit de atención sostenida; en muchos sujetos no se podían apreciar déficit de este tipo antes de desarrollar una esquizofrenia, pero se ha apreciado que en el *Continuous Performance Test* (CPT) sí se pueden detectar problemas atencionales (principalmente un aumento de falsas alarmas), incluso en los familiares de primer grado de la persona con esquizofrenia. El modelo afirma que estos déficit pueden ser debidos a la combinación de factores genéticos y ambientales (tanto físicos como sociales). Las anomalías se mantendrían también después del brote esquizofrénico, por lo que son estables en el tiempo. La gran importancia de este tipo de marcadores radica en que, si se pudiese afinar la evaluación, sería posible detectar a la población de alto riesgo y, por tanto, hacer prevención. Sin embargo, aún estamos lejos de conocer un marcador que sea necesario y suficiente.

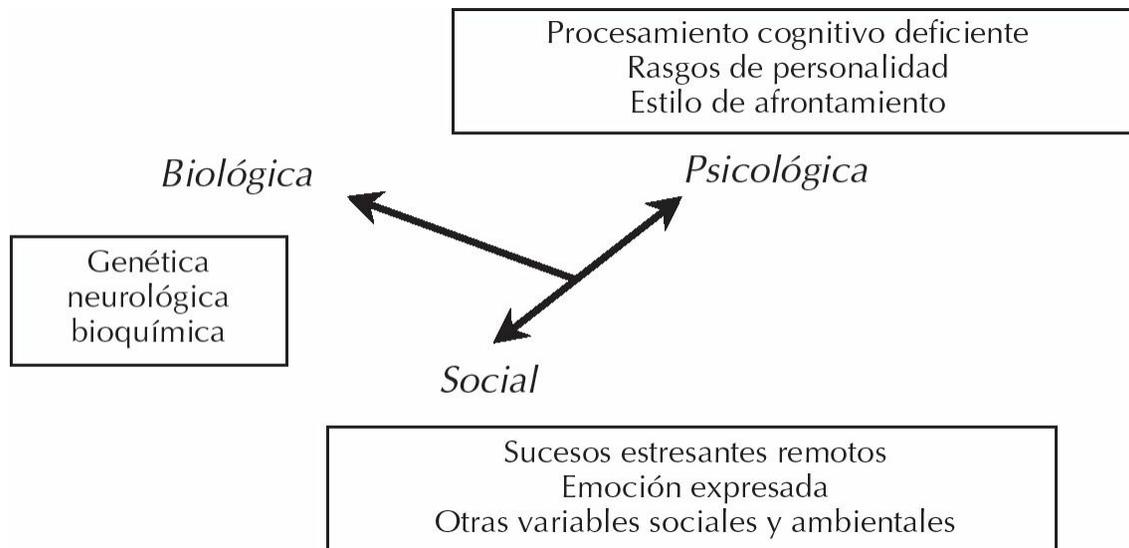


FIGURA 2.2. Componentes de la vulnerabilidad.

Los estímulos externos son aquellos estresores que influyen directamente en la aparición del brote junto a una escasa o ineficaz red social. Tal y como se ha visto, el estrés no parece ser un elemento que configure una mayor vulnerabilidad a presentar esquizofrenia, sino que es un elemento “disparador” del trastorno. En la [figura 2.3](#) se observa que existe un umbral: a mayor vulnerabilidad, menor nivel de estrés necesario y viceversa. De este modo, se puede entender que muchas personas podrían desarrollar una esquizofrenia aunque en la actualidad no presentan un diagnóstico de este trastorno. Se postula que tan sólo una pequeña parte de las personas vulnerables desarrollará un episodio que se pueda diagnosticar de esquizofrenia. Sin embargo, los propios autores del modelo aceptan que esta llave que puede “abrir” la aparición del trastorno pueden ser cambios bioquímicos internos (muy habitual es el consumo de drogas), con lo que no sería necesaria una situación estresante externa.

Los estados intermedios que propone el modelo son los llamados síntomas prodrómicos. Estos síntomas son de incalculable valor de cara a la prevención de nuevas crisis, ya que tienen valor predictivo sobre la aparición de una recaída a corto plazo. Pero si no se ponen los medios adecuados para detener el proceso, estos síntomas prodrómicos producirán una mayor dificultad en el desenvolvimiento del sujeto en su medio social y, por tanto, efectos negativos en el ambiente social. Esto, a su vez, aumenta la cantidad de estrés que sufre el sujeto y sus síntomas hasta que se precipita la crisis psicótica, que es la conducta resultado o episodio.

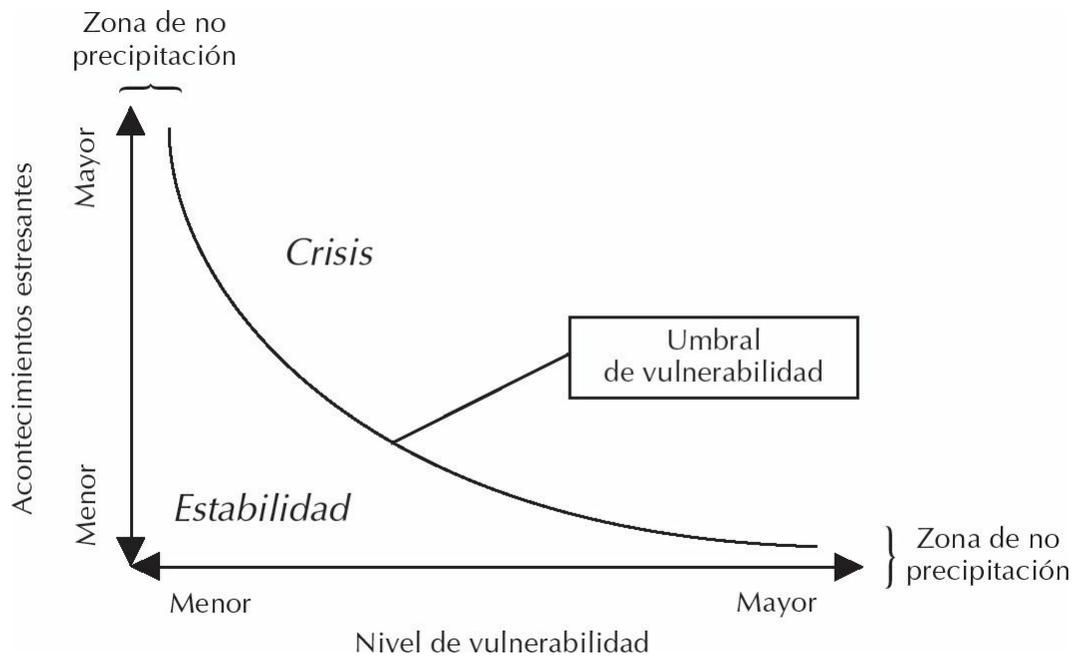


FIGURA 2.3. Relación entre el estrés y la vulnerabilidad.

La conducta resultado (síntomas psicóticos y deterioro en la adaptación general del sujeto) se mantiene durante el episodio, pero vuelve a los niveles previos al retornar al período asintomático.

En el [cuadro 2.4](#) se resumen las relaciones entre la vulnerabilidad y los estresores en la esquizofrenia.

Posteriormente se ha propuesto otro conjunto de variables que actuarían como factores protectores ante el impacto de los estímulos externos. Se afirma que dados dos sujetos con igual vulnerabilidad y con elementos externos semejantes, uno puede desarrollar un episodio de esquizofrenia y el otro no en función de la existencia de estos factores, entre los que se destacan:

Cuadro 2.4. Relaciones entre vulnerabilidad y estresores en esquizofrenia

<i>Marcador de vulnerabilidad</i>	<i>Estímulos externos</i>	<i>Estadios intermedios</i>	<i>Conductas resultado</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías estructurales en el cerebro y déficit en el neurodesarrollo. • Disfunciones dopaminérgicas y otras comentadas anteriormente. • Antecedentes familiares cercanos (genética). • Incapacidad atencional ilimitada y otros déficit cognitivos. • Anomalías en la activación autonómica: hiperactividad autonómica ante estímulos aversivos. • Déficit en estrategias de afrontamiento y en competencia social. • Rasgos de personalidad esquizotípicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales estresantes y estresores diarios. • Nivel de estrés familiar. • Ambiente social de sobreestimulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución capacidad de procesamiento (dificultad de concentración). • Hiperactividad autonómica tónica (sentir un aumento de la tensión emocional). • Procesamiento deficiente de estímulos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas propios de un episodio esquizofrénico (alucinaciones, delirios o alteraciones formales del pensamiento). • Funcionamiento social deteriorado. • Funcionamiento ocupacional deteriorado.
<hr/> <ul style="list-style-type: none"> — Medicación antipsicótica. — Red social y apoyo social percibido. — Conductas de afrontamiento adecuadas (programas de entrenamiento). 			

2.3. Comentarios al modelo de vulnerabilidad

Como recomiendan los buenos cánones de la psicología, se describirán los aspectos

positivos de este modelo para, después, comentar los que se deberían mejorar. Según este modelo, la esquizofrenia no es un estado permanente. Lo que es estable en el tiempo es la vulnerabilidad. El sujeto pasa por distintos momentos, unos de síntomas episódicos y otros en los que tan sólo se mantendría la vulnerabilidad, o la tendencia a desarrollar otro episodio, lo cual tiene distintas implicaciones a nivel terapéutico:

- Que existen elementos de vulnerabilidad previos al primer episodio esquizofrénico, por lo que con una buena evaluación se podrían detectar individuos de alta vulnerabilidad, con alto riesgo de presentar una esquizofrenia. Esto permite realizar prevención. Sin embargo todavía es prematuro pensar en poder desarrollar acciones preventivas con sujetos de alto riesgo, ya que no existen en la actualidad marcadores específicos capaces de predecir la aparición de un trastorno esquizofrénico.
- El tratamiento que se ofrezca a la persona debe ser diferencial en función de la fase en la que se encuentre el sujeto.
- Existe un nivel premórbido del sujeto al que se debe aspirar como objetivo del tratamiento psicológico.

El modelo sirve para explicar el origen del trastorno así como la aparición de nuevos episodios. Ofrece, por tanto, una vía de prevención de nuevas crisis psicóticas:

- Hay que medir el grado de vulnerabilidad (biológica, sociológica y social), junto al impacto del acontecimiento estresante. Ninguno de ambos factores es suficiente de forma aislada para que se manifieste la enfermedad. Descubrir qué tipo de “disparadores” son los que típicamente precipitan una crisis esquizofrénica en un sujeto puede resultar de gran utilidad en la prevención de nuevas crisis.
- Se deben estudiar los síntomas del estado intermedio que ha presentado el sujeto en los momentos antes del brote psicótico. Este análisis ayudará al individuo a detectar sus pródromos y, así, poder prevenir una nueva crisis poniendo en marcha estrategias efectivas que se le hayan podido enseñar a lo largo de la intervención psicológica.
- Hay que considerar los factores protectores tales como la red social, medicación antipsicótica, programas de intervención psicosocial u otros que restarían impacto al estresor. La intervención psicosocial debe pretender potenciar estos factores de forma que se reduzca la posibilidad de una nueva crisis en un futuro.

Por tanto es un modelo que abre una vía a la intervención. Dicha actuación del profesional debe ir encaminada a potenciar todos aquellos factores de protección, disminución de los potenciadores ambientales (emoción expresada familiar), así como el entrenamiento en un afrontamiento correcto ante situaciones estresantes.

Aunque es muy práctico para organizar la intervención y explicar el trastorno al sujeto esquizofrénico, presenta algunas dificultades teóricas. Al ser un modelo integrador abarca muchas variables, pero no se explica el peso relativo de las mismas ni el origen de cada elemento que compone la vulnerabilidad; se hipotetiza sobre la combinación de factores genéticos y ambientales, pero no existe evidencia empírica de tal sugerencia.

Cuadro resumen

- La esquizofrenia es un trastorno mental multicausado:
 - Existencia de una vulnerabilidad previa, compuesta por múltiples variables que se pueden resumir en biológicas, sociales y psicológicas. Es un ejemplo claro de la necesidad de un tratamiento multidisciplinar.
 - Necesidad de un factor externo que sirva como disparador de una crisis esquizofrénica.
- Existe una serie de factores protectores que disminuyen la probabilidad de aparición de una nueva crisis esquizofrénica.
- Existe una fase intermedia en la que aparecen pródromos que avisan de la proximidad de una nueva crisis si no se ponen en marcha estrategias efectivas para afrontarla.
- Después de la crisis el sujeto puede volver a la fase inicial donde sólo existiría la vulnerabilidad, lo que abre las puertas para la intervención y la rehabilitación psicosocial de la persona con un diagnóstico de esquizofrenia.

Exposición de un caso clínico

En el caso que a continuación se describe se narra la historia premórbida del sujeto presentado en el capítulo anterior. A lo largo de la exposición se pueden observar los distintos aspectos que configuran su vulnerabilidad, las condiciones externas que ayudan a presentar una fase prodrómica o intermedia hasta que termina brotando.

El sujeto en cuestión es un varón nacido en 1956 en el seno de una familia de recursos socio-económicos medio/bajo. El padre presentó una depresión severa que requirió tratamiento psiquiátrico justo en el momento del nacimiento del sujeto. Además, una hermana del padre presentó una esquizofrenia, al igual que una prima carnal (por parte de padre y madre).

Parto normal. Como enfermedades sólo destaca una pulmonar que se cura

tras tratamiento médico de larga duración en la adolescencia.

En la escuela se presenta con cierta inadaptación. Él se educa con sus tíos (un matrimonio formado por hermanos de sus padres) ya que sus padres no disponen de tiempo. Su rendimiento académico nunca fue bueno; según informa su familia, su hijo tenía que estudiar largos períodos de tiempo aunque nunca le cundía lo suficiente. Tal vez por el escaso ajuste en la escuela, tanto en el ámbito académico y, sobre todo, por las malas relaciones con sus compañeros de clase, a los diez años desarrolla una fobia escolar, con mucho absentismo, yendo a los billares con otros “colegas”. El propio individuo comenta que estuvo muy influido por las posibles críticas que pudiese recibir de otros y por lo que otras personas pudiesen opinar sobre él. En el ambiente de la calle se desenvuelve mejor, aunque a través de conductas poco adecuadas socialmente, principalmente mediante actos de violencia. Esto produce faltas repetidas a las clases y, por este motivo, repite varios cursos académicos.

A los 18 años empieza una relación con una chica con la cual llega a mantener relaciones sexuales completas y satisfactorias.

Termina el PREU al tiempo que trabaja descargando camiones. El trabajo, que no requiere demasiado esfuerzo cognitivo, pero sí físico, lo desarrolla de manera adecuada. Posteriormente es requerido para el servicio militar y allí tiende a no relacionarse con los compañeros en general, y si mantiene alguna amistad es con personas del estilo de sus ex-compañeros de la calle, reproduciéndose la manera de comportarse de antaño. Después de volver del servicio militar comienza los estudios de veterinaria en la universidad, a los 21 años.

A los 22 años consume drogas, inducido por una prima. Su novia se inicia en el consumo junto a él, pero al cabo de un año termina la relación. Debido a esta ruptura él abandona los estudios (en los que comenzaba a fracasar debido a la no-asistencia) cuando cuenta 23 años.

Los padres comentan que le empiezan a notar extraño en esas fechas. Afirman que su hijo estaba como “en otro mundo”, aunque le llamaban, él no atendía, no salía a la calle para nada y mantenía unos horarios y unos hábitos de sueño, comida y limpieza muy desajustados:

- Hace sólo una comida al día sobre las 6 de la tarde y en abundancia. El resto del día sólo picotea alguna cosa (aceitunas con cerveza sin alcohol o patatas fritas y cafés).
- En el aseo es donde menos se aprecia este desajuste, aunque también existe; se ducha una vez a la semana y es en ese momento cuando se cambia de ropa.
- En cuanto al sueño, tarda unas tres horas en dormirse despertándose unas tres veces a lo largo de la noche y tarda una hora en volver a conciliar el sueño. No duerme siestas y el sueño no le resulta reparador. En

ocasiones y cada vez con más frecuencia hace lo que denomina una “jornada de sueño”: 12 horas seguidas durmiendo y 24 de vigilia. Aunque no tan gravemente, el problema del insomnio viene desde que él era un niño.

Al cabo de pocas semanas se pone de manifiesto que escucha voces, y se agudiza la desorganización de su conducta, comienza a insultar y dar gritos, haciéndose necesario un ingreso. Como él niega que lo que le está pasando es causado por un trastorno mental que le está afectando y afirma que toda su experiencia es real, su padre le lleva engañado a urgencias con la justificación de que le analicen otra cosa. El médico decide hacer un ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Su diagnóstico es el de *esquizofrenia paranoide*. Se destaca el sentimiento de culpa, alucinaciones olfativas (oler a droga, en concreto hachís), visuales (imágenes poco definidas) y auditivas (voces que le dan órdenes y le insultan), delirios (pensar que le están sometiendo a una vigilancia constante) y elevada ansiedad. En menor medida aparecen manierismos (movimientos casi espasmódicos con la cabeza), tensión y preocupación somática.

Analizando el caso se pueden observar los siguientes aspectos:

- Marcadores de vulnerabilidad: padre con diagnóstico de trastorno mental, tía y prima con esquizofrenia; posibles déficit cognitivos (problemas de rendimiento en la escuela), posibles rasgos esquizoides (pobre contacto social y evitación de relaciones con compañeros del colegio), estilos de afrontamiento pobre –evitación– y baja competencia social.
- Estímulos externos: consumo de tóxicos, evento estresante (ruptura con la novia y abandono estudios).
- Estadio intermedio: disminución capacidad de procesamiento (“estaba como en otro mundo”), comienzo de abandono de hábitos generales de autocuidados, posible aumento de su activación general (disminución de horas de sueño).
- Conductas resultado: empeoramiento de su funcionamiento social (por ejemplo, insultos...), aparición de alucinaciones (visuales, auditivas y olfativas), desorganización de la conducta, ideas delirantes y ansiedad.

Preguntas de autoevaluación

1. La vulnerabilidad a la esquizofrenia:
 - a) Es causa necesaria y suficiente para desarrollar un episodio esquizofrénico.
 - b) Es causa necesaria pero no suficiente para desarrollar un episodio esquizofrénico.
 - c) Está demostrado que principalmente es genética.
 - d) Se refiere a los eventos estresantes que precipitan la crisis.
 - e) Es la alta emoción expresada de la familia.

2. La relación entre vulnerabilidad y estrés para precipitar un episodio esquizofrénico consiste en que:
 - a) A mayor estrés, mayor vulnerabilidad es necesaria.
 - b) A mayor estrés, menor vulnerabilidad es necesaria.
 - c) A menor estrés, más difícil es que el sujeto sea vulnerable.
 - d) A mayor estrés, aparece menor vulnerabilidad biológica.
 - e) No hay relación entre estrés y vulnerabilidad.

3. La definición de pródromo más adecuada es:
 - a) Aquel estímulo o situación que hace más probable la aparición de una crisis.
 - b) La conducta de afrontamiento del sujeto menos eficaz para prevenir nuevas crisis.
 - c) Aquel síntoma que indica la probabilidad de aparición de una crisis.
 - d) El síntoma propio de una crisis esquizofrénica.
 - e) Es el síntoma que se mantiene residual después de la resolución de la crisis.

4. Para disminuir la probabilidad de aparición de nuevas crisis esquizofrénicas se debe:
 - a) Potenciar los elementos protectores.
 - b) Aumentar el estrés de la persona.
 - c) Suprimir los pródromos.
 - d) Controlar la vulnerabilidad.
 - e) Ingresar a la persona en un hospital psiquiátrico.

5. La detección de pródromos es útil para:

- a)* Disminuir la vulnerabilidad de la persona.
 - b)* Conocer el nivel de estrés de la persona.
 - c)* Prevenir nuevas crisis poniendo en marcha estrategias efectivas.
 - d)* Ingresar al sujeto inmediatamente.
 - e)* Modificar los síntomas positivos.
-

3

Evaluación

El primer paso en el proceso de atención a una persona con esquizofrenia consiste en valorar si presenta el trastorno, y además qué connotaciones para el tratamiento se derivan de la forma concreta en que se expresa la enfermedad en ella y en su interacción con su entorno.

Las dificultades para llevar a cabo este proceso de evaluación aparecen desde un primer momento, ya que para el establecimiento de un diagnóstico de esquizofrenia no existen criterios concretos, objetivos y universales que permitan que todos los profesionales, desde cualquier marco teórico, lleguen a un mismo diagnóstico desde unos mismos síntomas o comportamientos.

Los distintos esquemas diagnósticos o clasificaciones atienden a diferentes aspectos de la sintomatología presente o a aspectos estructurales o longitudinales, o a una combinación de ellos, lo que ha llegado a convertir el concepto de esquizofrenia en algo escurridizo o en un “cajón de sastre” donde cabe casi todo. Ello se debe a que de todos los criterios utilizados para el diagnóstico no hay ninguno que cumplan todas las personas con esquizofrenia (es decir, que sea patognomónico), excepto quizá ciertos déficit atencionales de difícil valoración fuera de un laboratorio, y además todos los síntomas que aparecen en esta enfermedad no son exclusivos de ella, sino que aparecen en multitud de otros cuadros psicopatológicos e incluso orgánicos.

Las diferentes teorías etiológicas y sobre todo el modelo de vulnerabilidad han permitido soslayar parcialmente estas dificultades, pero se debe tener siempre presente la dificultad de tratar con una patología que en realidad no se refiere a un concepto único, sino a un conjunto heterogéneo de trastornos con una gran diversidad de expresión clínica y comportamental.

Teniendo en cuenta todas estas peculiaridades, se propone a continuación una metodología que permita valorar todo aquello que es relevante para la intervención en el campo de la esquizofrenia.

3.1. Aspectos a evaluar

Una evaluación de la esquizofrenia que esté orientada al tratamiento no es una simple valoración de síntomas que permitan etiquetar nosológicamente a una persona, sino que supone una exhaustiva búsqueda de información que permita conocer su funcionamiento global, actitudes y expectativas, además de las características y posibilidades del entorno que rodea a la persona.

En este sentido, es necesario conocer no sólo la parte “enferma” y su expresión, sino también todas las capacidades, habilidades y soportes sociales conservados para poder establecer unas hipótesis de trabajo ajustadas y reales. Es decir, se debe llevar a cabo un detallado análisis del sujeto en relación con el medio ambiente concreto en el que debe integrarse.

A continuación se describen los distintos aspectos que deben ser valorados. La división que se plantea en áreas de evaluación es en gran medida aleatoria, y busca una máxima operatividad, pero no se debe olvidar que la persona y su funcionamiento psicosocial es una unidad global y única. La partición de ese funcionamiento en segmentos diferenciados, aunque sea un artificio, ayuda a plantear la intervención, pero es importante tener siempre presente la interrelación que existe entre las diferentes áreas y que cualquier intervención en una de ellas supondrá de forma casi invariable modificaciones en otras.

Por último, y antes de pasar a la descripción de las áreas, es necesario recordar que toda valoración pormenorizada, y en la esquizofrenia debe serlo, el evaluador debe conocer la historia biográfica del sujeto, dejando a la propia dinámica de la evaluación el momento adecuado para indagar en estos datos biográficos.

3.1.1. Sintomatología

En primer lugar se debe valorar la sintomatología que presenta la persona. Ello debe llevar al establecimiento de un diagnóstico correcto. Dado que los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia están recogidos en el [capítulo 1](#) no es relevante su repetición en éste.

Pero el diagnóstico es sólo un punto de partida para la evaluación de la sintomatología. A continuación se debe valorar toda la influencia que los diferentes síntomas tienen sobre el funcionamiento del sujeto. Para ello puede ser operativo el diferenciar entre síntomas positivos y negativos, y analizar el correlato conductual que se desprende de ellos.

Por ejemplo, la persona objeto de evaluación presenta una serie de síntomas habituales en la esquizofrenia: piensa que le persiguen para hacerle daño, que tiene controlado el teléfono y además oye voces dentro de su cabeza que le transmiten

telepáticamente esas personas y que le dicen que le van a matar. Otro síntoma que presenta es un gran aislamiento y retraimiento, no saliendo prácticamente de su domicilio. Por tanto, su red social se limita a su familia inmediata y no tiene ningún amigo ni realiza ningún tipo de actividad fuera de su casa.

Estos síntomas pueden llevar al diagnóstico, pero para el planteamiento de la intervención es necesario valorar con mucho mayor detalle cómo influyen en el resto de comportamientos y qué relación tienen entre ellos. ¿Son las ideas delirantes y las alucinaciones las que llevan al retraimiento? En este caso habría claramente una indicación farmacológica en la intervención, previa a otro tipo de actuaciones. ¿O por el contrario, la sintomatología positiva no tiene tanta influencia, y es un déficit severo en habilidades sociales lo que conduce al retraimiento para evitar la ansiedad provocada por la interacción social, lo que unido a la anhedonia provoca el bajo nivel de actividad? En este caso, aparte de posibles tratamientos farmacológicos, sí estaría indicada una intervención para disminuir la ansiedad y un entrenamiento en habilidades sociales junto al instigamiento para aumentar la actividad social.

Para hacer la valoración es necesario preguntarse:

- ¿Verbaliza el sujeto que la razón de no salir de casa es que teme que le hagan daño?
- ¿Verbaliza que se pone nervioso en presencia de desconocidos y que por eso no sale?
- ¿Tiene dificultades (se niega, se pone nervioso, etc.) cuando acude con su familia al médico o no?
- ¿Puede salir solo de casa? Si es así ¿cuándo lo hace? ¿Para realizar qué tareas o actividades?
- ¿Desde cuándo está retraído? ¿Correlaciona el retraimiento con la sintomatología positiva, es anterior o posterior?
- ¿Aumentan esas ideas o voces cuando está en presencia de otras personas o son independientes de la interacción social?
- Etc.

Esta labor de evaluación de la sintomatología, que en el ejemplo anterior se ha referido únicamente a un aspecto muy concreto, debe ser exhaustiva y extenderse a las ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del comportamiento o del pensamiento y a la sintomatología negativa que presente la persona.

Otro aspecto a evaluar es el grado de implantación de la sintomatología y el nivel de crítica que puede hacer el sujeto sobre ella. Se debe valorar la conciencia de enfermedad y las implicaciones que ello tiene en su motivación para la intervención.

Una persona que presente una nula conciencia de enfermedad seguramente rechazará cualquier tipo de intervención, farmacológica, terapéutica o rehabilitadora y quizá deberá ser éste el principio del tratamiento, bien a través de la psicoeducación o del

trabajo sobre aspectos motivacionales que le hagan ver la necesidad de producir cambios en su vida independientemente de si está “enfermo” o no. Quizá en el ejemplo anterior el sujeto no se reconozca como enfermo, pero puede ser que sí quiera implicarse en un proceso que le ayude a reducir la ansiedad que le produce el contacto con otras personas. Este inicio podría posibilitar en un futuro el abordaje de esa nula conciencia de enfermedad o la aceptación al menos de una medicación neuroléptica.

Otro punto importante a recoger es el referido a las características y frecuencia de las crisis psicóticas. Es necesario tratar de descubrir sus posibles desencadenantes y la forma en que las afronta el sujeto y su familia. Por ejemplo, ¿suelen ser dificultades en los estudios o el trabajo?, ¿tienen que ver con la interacción familiar?, ¿se produce ingesta de alcohol o sustancias en los períodos previos a la crisis?, ¿trata el sujeto de buscar ayuda o se aísla y retrae?, ¿algún familiar o el propio sujeto reconoce algún pródromo?

Además deberán valorarse o conocerse los años de evolución de la enfermedad, la edad de inicio, el curso que ha tenido (estable, con crisis, con deterioro progresivo, etc.) y todos aquellos elementos relevantes para conocer cómo se ha expresado la esquizofrenia en esa persona particular.

3.1.2. Funcionamiento psicológico

En este apartado es necesario valorar el nivel que presenta el sujeto en lo referente a procesos psicológicos básicos y superiores y su implicación en la sintomatología, su funcionamiento social y en el entorno que le rodea.

Así, se debe valorar la atención, orientación, memoria, adecuación en el procesamiento de la información, capacidad de abstracción, conceptualización, etc. en sus diferentes componentes:

- Atención (sostenida y concentrada) y memoria. ¿Es capaz el sujeto de mantener la atención en una conversación o viendo la televisión?, ¿aguanta una película en el cine? ¿recuerda posteriormente el argumento de la película?, ¿es capaz de atender cuando hay estímulos distractivos? Éstas son algunas de las preguntas que pueden dar una idea de la capacidad atencional y mnésica del individuo. Siempre deben ser preguntas referidas a elementos significativos para él y relacionadas con su medio cotidiano. Existen pruebas que miden de forma muy fina la capacidad atencional, como el *Continuous Performance Test* (CPT) (ver [capítulo 2](#)), pero no son de uso habitual en la práctica diaria, reservándose habitualmente para la investigación.
- Orientación: temporal, espacial y autobiográfica. ¿está orientado en el tiempo?, ¿es capaz de desplazarse, por ejemplo, en transportes públicos sin ayuda?, ¿el relato que hace de su historia es ordenado y coherente? Como

siempre, hay que valorar las posibles déficits y averiguar si se deben a problemas cognitivos o de otra índole. Además hay que tener en cuenta que en la persona con esquizofrenia que tiene ya un largo período de evolución de la enfermedad se pueden confundir los déficits cognitivos con otro tipo de problemas. Así, es habitual que años de inactividad, retraimiento y aislamiento produzcan una desorientación autobiográfica y un *vacío temporal* (años enteros en los que no se recuerda nada o que simplemente parecen no existir) que se debe a la presencia de una gran rutina diaria sin hechos o hitos significativos y que pueden parecer, sin serlo, déficits en la orientación autobiográfica. O, por ejemplo, que una aparente desorientación espacial señalada por las dificultades que presenta el sujeto para moverse por su entorno se deban en realidad a una alta tasa de ansiedad o a problemas de atención.

- Capacidad de abstracción, comprensión. Se debe valorar si el sujeto es capaz de elaborar conceptos complejos y si su capacidad de abstracción no está dañada. Este ítem es importante porque delimita la forma de intervención. Por ejemplo, si no existe conciencia de enfermedad, el sujeto podría ser susceptible de un abordaje psicoeducativo en el que se le transmitiera información sobre las características de la enfermedad y todos otros aquellos aspectos que se relatan en el [capítulo 4](#) de este libro. Pero para poder proceder a esta intervención la persona debe tener una mínima capacidad de asimilación y comprensión de la información que se le da. Caso de que esto no sea así, quizá se debería plantear una intervención más recortada con el objetivo, por ejemplo, de instaurar la toma de medicación como una rutina más dentro de sus hábitos diarios.

Todos estos aspectos de funcionamiento psicológico pueden ser apoyados por tests estandarizados como WAIS, Figura compleja de Rey, Bender, Escala Mini-Mental, o tests neuropsicológicos (Barcelona, Sevilla, Luria), pero no debe olvidarse que estas pruebas no dan información sobre el funcionamiento cotidiano y concreto del individuo, por lo que su utilidad se limita al conocimiento de si el sujeto es susceptible de ser abordado con técnicas complejas de intervención (mayéutica, reestructuración cognitiva, *role-playing*, etc.), o si las técnicas utilizadas (reforzamiento, extinción, moldeado, etc.) van más encaminadas al mero establecimiento de hábitos y rutinas personales y sociales adecuadas.

3.1.3. Desempeño y ajuste psicosocial

Es el área más extensa a la hora de evaluar, ya que recoge el funcionamiento del individuo en todas las facetas de la vida cotidiana y donde se plasman sus dificultades,

carencias o recursos.

La evaluación del desempeño psicosocial no debe fijarse únicamente en los déficit, sino que debe atender también a los recursos, capacidades y apoyos que tiene la persona. En este sentido, tiene tanta importancia valorar la parte “*enferma*” como la “*sana*”.

Para lograr una mayor operatividad, se presenta a continuación un guión que recoge todas las áreas a valorar.

- *Autocuidados*: destinada a valorar si los hábitos básicos de vida son saludables. Comprendería los siguientes aspectos:
 - Aseo e higiene personal.
 - Organización de la vivienda y ejecución de tareas domésticas.
 - Hábitos de vida: sueño, salud, alimentación.
 - Consumo de sustancias.

- *Afrontamiento personal y social*: valora todos los aspectos relacionados con la capacidad de respuesta del individuo y sus recursos ante las demandas del medio:
 - Capacidad de autocontrol.
 - Nivel subjetivo de ansiedad y depresión.
 - Habilidades sociales.
 - Nivel de autoestima.
 - Mecanismos utilizados para la solución de problemas.

- *Relaciones familiares*: valora la situación familiar y sus interacciones desde el punto de vista de la persona evaluada: modo de relacionarse, apoyos percibidos, actividades gratificantes, etc.
- *Integración social*: se valoran dos aspectos:
 - El grado de utilización de los recursos comunitarios, su tipología y frecuencia de uso.
 - La red social: número y calidad de personas con las que interacciona y de las que recibe apoyo emocional o instrumental.

- *Autonomía personal*: evalúa el conjunto de recursos personales con que cuenta el individuo:
 - Autonomía básica: comprensión lectora, saber escribir, operaciones

aritméticas básicas, capacidad verbal para mantener una conversación funcional, motricidad fina y gruesa.

- Trabajo: actividades laborales realizadas, motivos de su finalización, expectativas laborales, etc.
- Autonomía económica: nivel de ingresos, grado de independencia para su utilización, organización de su economía.
- Gestiones: capacidad de llevar a cabo gestiones de forma autónoma.
- Uso de recursos sociosanitarios: valoración de la utilización de servicios públicos o privados de salud de forma autónoma o de la necesidad de apoyo externo.

— *Tratamiento*: se valora en esta área el nivel de responsabilidad que tiene el individuo hacia su tratamiento, tanto farmacológico como terapéutico o rehabilitador. También se valora la autonomía en la toma de medicación.

— *Expectativas*: se valoran las demandas que realiza el sujeto y su nivel de compromiso con un proceso terapéutico o rehabilitador. Se debe preguntar por:

- Objetivos personales que quiere alcanzar.
- Apoyos que la persona solicita.
- Voluntad de implicarse en un proceso de cambio.
- Disponibilidad mostrada para llevar a cabo ese proceso.

Para cada uno de estos ítems o áreas se debe llevar a cabo una valoración pormenorizada. A modo de ejemplo, si se hace referencia al área de habilidades sociales se deben indagar cuestiones como las siguientes:

- ¿Inicia, mantiene y cierra conversaciones?
- ¿Toma la iniciativa en el contacto social?
- ¿Sabe pedir o negarse?
- ¿Expresa emociones de forma adecuada?
- ¿Tiene habilidades suficientes para hablar por teléfono?
- ¿Sabe defender sus derechos?
- ¿Es capaz de hablar en un grupo de personas?
- ¿Lleva a cabo estas habilidades en contextos desconocidos para él o con personas desconocidas?

Éste es un conjunto de preguntas muy generales que habrá que individualizar a las

circunstancias y contextos concretos de la persona, ampliando la evaluación en aquellos aspectos necesarios para la mejor comprensión de las habilidades sociales del sujeto.

3.1.4. Evaluación del entorno

Se reflejará a lo largo de este libro la idea de que la intervención en esquizofrenia está encaminada a lograr la máxima autonomía y calidad de vida de la persona en su medio ambiente. Pero difícilmente se podrá tener una visión global si el profesional se limita a valorar únicamente a la persona. La conducta es la expresión de la interacción del sujeto con su entorno, por lo que la evaluación de ambos es imprescindible. Un hecho aparentemente tan banal como que el sujeto viva en una urbanización apartada o en el centro de una ciudad puede tener una importancia decisiva si la intervención se encamina a lograr una mayor red de apoyo y un aumento de las actividades que supongan relaciones interpersonales.

Punto específico a valorar es el entorno relacional inmediato de la persona, es decir, su familia. La intervención con familias tiene un apartado específico en este libro, por lo que se remite a él para los aspectos concretos, pero a la hora de evaluar se deben tener presentes todos los condicionantes familiares que influyen de alguna manera en la persona con esquizofrenia objeto de valoración. Además, la familia sirve como fuente de validación de la información aportada por el sujeto.

De la familia se deben valorar los siguientes aspectos:

1. Evaluación individual de cada miembro, para establecer los recursos, déficits, metas, expectativas, actitudes, sentimientos e intercambios con el resto de la familia.
2. Análisis funcional del sistema familiar, es decir, evaluación de las interrelaciones entre las diferentes metas y problemas de los distintos miembros.
3. Observación de los métodos de resolver los problemas, en el marco natural, valorando los elementos eficaces y no eficaces.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas con esquizofrenia conviven con sus padres u otros familiares, cualquier abordaje terapéutico o rehabilitador que no tuviera en cuenta a la familia tendría pocas posibilidades de llevarse a cabo, y por ello toda esta valoración es tan necesaria como la del propio sujeto.

Pero además de la familia, la evaluación debe completarse con el análisis de todas las variables externas mínimamente relevantes que pueden afectar a su sintomatología y funcionamiento psicosocial. Se debe conocer el nicho ecológico que rodea al sujeto y los recursos o dificultades que presenta a la hora de la intervención. Por ejemplo, si en una

persona con esquizofrenia anteriormente consumidora de cerveza y hachís se valora la pertinencia de aumentar su red social y de apoyo con antiguos amigos con los que todavía mantiene un contacto esporádico y se desconoce que estos amigos son consumidores habituales de alcohol y cannabis bien se podría estar abocando al sujeto a una crisis en vez de a una mejora de su funcionamiento, o si se le instiga a que salga más de su casa, cuando en su entorno inmediato abundan los bares y él tiene un bajo control de los impulsos.

Quedan todavía dos aspectos más a cubrir para completar la evaluación en esquizofrenia.

El primero, y con el objetivo de valorar aunque sea de forma gruesa el grado de vulnerabilidad del sujeto, es la evaluación de los acontecimientos vitales estresantes más significativos.

El segundo aspecto para terminar esta evaluación inicial es la necesidad de recabar información de todas las áreas señaladas y referida a la etapa anterior al desarrollo de la enfermedad. Es lo que se conoce como nivel premórbido. Este dato aporta información acerca de cuál puede ser el techo que se puede plantear en la intervención. Por ejemplo, es difícil que una persona que antes de desarrollar la enfermedad ha tenido pocas relaciones sociales, con un importante retraimiento y aislamiento social, que no ha realizado ninguna actividad laboral y que ha fracasado en los estudios pueda, a través de la intervención alcanzar un nivel de funcionamiento que posibilite el conseguir un trabajo normalizado y una red de apoyo socio-afectiva amplia y significativa.

Como apoyo a esta evaluación existe una escala (UCLA) de ajuste premórbido que investiga cinco áreas de funcionamiento y que tiene un fuerte sesgo anglosajón en el planteamiento de lo que es un ajuste social normal. De todas formas, una mínima valoración del nivel premórbido debe incluir información sobre el área laboral, estudios, relaciones, liderazgo, sexualidad e integración social.

3.2. Instrumentos

Las herramientas para recogida de información son las habituales en la práctica clínica, y van desde la entrevista a la observación, utilizando también escalas y cuestionarios diseñados específicamente para valorar la sintomatología o el desempeño personal y social en la esquizofrenia.

3.2.1. Entrevista

La entrevista es la herramienta básica a través de la cual se puede obtener la información relevante para plantear objetivos de intervención. La estructura de la

entrevista en el abordaje de la esquizofrenia no se aparta de la habitual en la práctica clínica, pero tiene unos aspectos diferenciales que es muy importante tener en cuenta:

- En las primeras entrevistas es necesario dar mayor relevancia a la consecución de un “enganche” adecuado que a la obtención de información. Las dificultades que lleva aparejadas la esquizofrenia hacen imprescindible la creación de una atmósfera cálida, no invasiva, reforzante y de aceptación. Lo mismo sucede en las entrevistas con la familia, en las que el ofrecimiento de escucha y apoyo es imprescindible ante personas que normalmente presenta un elevado grado de estrés.
- La sintomatología, tanto positiva como negativa, de la esquizofrenia hace que la persona no tenga una importante motivación para el cambio. Así, las demandas de ayuda presentes en personas con trastornos de ansiedad o depresión, por ejemplo, no se suelen producir en personas con esquizofrenia. La amotivación, anhedonia y aislamiento hacen que habitualmente no se hagan demandas concretas, o bien que éstas sean contrarias a la implicación en un proceso terapéutico-rehabilitador (es frecuente que en las entrevistas iniciales las personas expresen su deseo de no cambiar nada).
- También es habitual que, cuando sí se plantean demandas o expectativas, éstas sean irreales o inadecuadas (“lo que quiero es tener novia y trabajar”, por ejemplo), tanto en el caso del enfermo como de sus familiares. Es importante en las primeras entrevistas no oponerse directamente a estas demandas, y plantearse una estrategia para reconducirlas y modificar actitudes y expectativas.
- Es necesario, por último, ayudar a la persona a concretar de forma operativa sus dificultades o problemas y sus deseos, alejándose de descripciones globales o generales, pero teniendo mucho cuidado de no poner en el sujeto expectativas propias o las de las personas de su entorno ya que ante la falta de demandas es fácil introducir las del propio profesional.

Hay que tener en cuenta que la entrevista evaluativa es una técnica imprescindible en el abordaje de la esquizofrenia, pero que debe ir siempre acompañada de la observación del desempeño real y del contraste de la información recabada a través de diversas fuentes: familia, amigos, profesionales sanitarios, etc.

3.2.2. Cuestionarios y escalas

Existen multitud de escalas y cuestionarios que tratan de objetivar tanto aspectos

clínicos como psicosociales. Su objetivo primordial es poder establecer una línea base para posteriormente valorar la eficacia de las intervenciones realizadas. Recogen información sobre sintomatología, desempeño de roles, aspectos familiares, medio ambiente del sujeto, etc.

Tienen la ventaja de su economía de aplicación, y posibilitan el agrupamiento de síntomas o conductas en áreas que posteriormente facilitan una comprensión global del funcionamiento del sujeto o de las características de su entorno.

Su principal desventaja es que en general no investigan datos concretos y personalizados que guíen la futura intervención de forma individualizada, por lo que su aportación práctica es limitada.

A) Cuestionarios y escalas clínicas

Dado el sentido práctico de este libro no es relevante hacer una presentación extensa de las escalas clínicas, ya que son sencillas de obtener y no aportan elementos que se consideren imprescindibles para la comprensión de la intervención en esquizofrenia. Por tanto se reseñan brevemente los cuestionarios y las escalas clínicas más importantes ([cuadro 3.1](#)), con una descripción somera de los aspectos evaluados.

De estas escalas, las específicas de esquizofrenia son el SANS, SAPS, BPRS, PANSS y BPRS. Su utilización suele darse en el campo de la investigación, y con el objetivo de valorar cambios tras determinadas intervenciones o para poder establecer tipologías entre los subtipos de esquizofrenia. El resto son utilizadas habitualmente para la valoración diagnóstica del trastorno esquizofrénico.

B) Cuestionarios y escalas de desempeño psicosocial, ajuste social y calidad de vida

La mayoría de las siguientes escalas ([cuadro 3.2](#)) incluyen también en su valoración los síntomas clínicos, pero dado que dan un peso importante al funcionamiento psicosocial o a otros temas no directamente relacionados con la clínica psiquiátrica, se incluyen en este apartado.

De todas estas escalas, quizá tradicionalmente las más interesantes han sido la REHAB y la SBAS. La primera está destinada a valorar a personas con trastornos psiquiátricos graves en ambientes institucionalizados, ya que necesita de la observación de las áreas reseñadas durante una semana.

Cuadro 3.1. Escalas clínicas

Escala o cuestionario	Áreas evaluadas
BPRS (Overall y Gorham)	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones corporales, ansiedad, aislamiento emocional, desorganización conceptual, culpa, tensión, manierismos, grandeza, afecto deprimido, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, retardo motor, falta de cooperación, trastornos del contenido del pensamiento y afecto aplanado.
PANSS Escala del síndrome positivo y negativo (Kay)	<ul style="list-style-type: none"> • Subescala positiva: delirios, alucinaciones, desorganización conductual, excitación, grandiosidad, desconfianza, hostilidad. • Subescala negativa: embotamiento afectivo, retraimiento emocional y social, contacto pobre, dificultad en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado, falta de espontaneidad. • Subescala de psicopatología general: ansiedad, depresión, desorientación, sentimientos de culpa, etc.
SANS Escala para la evaluación de síntomas negativos (Andreasen)	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza afectiva • Alogia • Abulia • Anhedonia • Atención
SAPS Escala para la evaluación de síntomas positivos (Andreasen)	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones • Ideas delirantes • Comportamiento extravagante • Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo
PSE Examen del estado actual (Wing <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Delirios y alucinaciones • Síndromes conductuales y del habla • Síndromes neuróticos
PSS Inventario de estado psiquiátrico (Spitzer)	<ul style="list-style-type: none"> • Estado mental • Alteración del funcionamiento en el rol • Alteración de relaciones interpersonales • Dependencia al alcohol y otras drogas
CIDI Entrevista diagnóstica compuesta internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Permite, a través de sus módulos, llegar a un diagnóstico CIE-10 o DSM-III-R.

SCAN Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> Tres apartados: <ol style="list-style-type: none"> PSE versión 10 Lista de comprobación de grupos de ítems (IGC) Cuestionario de historia clínica (CHS)
--	---

Que permiten a través del programa CATEGO-5 resultados diagnósticos CIE-10 y DSM-IV.

SADS Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia (Endicott <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> A través de sus diferentes versiones, aporta información sobre el funcionamiento y síntomas que permiten evaluar según criterios DSM-III y realizar diagnósticos basados en el <i>Reseach Diagnostic Criteria</i>.
--	--

SCID Entrevista clínica estructurada Para DSM-III-R (Sptizer <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad actual Psicopatología anterior Síntomas específicos
---	--

Cuadro 3.2. Escalas de desempeño psicosocial

<i>Escala o cuestionario</i>	<i>Áreas evaluadas</i>
KAS Escala de ajuste de Katz (Katz y Lyerly)	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas Roles Actividades de ocio y tiempo libre
PARS Escala de desempeño de roles y ajuste personal (Ellsworth <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas Abuso de sustancias Funcionamiento general
SAS Escala de ajuste social (Weissman <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Desempeño general e interpersonal Satisfacción

<p>REHAB Escala de evaluación en rehabilitación psiquiátrica (Baker <i>et al.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas problema • Actividad social • Autocuidados • Autonomía comunitaria
<p>SSFIPD Inventario de funcionamiento y estrés social (Serban)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño instrumental • Interacciones familiares • Interacción social • Desajuste social
<p>DCMKQ Cuestionario de salud mental comunitaria de Denver (Ciarlo y Riehman)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Aislamiento • Abuso de sustancias • Productividad • Uso y satisfacción de los servicios asistenciales
<p>CAS Escala de adaptación comunitaria (Burnes y Roen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta • Afecto • Deseo de cambio
<p>HoNOS Health of Nation Outcome Scale (Wing <i>et al.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas conductuales • Deterioro • Problemas clínicos • Problemas sociales
<p>SCHIZOM Módulo de evaluación de la esquizofrenia (Fisher <i>et al.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste previo a la enfermedad • Historia familiar de enfermedad mental • Síntomas recientes • Actividades de ocio • Actividades instrumentales de la vida diaria • Actividad social, educativa y laboral • Abuso de sustancias • Violencia y suicidio • Adherencia al tratamiento • Apoyo familiar • Uso de dispositivos y servicios

PEF Formulario de evaluación psiquiátrica (Endicott y Spitzer)	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas • Desempeño de roles
PSS Escala de estatus psiquiátrico (Spitzer <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas • Desempeño de roles
BASIS-32 (Mc Lean)	<ul style="list-style-type: none"> • Relación • Depresión/ansiedad • Habilidades de la vida cotidiana • Impulso/adicción • Psicosis
Cuestionario familiar de CAMBERWELL (Vaugh <i>et al.</i>) (Tiene una versión abreviada denominada “cinco minutos”)	<ul style="list-style-type: none"> • Emoción expresada familiar: criticismo, hostilidad, sobreimplicación, comentarios positivos y calor.
SBAS Escala de desempeño psicosocial (Platt <i>et al.</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas • Desempeño social • Carga objetiva de la familia • Apoyos de la familia • Recaídas

La escala SBAS valora la conducta social de los sujetos y las consecuencias en estrés que tiene en sus familiares.

El cuestionario familiar de Camberwell y su versión abreviada, el “cinco minutos”, son instrumentos destinados a medir exclusivamente el grado de emoción expresada del informante, concepto que se ha descrito en el [apartado 2.1.3](#) de este libro.

Posteriormente se han elaborado escalas y cuestionarios como el SCHIZOM que, ya desde una perspectiva comunitaria, valoran todos los aspectos necesarios a tener en

cuenta en una intervención global en esquizofrenia.

El resto de las escalas tienen objetivos más recortados o concretos, siendo de utilidad en determinadas circunstancias.

Además de los anteriores cuestionarios, y a medida que ha ido cobrando fuerza la combinación de diferentes abordajes en la esquizofrenia, se han elaborado una serie de escalas o cuestionarios para valorar la calidad de vida de estos enfermos. El propio concepto de calidad de vida es confuso, o por lo menos difícilmente operativizable, pero es un ámbito de investigación importante y que, dada la característica ecológica y global del concepto de salud, tiende a crecer y a instaurarse como uno de los principales indicadores de mejoría dentro de la intervención en esquizofrenia.

3.2.3. Observación directa, registros y autorregistros

Ya se ha comentado anteriormente la necesidad de validar la información recabada en entrevistas, cuestionarios y escalas con la observación del desempeño real del sujeto. Sólo de esta manera es posible evaluar las pautas de comportamiento complejas y las dificultades y capacidades que tiene el sujeto para interaccionar con su medio ambiente.

Así, es necesario para una buena comprensión del caso y un buen diseño del plan de intervención el romper el encuadre clínico clásico del despacho y hacer acompañamientos al paciente, entrevistas en el medio real y ensayos conductuales de las conductas problemáticas.

Los registros y autorregistros, que formarán parte importante a la hora de la intervención, pueden servir de soporte en la evaluación cuando se presenten dificultades de expresión verbal o cuando se quiera acotar estrechamente el análisis de un determinado problema o conducta.

3.3. Proceso de evaluación y planificación de la intervención

El proceso de evaluación debe llevar a la consecución de una visión global del sujeto en su entorno.

Es imprescindible entender la evaluación como un proceso. No es un hito, ni un corte transversal del funcionamiento del sujeto ni un protocolo estandarizado para aplicar sistemáticamente. La evaluación es un proceso dado en el contexto específico de la persona, realizado de forma continua, abierto a constantes cambios y, sobre todo, individualizado.

Frente a las evaluaciones centradas en síntomas (que sí permiten el ceñirse a la búsqueda de un diagnóstico), la evaluación global en esquizofrenia necesita además valorar las capacidades, necesidades y dificultades de la persona.

Deberá valorar no sólo el nivel actual de funcionamiento, sino que además es imprescindible conocer el nivel premórbido, que permitirá establecer una primera aproximación del pronóstico y expectativas que cabe esperarse de la intervención.

Por ello, una evaluación inicial es imprescindible, pero sólo es una parte de todo el proceso valorativo, parte necesaria para llevar a cabo una primera aproximación a la realidad del sujeto, a la comprensión global de su funcionamiento y dificultades y al establecimiento de unas primeras pautas de intervención.

Esta evaluación inicial, en la que se valoran todas las áreas reseñadas en el [apartado 3.1](#) de este capítulo exige posteriores evaluaciones conductuales, más exhaustivas y pormenorizadas que permitan llegar a una comprensión global y continua del sujeto y de su medio ambiente.

La evaluación no concluye mientras continúe la intervención con una persona con esquizofrenia. Dado que la vida de una persona no es estática, la evaluación tampoco puede serlo, y debe ser continua para poder introducir en la intervención o tratamiento todos los cambios necesarios.

Un acontecimiento vital, un cambio en las expectativas o necesidades, una variación del entorno, etc. deben ser conocidos y tenidos en cuenta para adaptar la intervención a la persona y no al revés.

La propuesta metodológica que se lleva a cabo en este libro parte de una evaluación planteada tal como se ha descrito anteriormente y de su articulación en un proceso de intervención global que se planteará en el siguiente capítulo. La forma de operativizar la información obtenida en una propuesta de tratamiento se realiza a través del *Plan Individualizado de Intervención*, herramienta básica que a continuación se describe.

El plan individualizado es un contrato consensuado con el paciente y su familia en el que explicitan los objetivos a alcanzar y los medios utilizados para ello.

El plan parte de una adecuada valoración de las necesidades y recursos que tiene la persona y su meta es hacer las propuestas metodológicas que aseguren la resolución de esas necesidades. Por ello, el plan individualizado de intervención debe ser:

- Consensuado y adecuado a las expectativas. Se debe rescatar a la persona con esquizofrenia y a su familia como artífices de su propio proceso de cambio, teniendo en cuenta la legitimidad que tienen sus expectativas.
- Sistematizado y estructurado secuencialmente. En raras ocasiones se puede encontrar un problema que no necesite la resolución de éste en etapas cada vez más complejas. Estas etapas deben quedar claramente reflejadas.
- Adecuado al contexto. Los objetivos planteados deben ser realistas y pertinentes para la vida del paciente concreto con el que se vaya a trabajar. No tiene mucho sentido, por poner un ejemplo burdo, que el profesional se plantee como objetivo que un paciente varón colabore en las tareas domésticas cuando la visión cultural de su familia no admite tal objetivo como adecuado para el género masculino.
- Evaluado de forma continua. Como en cualquier persona, las expectativas,

objetivos, circunstancias vitales, etc. cambian, por lo que es necesaria la revisión periódica del plan de intervención para valorar si las metas perseguidas en un principio siguen vigentes o se debe rectificar la línea o los tiempos de la intervención.

- Con objetivos generales y específicos. Esta distinción ayuda a plantear cuáles son las metas del proceso de intervención y qué pasos son necesarios para alcanzarlas.

Los objetivos generales tienen que ver más con lo ideal o final, y son más vagos e inespecíficos, aunque sirven de orientación para definir metas concretas. Su evaluación sólo puede realizarse a través de los objetivos específicos. Estos últimos tienen que ver más con lo real y son precisos y concretos. Deben ser formulados en términos de conducta y han de estar lo suficientemente delimitados como para permitir su análisis y evaluación.

Por ejemplo, en una intervención puede ser un objetivo general a plantear con un paciente el siguiente: vivir de forma independiente y autónoma en su propio domicilio. Los posibles objetivos específicos podrían ser:

- Aprender a realizar la compra diaria en los establecimientos cercanos a su casa.
- Ser capaz de elaborar por sí mismo una dieta completa y equilibrada.
- Ser capaz de cocinar.
- Hacerse cargo de los recibos y gestiones necesarios.
- Ser capaz de mantener de forma autónoma una economía doméstica adecuada.
- Tener unos hábitos de higiene de la vivienda básicos.
- Etc.

Cuadro resumen

- La evaluación en esquizofrenia consiste en la valoración no sólo de la clínica psiquiátrica, sino también de todos aquellos aspectos psicológicos, sociales y del entorno que permitan comprender el funcionamiento del sujeto en su medio.
- Las áreas fundamentales a evaluar son:
 - Sintomatología positiva y negativa.

- Funcionamiento psicológico.
 - Desempeño y ajuste psicosocial.
 - Entorno.
 - Grado de vulnerabilidad.
 - Ajuste premórbido.
- La planificación de la intervención se realiza a través de un plan individualizado que debe tener las siguientes características:
- Consensuado con el paciente y su familia.
 - Adecuado a sus expectativas.
 - Sistematizado y estructurado.
 - Adecuado al contexto.
 - Evaluado de forma continua.
 - Con objetivos operativos formulados en términos de conducta.

En la [figura 3.1](#) se expone un diagrama con la información básica resumida de las necesidades a cubrir con la evaluación.

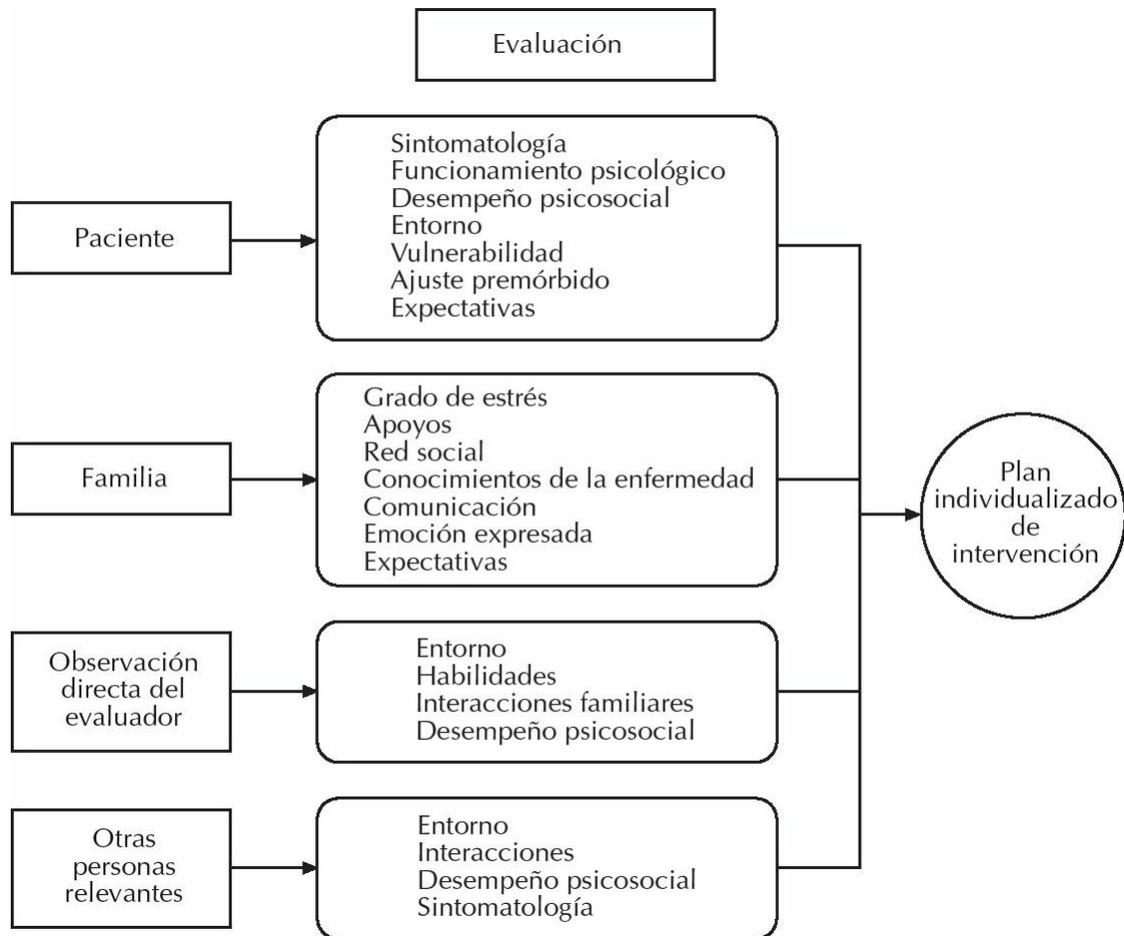


FIGURA 3.1. Áreas a tener en cuenta en la evaluación.

Exposición de un caso clínico

La valoración es de un hombre de 33 años, a quien se llamará Carlos, y con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide realizado hace 10 años. Es el menor de tres hermanos, todos ellos varones y convive actualmente en Madrid con su madre viuda de 67 años (el padre murió hace 8 años en un accidente laboral). Un hermano (de 35 años) vive en Córdoba y mantiene poco contacto con la familia, y el otro, que sí tiene una relación más cercana y vive en Madrid, tiene 38 años, está casado y tiene dos hijos de 11 y 8 años.

Carlos tuvo una infancia en apariencia normal, al igual que lo fueron el embarazo y el parto. No se distinguió por sus buenas notas en el colegio, pero tampoco suspendía habitualmente. Tenía relaciones significativas con sus compañeros y desde los 10 a los 14 años fue miembro del equipo de fútbol del colegio.

Terminó la EGB sin problemas y comenzó el bachillerato, que abandonó por decisión propia a los 16 años sin que hubiera presión familiar para que continuara.

El padre era albañil y a partir de entonces comenzó a trabajar con él en diferentes obras, con un buen rendimiento. Tenía una red social vinculada a su barrio, con los que quedaba habitualmente los fines de semana, sin que se produjesen consumos excesivos de alcohol, aunque de forma ocasional sí refiere haber fumado hachís. A los 18 años comenzó una relación afectiva con una mujer de su misma edad perteneciente a su grupo de amigos. Gozó de una cierta autonomía económica, que no fue suficiente para su emancipación (aunque él se la planteaba), pero que le permitió tener una vida social rica, yendo habitualmente a discotecas y espectáculos deportivos, que es lo que más le gustaba.

A los 19 años rompe con su pareja y posteriormente se va a cumplir el servicio militar a Granada. A su término la familia dice encontrarle “raro”, como ausente y muy serio (la madre dice que estaba como “ido”). Carlos no era una persona especialmente extravertida, pero gustaba de relacionarse con sus amigos. Tras su vuelta de Granada comienza a dejar de salir con ellos, vuelve al trabajo de albañil y poco a poco se inicia una rutina consistente en trabajar y pasar el resto del tiempo en casa. Empieza a aislarse en su habitación, escuchando música y la madre refiere que Carlos empezó a dormir mal, levantándose varias veces por la noche.

Esta situación se prolonga durante aproximadamente catorce meses hasta que a la semana siguiente de cumplir los 22 años plantea que quiere dejar de trabajar, sin dar ningún tipo de explicación o razón de esta decisión. Se produce una situación muy conflictiva en la familia, sin que Carlos reconsidere su decisión, quedándose en casa encerrado en su habitación y no saliendo nada más que para comer.

La madre, a la semana va al médico de familia, le expone el problema y consigue convencer posteriormente a su hijo para que la acompañe a consulta. Tras la entrevista con el médico, en la que no participa la madre, es derivado al servicio de salud mental. Una vez allí, refiere al psiquiatra que no quiere ir a trabajar porque hay un complot organizado contra él por parte de sus compañeros. Se ríen de que no tenga novia y están pensando continuamente en cómo burlarse. También ha empezado a escuchar voces que él atribuye a sus compañeros y que le dicen que no vale para nada. Dice que su padre también está involucrado y que intenta no pensar nada porque “ellos saben todo lo que pienso”. También refiere tendencias autolíticas porque “sabe que no le van a dejar en paz hasta que acaben con él”, por lo que se procede a un ingreso hospitalario al que Carlos no se opone.

En el ingreso, de veinte días, se instaura medicación neuroléptica, que prosigue tomando hasta la actualidad. A la salida sus ideas delirantes y

alucinaciones disminuyen en intensidad e intenta volver al trabajo en tres ocasiones a lo largo de los siguientes cinco años, no pudiendo conservar el empleo durante más de seis meses.

Ha tenido desde entonces otros tres ingresos psiquiátricos más, en los que se ha repetido el ciclo de comenzar la actividad laboral, reactivarse progresivamente la sintomatología positiva, abandonar la medicación y empeorar, con conductas heteroagresivas, hasta que se ha hecho necesario un nuevo ingreso.

Tras todo este tiempo de evolución de la enfermedad, y valorando que la farmacología no ha sido suficiente para conseguir un funcionamiento adecuado del sujeto, se decide comenzar una intervención integral con Carlos, que comienza con un período de evaluación.

En la primera entrevista se muestra nervioso, rehúye la mirada y no entiende muy bien por qué está siendo evaluado. Dice que él lo que quiere es trabajar, y que lo que le pasa es que “se pone nervioso cuando está con gente”.

Tras dos entrevistas más, en las que se intenta motivar muy lentamente a Carlos para implicarse en un proceso de cambio y en las que se valoran todos los aspectos autobiográficos, el evaluador cree que está en disposición de recoger información sobre las diferentes áreas a explorar, y a ello dedica las tres siguientes entrevistas, cuyos resultados molares se exponen a continuación.

- *Sintomatología:*

Carlos presenta ideas delirantes de perjuicio que no están muy estructuradas y refiere alucinaciones auditivas ocasionales. Existe un núcleo delirante encapsulado, del que puede hacer cierta crítica y que no invade todo su campo cognitivo, por lo que puede hablar con normalidad de otros aspectos de su vida. No tiene en la actualidad trastornos del comportamiento y su discurso es bastante coherente y organizado.

Sí tiene una importante sintomatología negativa, con un fuerte aislamiento y retraimiento social, anhedonia y amotivación excepto por lo que se refiere a sus ganas de trabajar, aunque no haga nada para ello. El evaluador no puede discernir en este momento si estas “ganas” son propias o es una demanda familiar que él ha interiorizado.

- *Funcionamiento psicológico:*

No presenta dificultades relevantes en orientación, memoria o atención. Sí tiene un tiempo de latencia de respuesta algo superior a lo normal, pero no es algo excesivamente llamativo. Su nivel intelectual es normal (C.I. de 98 en el

WAIS, sin diferencias significativas entre las escalas verbales y manipulativas). Sí tiene dificultades para ordenar correctamente su biografía y no recuerda el número de ingresos hospitalarios que ha tenido (dice que entre tres y seis).

- *Desempeño y ajuste psicosocial:*

- Autocuidados: su higiene personal está deteriorada. Se ducha semanalmente bajo presión de la madre y no se suele preocupar de la ropa que se pone. En casa no hace nada de forma sistemática. Sí ayuda a la madre para hacer recados cuando ella se lo demanda. No sabe cocinar. Sus hábitos de sueño no son adecuados. No tiene hipersomnia aunque pasa mucho tiempo en la cama. Se suele dormir tarde y se despierta sobre las doce de la mañana. Por la tarde se acuesta durante dos o tres horas, aunque sólo duerme más o menos una hora. No consume alcohol y fuma dos cajetillas diarias que sí se encarga de comprar él. El tabaco es fuente de conflictividad con la madre por el desembolso económico que supone y por la queja de que no soporta ese olor. Suele beber alrededor de un litro diario de refresco de cola, y la madre se lo tiene racionado para que no supere esa cantidad.
- Afrontamiento personal y social: Carlos dice sentirse nervioso y tenso con frecuencia, y no refiere ningún mecanismo ni técnica para hacerle frente, excepto la evitación. Se ve inútil y desesperanzado y tiene muy baja tolerancia a la frustración, lo que le lleva muy a menudo a discutir con su madre o a encerrarse en su habitación. Las habilidades sociales básicas son correctas exceptuando la evitación de la mirada directa. Conversa con cierta lentitud pero sí hace preguntas. Las habilidades conversacionales parece tenerlas, pero no las ejecuta porque dice cohibirse y ponerse nervioso, pero en la entrevista son correctas. Sí tiene muchas dificultades para expresar sentimientos y su asertividad es escasa. Suele actuar con inhibición que, lógicamente, le llevan ocasionalmente a estallidos de ira. Aunque está muy aislado sí hace demandas dirigidas a que le gustaría relacionarse más, pero tiene miedo de que se le incrementen las voces y que los demás le hagan daño.
- Relaciones familiares: la relación de Carlos con su madre es ambivalente. Por un lado dice que le agobia y que siempre le está atosigando, y por otro está muy apegado a ella. Le gustaría que su madre entendiera que no puede estar siempre encima de él, aunque se da cuenta de que es el único apoyo que tiene. Parece ser que tenía buena relación con su padre hasta que le introdujo en su sistema delirante. Con los hermanos no tiene prácticamente relación, aunque sí suele ver al que vive en Madrid. Con quien sí le gusta estar es con sus sobrinos, y realmente son las

únicas personas con las que expresa afectividad abiertamente. Con la familia extensa no tiene ningún contacto, y cuando su madre se va al pueblo (nunca más de dos o tres días), le deja todo preparado para que él se quede en casa.

- *Integración social:*

- Uso de recursos: en la actualidad es mínimo. Sólo va por motivación propia al estanco, al que baja todos los días. También utiliza las tiendas más cercanas de su barrio para hacer los recados que le encarga su madre. No entra a bares ni va al cine u otros recursos de ocio. Para acudir a las entrevistas evaluativas no ha tenido problemas en usar el transporte público, aunque a la primera vino acompañado de la madre. Sólo ha referido que le ha producido ansiedad, que ha podido soportar.
- Red social: está limitada a su madre, su hermano, cuñada y sobrinos, aunque a éstos los ve habitualmente sólo una vez a la semana. El apoyo percibido de ellos es fundamentalmente instrumental, y afectivamente se siente poco cubierto.

- *Autonomía personal:*

- Autonomía básica: no presenta problemas en la lecto-escritura y su manejo de las operaciones aritméticas básicas es correcto, aunque algo lento. En cuanto a la psicomotricidad, se le observa excesivamente rígido, pero podría deberse a la ansiedad.
- Trabajo: Carlos no realiza ninguna actividad laboral, aunque sí las llevó a cabo en el pasado. En este punto es donde está su núcleo de interés o motivación por cambiar algo de su funcionamiento actual. Dice que puede trabajar en cualquier cosa que no requiera cualificación, y estaría dispuesto a ello si “no se pusiera mal”.
- Autonomía económica: depende de su madre. Los ingresos que hay en la casa provienen de la pensión de viudedad de la madre (92.000 pesetas). Solicitaron hace dos años una pensión no contributiva para Carlos, pero no se la concedieron debido a que se valoró que no tenía agotada la vía de la inserción laboral. Carlos sólo tiene los gastos del tabaco y el refresco de cola, y no demanda más dinero, aunque su hermano de vez en cuando le da algo. El piso donde viven es propio y está pagado, por lo que no tienen excesivos problemas económicos.
- Gestiones: no realiza ninguna de forma autónoma. La madre le acompaña habitualmente.

- Uso de recursos sociosanitarios: en este caso Carlos sí es autónomo. Suele acudir solo a las citas con su psiquiatra, aunque es la madre quien se lo recuerda. También ha venido solo a estas entrevistas de evaluación.

- *Tratamiento:*

Como ya se ha comentado, Carlos se ha responsabilizado de sus citas para el seguimiento del tratamiento farmacológico. La medicación se la toma de forma autónoma, aunque bajo supervisión de la madre. En este momento la prescripción médica es de 6 mg diarios de risperidona y 0,5 mg de clonacepam. Durante bastante tiempo estuvo con haloperidol. Aun cuando su conciencia de enfermedad es escasa, valora la medicación como necesaria, pero tiene tendencia a dejarla cuando se produce una reactivación psicopatológica, y dice que sirve “para relajarle y ayudarle a dormir”.

- *Expectativas:*

Las únicas expectativas que tiene Carlos son las laborales. También dice que le gustaría relacionarse más con la gente, pero que le da miedo. En algún momento de las diferentes entrevistas menciona la posibilidad de salir con chicas, pero no se ve con capacidad para ello porque “no sabría de qué hablar y se pondría muy nervioso”.

De la entrevista con la madre se desprende que es una persona con un alto nivel de emoción expresada. Es muy sobreprotectora, pero a la vez crítica con su hijo. Se ha volcado en sus cuidados, pero tiene un alto nivel de estrés. No tiene apoyos externos, exceptuando el del hijo que vive en Madrid, y focaliza los problemas en el tabaco y la falta de actividad de su hijo. No entiende bien la enfermedad y aunque sabe el diagnóstico no es capaz de discriminar la sintomatología negativa, refiriéndose a ella como que “el problema es que es un vago”.

En cuanto a las características más relevantes de su entorno, Carlos vive en un barrio periférico de Madrid, con transporte público cerca de su casa y dispone en la inmediatez de su domicilio de todos los servicios básicos: tiendas, mercado, bares, etc. No es un barrio especialmente conflictivo. Frente a su casa hay un parque donde solía quedar con sus amigos antes del comienzo de la enfermedad. En alguna ocasión Carlos propuso a su madre que se cambiaran de casa, pensando que así podría mejorar, pero en la actualidad no hace ninguna demanda en este sentido.

Por último, recopilando los acontecimientos vitales más estresantes que ha tenido Carlos, se pueden señalar como más importantes la ruptura con su novia,

el servicio militar, la muerte del padre, las pérdidas de trabajo y la marcha de su hermano a Córdoba.

Con todos estos datos recogidos en la evaluación, se hace a Carlos y a su madre una propuesta de intervención que plantea los siguientes objetivos generales:

1. Conseguir la suficiente autonomía en Carlos para que sea capaz de vivir solo.
2. Dotarle mínimamente de una red social.
3. Aumentar el conocimiento y control sobre su enfermedad.
4. Mejorar la comunicación entre madre e hijo.

La valoración global que se hace es que Carlos tiene un serio déficit en su capacidad de afrontamiento, que unido a la sintomatología provoca el fuerte retraimiento social que presenta, pero no se valora que haya un deterioro tan importante como para imposibilitar una vida autónoma. Como la madre es ya mayor, el objetivo básico es conseguir que Carlos aprenda todo aquello que es necesario para vivir solo, y prepararle progresivamente para ello. Por eso es necesario trabajar todos los aspectos relacionados con el autocuidado, el afrontamiento, la autonomía y la red social. Además, es necesario trabajar con la madre para disminuir su sobreimplicación y que busque apoyos externos.

Los objetivos principales que se plantean son los siguientes:

1. Dotar a Carlos de estrategias de afrontamiento de la ansiedad.
2. Mejorar su conocimiento de la enfermedad y detección de pródromos.
3. Mejorar sus autocuidados, fundamentalmente los relacionados con la organización de la vivienda (compra, cocina, limpieza, etc.), implicando en ello a la madre.
4. Que comience a realizar alguna actividad (deporte, ocio) en la que intervengan otras personas.
5. Si estos objetivos se cumplen, se puede valorar la posibilidad de inserción laboral.

El plan de intervención que se ha consensuado va a comenzar con citas individuales en las que se trabajará el manejo de la ansiedad en situaciones sociales, a través de la exposición en vivo, junto al profesional, para ir separándose luego éste progresivamente.

Simultáneamente, se trabajará con la madre para que deje a su hijo a cargo de ciertas tareas sencillas de la casa y para que no se sobreimplique tanto. A la vez se intentará que busque alguna actividad de ocio para ella fuera del hogar.

Posteriormente se informará a Carlos a través de la psicoeducación de las características de su enfermedad y de los factores de riesgo y protección. Además se trabajarán sus habilidades sociales, fundamentalmente a través de un entrenamiento en asertividad. También se intentará que se involucre en alguna actividad de ocio compartido, en algún polideportivo, centro cultural o similar.

Lógicamente este caso práctico no puede ser más concreto en lo que se refiere al plan individualizado de intervención, ya que va a ser la evaluación continua la que va a determinar cómo se va a operativizar o los diferentes cambios que haya que introducir.

Preguntas de autoevaluación

1. Para realizar una correcta evaluación en esquizofrenia:
 - a) Se debe valorar fundamentalmente la sintomatología positiva.
 - b) No se debe tener en cuenta a la familia.
 - c) Es imprescindible la aplicación de escalas y cuestionarios.
 - d) Hay que tener en cuenta la sintomatología, el funcionamiento y el entorno.
 - e) Se debe intentar tener una única fuente de información.

2. La sintomatología positiva que presente la persona:
 - a) Va a dar el pronóstico o evolución esperable.
 - b) Debe valorarse en relación con el funcionamiento psicosocial y el entorno.
 - c) Debe valorarse exclusivamente desde una perspectiva clínica.
 - d) Correlaciona en gran medida con la sintomatología negativa.
 - e) Debe valorarse según un corte transversal, ya que su posible expresión anterior no afecta al tratamiento.

3. El plan individualizado de intervención:
 - a) Es la indicación terapéutica del profesional.
 - b) Se consensúa con la familia y el paciente.
 - c) Es estructurado, secuencial y estático.
 - d) Debe tener objetivos generales formulados en términos de conducta.
 - e) Debe basarse más en las necesidades que en los recursos de la persona.

4. La evaluación de la emoción expresada forma parte de la valoración de:

- a) La sintomatología positiva.
- b) El funcionamiento psicológico.
- c) El desempeño o ajuste psicosocial.
- d) La sintomatología negativa.
- e) La familia.

5. La evaluación de los acontecimientos vitales sirve para valorar:

- a) El nivel premórbido.
 - b) El grado de vulnerabilidad.
 - c) El entorno del individuo.
 - d) El funcionamiento psicológico.
 - e) La emoción expresada.
-

Pautas para la intervención I: guía para profesionales

En este capítulo se presentarán los principales elementos que han de articularse de cara al desarrollo de un proceso de intervención global con personas afectadas de esquizofrenia. En primer lugar se presenta el marco general de la atención integral en la comunidad como contexto en el que se han de reconocer las diferentes problemáticas y necesidades, tanto sanitarias como sociales, de esta población, y se han de integrar todo un conjunto de servicios, programas e intervenciones desde un modelo de atención basado en la comunidad. En segundo lugar, se exponen los principales objetivos y áreas de actuación que se deben conjugar para asegurar un proceso global e integrado de intervención. Sobre esta base, se van exponiendo, de un modo concreto y práctico, en el resto de los apartados de este capítulo, las diferentes áreas de actuación y las distintas estrategias o tipos de intervención que han de combinarse para una adecuada atención a estos pacientes en relación a los dos grandes focos de la intervención: por un lado, el *tratamiento* que incluye intervenciones farmacológicas esenciales en la atención de la esquizofrenia junto con nuevas estrategias complementarias de manejo psicológico de la sintomatología positiva; y, por otro, el de la *rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario* que abarca todo un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social normalizada.

4.1. La atención integral en la comunidad a personas con esquizofrenia

El proceso de desinstitucionalización, sustentado en un cambio ideológico que ha supuesto el paso de unas estructuras asilares para personas incapaces, a la actualidad, en que se considera a la persona con esquizofrenia como un ciudadano de pleno derecho, ha

hecho aparecer nuevos problemas y demandas a cubrir para lograr la integración en la sociedad y dar el soporte necesario para tal fin.

4.1.1. Problemática y necesidades

Las personas que sufren esquizofrenia presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Para exponer una imagen global de esta problemática, se deben tener en cuenta 3 dimensiones básicas que la definen y enmarcan: diagnóstico, discapacidad y duración.

A) Dimensión-diagnóstico

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave (de hecho es el paradigma de enfermedad mental grave y crónica) que se caracteriza, tal como se describe en el primer capítulo, por un conjunto de síntomas tanto positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, etc.) como negativos (apatía, afectividad embotada, pobreza del habla, anhedonia, etc.), que afectan y comprometen el funcionamiento psicológico del sujeto y su contacto con la realidad.

B) Dimensión-discapacidad

Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores síntomas, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos y por la interacción de diferentes factores, presentan variadas discapacidades o déficit en su funcionamiento psicosocial, expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social (Blanco y Pastor, 1977).

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizado de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

C) Dimensión-duración

Por último, para entender la problemática de esta población, no se debe olvidar la tercera dimensión que la define, *duración*: supone que se está ante trastornos y problemáticas de carácter crónico, esto es, de larga duración y evolución, incluso de por vida. El adjetivo “crónico” añadido al de esquizofrenia denotaba tradicionalmente una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y “cronificación”.

En la actualidad, tras múltiples estudios longitudinales (véase para un resumen Blanco y Pastor, 1997), hoy ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa y un deterioro progresivo. El desarrollo de un trastorno grave y crónico como la esquizofrenia, es mucho más variado y heterogéneo, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

Así pues, el carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden permitir llevar una vida normalizada y autónoma.

Con lo comentado hasta aquí se puede tener una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no debemos olvidar que aunque se compartan problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un “continuum” dentro de este colectivo, en el que podemos encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no sólo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permitan recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- *Atención y tratamiento de salud mental.* Los pacientes con esquizofrenia necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.
- *Atención en crisis.* Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.
- *Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.* Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchas de las personas que sufren esquizofrenia presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- *Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.* La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, los pacientes con esquizofrenia están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su escasa cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional, y, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral.
- *Alojamiento y atención residencial comunitaria.* Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas

de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

- *Apoyo económico.* De igual modo, muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario, ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social.
- *Protección y defensa de sus derechos.* La problemática psiquiátrica y psicosocial hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.
- *Apoyo a las familias.* Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario “cuidar a los que cuidan”), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Asimismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas con esquizofrenia debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo.

A continuación se indicará cómo ha evolucionado el modelo de atención y cuáles son los elementos esenciales de cara a articular una atención comunitaria integral a esta población.

4.1.2. La reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención

comunitaria

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas (con la esquizofrenia como principal paradigma de enfermedad mental grave y crónica) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento, durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados “manicomios”) habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial. La asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente. Gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a los enfermos mentales crónicos que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los sesenta y setenta y en España a lo largo de los ochenta, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando, gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización (Desviat, 1995).

Cuadro 4.1. Reforma psiquiátrica: principios básicos

-
- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
 - Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
 - Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
 - La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de

- enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
 - El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubren las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
 - La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
 - Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
 - Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
 - El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.
-

Con todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, sí que se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser como el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma psiquiátrica ([cuadro 4.1](#)).

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma psiquiátrica organiza la atención de la problemática de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria. No fue hasta la recuperación democrática, y en especial a partir de mediados de los ochenta, cuando España inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma psiquiátrica en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad 1986 en su artículo 20 (véase [cuadro 4.2](#)).

Es indudable que en nuestro país (con todas la matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en las diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo “manicomial” y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo y Espino, 1998), pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social.

Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica nos pone frente al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

Cuadro 4.2. Ley General de Sanidad

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)
CAPÍTULO TERCERO

DE LA SALUD MENTAL
ARTÍCULO 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.
-

4.1.3. La atención integral en la comunidad

Como ya se comentó anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Resulta pues evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención, adecuada e integral, a la población enferma mental crónica en general y a las personas que sufren esquizofrenia en especial. El concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario” desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red coordinada de

servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los enfermos mentales crónicos en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
- Protección legal y defensa de sus derechos.
- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atiendan necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

En el contexto español, para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

4.2. Planteamiento global de la intervención: principales objetivos y áreas de actuación

En los capítulos anteriores se ha ofrecido una descripción de las características y problemáticas que definen a la esquizofrenia y se ha planteado la necesidad de un proceso de evaluación que abarque todos los aspectos relevantes de este trastorno. Asimismo, en el anterior apartado de este mismo capítulo se ha enfatizado la necesidad de tener en cuenta la problemática multidimensional que presentan las personas que sufren esquizofrenia y las personas enfermas mentales crónicas en general y la necesidad de articular un adecuado sistema de recursos comunitarios que atienda sus diferentes necesidades tanto sanitarias como psicosociales y sociales.

Por todo ello es evidente que la intervención con una persona afectada de esquizofrenia se debe organizar sobre la base de una evaluación comprensiva que permita un conocimiento global de las problemáticas y de las posibilidades de la persona en las diferentes esferas: sintomatología, funcionamiento psicosocial, desempeño de roles, integración social; y en relación a los distintos entornos sociales y comunitarios en los que la persona vive o puede vivir y a las demandas y exigencias que los mismos plantean.

La intervención debe asentarse en esta evaluación y organizarse igualmente desde una perspectiva de globalidad o atención integral que permita integrar, combinar y complementar las diferentes estrategias de atención que es necesario desarrollar y que han demostrado su eficacia y relevancia; teniendo siempre como marco de actuación un modelo comunitario comprometido con una atención en y desde la comunidad, a través de una gama de servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo social que facilite el mantenimiento de la persona con esquizofrenia en el entorno social y apoye su participación e integración en la sociedad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida.

Teniendo en cuenta el modelo de vulnerabilidad, como marco heurístico para entender el carácter multifactorial del trastorno, y la problemática múltiple que presenta, la intervención con una persona que sufre esquizofrenia se ha de orientar hacia los siguientes *objetivos principales*:

- Control y manejo de la sintomatología y prevención de las recaídas.
- Mejora de las capacidades y habilidades para favorecer un funcionamiento psicosocial lo más autónomo e integrado posible.
- Apoyo a las familias, ofreciéndoles el asesoramiento y formación que necesitan para mejorar la convivencia familiar y apoyar el proceso de atención y rehabilitación de su familiar afectado por esquizofrenia.
- Apoyo al mantenimiento e integración en la comunidad facilitando su participación social activa y el desempeño de roles sociales normalizados.

Éstos son los grandes objetivos que han de guiar la atención integral a una persona con esquizofrenia. Las diferentes intervenciones, que deben combinarse de un modo integrado, incluyen por una parte: tratamiento psiquiátrico, fundamentalmente tratamientos farmacológicos para el control y reducción de la sintomatología psicótica y

la prevención de recaídas con el apoyo de otras estrategias de apoyo psicoterapéutico para la estabilización psicopatológica y el seguimiento y el complemento de nuevas intervenciones de manejo y afrontamiento psicológico de la sintomatología positiva (alucinaciones, delirios). Y por otra parte: intervenciones de tipo psicosocial y social que se orientan a mejorar el nivel de autonomía y de funcionamiento psicosocial y a apoyar su integración social. Esto es lo que constituye el campo de la Rehabilitación psicosocial que, con este objetivo general de mejorar el funcionamiento y apoyar el desempeño de roles sociales y la integración comunitaria, trabaja para reforzar el nivel de capacidades y habilidades personales y sociales de la persona afectada por esquizofrenia, apoyar su funcionamiento activo en la comunidad y a sus familias.

A lo largo de los siguientes apartados de este capítulo se detallaran las pautas y estrategias de intervención de estos dos grandes ámbitos de actuación: *Tratamiento y Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario*, que han de combinarse de un modo integrado y coordinado en la atención integral de una persona afectada de esquizofrenia.

De todos modos, las diferentes intervenciones han de organizarse desde la necesidad del trabajo en equipos multiprofesionales (psicólogos, psiquiatras, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores, etc.) y desde la coordinación activa y coherente entre los diferentes servicios y programas, tanto de tratamiento, hospitalización, rehabilitación y apoyo social, que han de atender las distintas necesidades del paciente pero sin perder nunca de vista la perspectiva de una atención global y ajustada a las características de cada persona. Todo ello articulado en una lógica de atención basada en la “continuidad de cuidados” y en una dimensión temporal de largo plazo por cuanto este colectivo va a necesitar en muchos casos tratamiento, rehabilitación psicosocial y apoyo de un modo continuado.

Asimismo toda la lógica de la atención debe tener presente la necesidad de trabajar para favorecer la participación activa y el protagonismo de la persona afectada y de su familia y entorno, en todo su proceso de atención que debe organizarse desde un estilo de atención flexible, cercano, accesible y coordinado, que no pierda nunca de vista al individuo como persona y que se oriente a mejorar su funcionamiento, su calidad de vida y su participación activa en la sociedad.

4.3. Intervenciones farmacológicas y estrategias para el manejo de síntomas

Como se ha explicado anteriormente, una forma práctica de abordar el tratamiento global de la esquizofrenia puede consistir en diferenciar la sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, etc.) de la sintomatología negativa (ver [capítulo 1](#)). Para el primer grupo de síntomas es fundamental una intervención médica con la prescripción en la mayoría de los casos de medicación neuroléptica, apoyada en ocasiones con la posibilidad de intervenir psicológicamente para reducir la frecuencia o intensidad de alucinaciones y delirios. De estos temas se tratará a continuación.

4.3.1. Los fármacos antipsicóticos

El tratamiento integral de la enfermedad mental crónica incluye la intervención farmacológica con principios activos que inciden en la sintomatología psiquiátrica. Los medicamentos más utilizados en este tipo de trastornos son los llamados antipsicóticos o neurolépticos. Se trata de sustancias cuyas propiedades permiten disminuir las ideas delirantes, las alucinaciones, y consiguen, en muchos casos, un mejor ajuste comportamental global del individuo tratado.

En relación con la duración de los tratamientos con antipsicóticos, no existe un acuerdo unánime entre los especialistas, recomendándose intervenciones nunca inferiores a los 12 meses. Ante episodios repetidos de cuadros psicóticos, ningún profesional de la psiquiatría dudaría en prescribir un tratamiento por tiempo indefinido.

Existen dos tipos fundamentales de antipsicóticos:

- a) Antipsicóticos convencionales, que regulan el efecto de la dopamina. Los principios activos más frecuentemente empleados en esta familia de medicamentos son: Haloperidol, Benperidol, Bromperidol, Bultaperazina, Clorpromazina, Clorptotixena, Clopentixol, Clotiapina, Droperidol, Fluenizona, Flupentixol, Flofenazina, Levomepromazina, Oxipentina, Penfluridol, Perazina, Pimozide, Pipamperona, Promazina, Prometazina, Sulpirida y Tiorizadina.
- b) Nuevos antipsicóticos o antipsicóticos atípicos, que actúan no sólo regulando el efecto de la dopamina, sino también el de la serotonina. La ventaja que presentan estos nuevos medicamentos para la esquizofrenia es que producen efectos secundarios con menor frecuencia e intensidad que los antipsicóticos convencionales, mejorando no sólo los síntomas positivos sino también los negativos. Uno de los problemas fundamentales de estos neurolépticos es el elevado coste económico que suponen, teniendo en cuenta su carácter prolongado de administración. Los más empleados hasta el momento son: Arnisulpirida, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Sertindol y Zotapina.

Los efectos secundarios más frecuentes de estos medicamentos aparecen resumidos en el [cuadro 4.3](#).

A pesar de esta amplia lista, desgraciadamente, ni se puede prescindir de estos medicamentos en el tratamiento de la esquizofrenia, ni existen otros que, con menores efectos secundarios alcancen los mismos objetivos. Así, debe mantenerse la pauta de medicación adecuada, a la mínima dosis eficaz, para evitar la recaída.

Los problemas fundamentales que suponen los tratamientos farmacológicos para la esquizofrenia en el proceso de rehabilitación son:

1. La dificultad que presentan los pacientes para tolerar los efectos secundarios.
2. La dificultad que presentan los profesionales para explicarles que el tratamiento está contraindicado con el consumo de alcohol.
3. Su elevado coste económico.
4. Que, a menudo, se tienen que prescribir con antidepresivos.
5. Que la familia no esté de acuerdo con la medicación prescrita.

Por esto, la adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los aspectos fundamentales que deben incluirse en los programas de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos, con el doble objetivo de conseguir el mantenimiento de la medicación prescrita por el psiquiatra y aumentar la capacidad de tolerancia y manejo de los efectos secundarios de dichos fármacos.

Cuadro 4.3. Listado de los principales efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, sensaciones experimentadas por los individuos y consecuencias cognitivas de los mismos

<i>Efectos secundarios</i>	<i>Síntomas o sensaciones</i>	<i>Consecuencias cognitivas</i>
Acatisia	Inquietud Aumento de la movilidad	Dificultad en la capacidad atencional
Acinesia	Lentitud Falta de energía	Aumento del tiempo de reacción, enlentecimiento
Anticolinergia	Sequedad de boca Estreñimiento Visión borrosa Problemas al orinar Dificultades en memoria Confusión	Actuación cognitiva disminuida Menor capacidad para aprender Dificultad en la lectura
Disquinesia	Movimientos de torsión en la boca, lengua, extremidades Puede convertirse en un síntoma crónico (disquinesia tardía)	
Distonia	Posturas anormales en los ojos o en el resto del cuerpo	
Parkinsonismo	Temblores Rigidez Inexpresividad facial	
Sedación	Adormecimiento	Enlentecimiento de la capacidad de procesamiento de información
Dificultades sexuales	Problemas de erección Trastornos de la eyaculación	
Trastornos menstruales	Dismenorrea Amenorrea	
Temblores	Temblores en manos, piernas	
Aumento de peso		

Con una elevada frecuencia, es necesario el tratamiento con correctores para alguno de dichos efectos, como sucede en el caso del parkinsonismo (efectos extrapiramidales), la distonía aguda o la inquietud psicomotriz. Por ello es necesario añadir estos correctores al tratamiento psiquiátrico, lo que implica aumentar los medicamentos prescritos y las probabilidades de que el paciente plantee quejas por la cantidad de medicinas que toma, dificultándose así la adherencia al tratamiento.

Para la ayuda al cumplimiento de los tratamientos farmacológicos en esquizofrenia se ha creado la medicación *depot*. Consiste en una presentación de los mismos principios activos, con una indicación de administración mucho más distanciada en el tiempo y por vía inyectada. En determinados casos esta variante de tratamiento mejora el nivel de cumplimiento, especialmente cuando la autonomía es escasa, la conciencia de enfermedad deficiente o el medio familiar circundante no consigue asegurar la toma diaria por vía oral. Esta nueva modalidad, al igual que cualquier otra, no permite, sin embargo, la administración de la medicación antipsicótica, ni de ninguna otra índole, en contra de la voluntad del paciente. Resulta relativamente frecuente que los pacientes sin conciencia de enfermedad se nieguen a seguir los tratamientos.

La única vía, entonces, reside en el trabajo a medio plazo con el usuario (en perfecta coordinación entre el psiquiatra y el resto de los profesionales implicados), con el objetivo de que su nivel de conciencia de enfermedad aumente, reconociendo que los tratamientos farmacológicos, a pesar de presentar efectos indeseados, permiten prevenir los ingresos psiquiátricos, el deterioro y el aumento del nivel de adaptación general del individuo en su entorno.

Además de los fármacos específicos a los que se ha hecho referencia, existen otros tipos empleados con frecuencia en esquizofrenia. En efecto, los enfermos mentales crónicos a menudo presentan cuadros mixtos, con síntomas propios de otros trastornos psíquicos, tales como ansiedad, depresión, insomnio, etc. Por eso en el tratamiento de este tipo de pacientes se encuentran con alta frecuencia prescripciones de principios activos no dirigidos al manejo de los síntomas delirantes o las alucinaciones. Estas familias de medicamentos (sales de litio, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos o estimulantes) resultan ser fármacos ampliamente empleados para la estabilización de los pacientes esquizofrénicos.

La supresión de la medicación antipsicótica debe ser llevada a cabo por un profesional experto en psiquiatría que, además, conozca con detalle la evolución del paciente concreto. En cualquier caso, ha de hacerse de una forma graduada, con pequeños descensos de las dosis, comprobando a medio plazo los efectos que estas modificaciones tienen sobre el cuadro del enfermo.

4.3.2. Otras estrategias psicológicas para el manejo de los síntomas positivos

Tradicionalmente, la esquizofrenia ha formado parte de la psicopatología “pesada”

y el campo de actuación ha sido reservado a los psiquiatras que, con más o menos éxito, han empleado las distintas estrategias de abordaje (generalmente farmacológicas) para este tipo de pacientes.

Por otro lado, existe un grupo de pacientes esquizofrénicos que, a pesar de encontrarse en tratamiento con dichos fármacos son resistentes al tratamiento, de forma que no llegan a ver reducido este grupo de síntomas. En otros casos las recaídas son frecuentes.

Por estas razones se vienen ensayado otros abordajes psicoterapéuticos de la problemática delirante inherente a la esquizofrenia, bien como complemento a la intervención médica, o bien como sustituto de la misma, en aquellos casos en los que la medicación se ha revelado ineficaz.

Entre dichos abordajes, los más empleados han sido encuadrados dentro de la modificación de la conducta y podemos enumerar como los más relevantes:

- a) Tratamientos de control del delirio a través de contingencias. Este tipo de intervenciones ha sido muy empleado en el caso de enfermos institucionalizados, a través de la utilización de distintos tipos de refuerzo y de castigos proporcionados como consecuencia de la extinción o aparición de ideas de contenido delirante respectivamente.

Sin embargo, los resultados no son contundentes, existiendo problemas fundamentalmente en la generalización de los progresos conseguidos y en la estabilidad de las respuestas aprendidas.

- b) Tratamientos de control estimular: la técnica consiste en que el paciente aprenda el proceso de identificación de los estímulos (o situaciones estimulares) antecedentes a las ideas delirantes, convirtiéndolos en estímulos discriminativos para la inhibición de la conducta delirante. El principal problema encontrado en este tipo de intervenciones reside precisamente en la necesidad de que el individuo mantenga dicha situación estimular como la desencadenante del delirio, puesto que, a menudo, se pierde la conciencia de dicho fenómeno.

- c) Tratamientos de reestructuración cognitiva: las intervenciones más frecuentes y sistemáticas han sido de corte cognitivo, apoyándose en las técnicas de modificación y reestructuración de conductas cognitivas. Así se han empleado técnicas de autocontrol de pensamiento, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en autoinstrucciones, modificación de la creencia delirante, etc.

El modelo de intervención de Tarrier y colaboradores (1990) sobre la potenciación de estrategias de afrontamiento (PEA) resulta bastante esclarecedor y útil en este tipo de intervenciones, es por eso que pasamos a continuación a su descripción más pormenorizada.

Consiste en la realización de un análisis funcional de los síntomas delirantes tomados como conducta cognitiva y la potenciación de las estrategias de afrontamiento que el paciente tiene como útiles, así como la generación de nuevas estrategias para contrarrestar aquellos síntomas que no tienen un buen control por falta de la aparición de estrategias eficaces. Los pasos a seguir serán los siguientes:

- En primera instancia, lo que el terapeuta debe realizar es un análisis de cuáles son los síntomas que aparecen, entender su naturaleza, el contenido de las ideas delirantes, la modalidad sensorial en la que se presentan las alucinaciones, etc.
- Una vez establecida la naturaleza de los síntomas hay que interrogar al paciente sobre las reacciones emocionales, conductuales y cognitivas que dichos síntomas les producen, de forma que esté en disposición de conocer cómo afecta este conjunto de ideas delirantes o alucinaciones al individuo, tanto en el ámbito emocional, de comportamiento o de pensamiento.
- En un paso posterior se debe indagar sobre las situaciones en las que estos síntomas aparecen o se predisponen a ello. Para su exploración es conveniente realizar entrevistas de rastreo de las distintas situaciones, determinando con la mayor precisión posible los antecedentes del inicio de la sintomatología psicótica.
- Es importante además conocer las consecuencias a medio/largo plazo de dichos síntomas, para poder conocer cuáles son los efectos que éstos tienen en el medio habitual que circunda al individuo, tales como inhibición de las interacciones interpersonales del paciente, evitación social por parte de los demás, etc.
- En un momento posterior, es importante recabar datos sobre las estrategias que el individuo realiza en un intento de afrontamiento de dicha sintomatología, como pensamientos o comportamientos que el paciente desarrolla con el propósito de mitigar, frenar o minimizar la influencia de la sintomatología delirante y/o alucinatoria.
- A continuación se debe evaluar la eficacia de cada una de las mencionadas estrategias de afrontamiento en relación con la capacidad de control del síntoma contra el que se pone en marcha.

Evidentemente, el paso siguiente consiste en el abordaje de los mencionados mecanismos de afrontamiento, intentando generar aquellos que para el paciente concreto se han revelado como más eficaces en el control del delirio, y potenciar el aprendizaje y empleo de aquellos que, con potencial eficacia, no se encuentren en el repertorio de estrategias de ayuda con que el individuo cuenta.

Se ofrece a continuación un listado ilustrativo de algunas de las estrategias que pueden tenerse en cuenta desde este modelo de intervención.

1. Estrategias cognitivas:

- a) Desviación de la atención: dirigir la atención a otro punto (distracción).
- b) Restricción de la atención: reducir el intervalo de atención.
- c) Autoafirmación: utilizar la conducta verbal para dirigir el comportamiento o atribución.

2. Estrategias conductuales:

- a) Aumentar los niveles de actividad.
- b) Aumentar la actividad social: iniciar compromisos sociales.
- c) Reducción de la actividad social: disminuir el número de compromisos sociales.
- d) Comprobación de la realidad: comprobación de acontecimientos causales.

3. Estrategias sensoriales.

4. Estrategias fisiológicas.

Los problemas o dificultades que los propios autores del modelo enumeran son:

- Necesidad de conseguir un compromiso inicial por parte del paciente, sin el cual es difícil el planteamiento de la situación terapéutica necesaria.
- Dificultad para rebatir la convicción absoluta de las creencias alucinatorias, apareciendo así la confrontación entre el criterio lógico del terapeuta y el distanciamiento de la realidad del paciente.
- Necesidad de una actitud positiva (de aceptación) por parte del terapeuta ante los síntomas psicóticos del paciente.
- Necesidad de la combinación de este modelo de intervención con otros programas de rehabilitación psicosocial, facilitando así un proceso integrador que contribuya a la mejoría de los síntomas psicóticos y aumento de los niveles de funcionamiento del paciente.

Por lo tanto, se deben valorar las características del paciente, del terapeuta y de la relación que se establece entre ambos para asegurar que las posibles dificultades mencionadas no serán un claro obstáculo durante el proceso de intervención. Por último, y dado que en esta colección hay un libro específico que trata de los delirios, alucinaciones y su modificación, se remite a él para ver en profundidad el tratamiento

psicológico de estos síntomas.

4.4. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario

A lo largo de los últimos años la Rehabilitación psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con esquizofrenia. Es un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas y que se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, a la mejora de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. En este apartado se presentarán primero los elementos definitorios de la rehabilitación psicosocial: características básicas, objetivos y principios de atención. A continuación se expondrán la metodología y las fases de la intervención en rehabilitación psicosocial. Posteriormente se ofrecerán algunas consideraciones prácticas sobre cómo favorecer el enganche y motivación del usuario en su proceso de intervención, cuestión esta poco abordada tradicionalmente y de gran relevancia práctica ante un colectivo al que se suele caracterizar como “difícil o poco motivado”.

Por último, se abordarán y describirán las principales áreas de intervención en rehabilitación psicosocial, describiéndose sus contenidos y metodología.

4.4.1. Definición, objetivos y principios básicos

Aunque se pueden encontrar antecedentes de prácticas rehabilitadoras en la historia de la atención psiquiátrica, la Rehabilitación psicosocial es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, que ha ido ganando un lugar específico y un papel cada vez más relevante en la atención integral al enfermo mental crónico en general y en especial a las personas con esquizofrenia. La emergencia y desarrollo del campo de la rehabilitación psicosocial sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica (Desviat, 1995). En el modelo de atención manicomial basado en la institucionalización y la reclusión asilar, la rehabilitación tiene apenas un carácter residual y secundario, confundida con el mundo marginal de la laborterapia y las actividades meramente ocupacionales. Sólo en un modelo de atención comunitario que se plantea no apartar al enfermo mental de la sociedad ni recluirlo o aislarlo en instituciones especiales, sino que busca su atención y mantenimiento en la comunidad adquiere pleno sentido y coherencia el concepto y el proceso de la rehabilitación. En este modelo comunitario se hace necesaria la rehabilitación para ayudar

a los pacientes reclusos en hospitales psiquiátricos en el difícil tránsito de vuelta a la sociedad, y se necesita aún más para apoyar al enfermo mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible. En este marco propiciado por los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización confluyeron diferentes factores que fueron determinando la emergencia y desarrollo del campo de la Rehabilitación psicosocial (Anthony y Liberman, 1986) y que, sintéticamente, serían entre otros los que se recogen en el [cuadro 4.4](#):

Cuadro 4.4. Factores influyentes en el desarrollo del campo de la Rehabilitación psicosocial

-
- Las demandas y necesidades que supone el proceso de desinstitucionalización y reinserción comunitaria para los pacientes crónicos.
El énfasis de los nuevos modelos de atención en salud mental en el mantenimiento e integración de los nuevos crónicos en el entorno social.
 - Las discapacidades y déficit en el funcionamiento psicosocial generados y/o asociados a las enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia por ejemplo) que dificultan el manejo autónomo y la integración comunitaria de las personas que las sufren.
 - Las limitaciones de los tratamientos psicofarmacológicos y la escasa eficacia de los abordajes psicoterapéuticos tradicionales para mejorar las discapacidades funcionales de dichos pacientes y ayudarles a desenvolverse de un modo lo más autónomo y normalizado posible en los diferentes ambientes y roles comunitarios.
 - La extensión de la filosofía de normalización y de la ideología del movimiento de derechos humanos al ámbito de los enfermos mentales crónicos, con el consiguiente énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad.
 - El desarrollo y aplicación de nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva y el área de los recursos humanos, que han resultado eficaces y de gran relevancia para la rehabilitación de las personas con discapacidades psiquiátricas.
-

El término “Rehabilitación psicosocial” (en ocasiones en la literatura se utiliza también el término “Rehabilitación psiquiátrica”) hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves, en especial esquizofrenia. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estos individuos, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social. Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno. Así, actualmente, se podría afirmar que *la rehabilitación psicosocial se define como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible* (Rodríguez, 1997).

La rehabilitación tiene que ver, por tanto, con ayudar al enfermo mental crónico (cuyo paradigma es la persona con esquizofrenia) a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y a apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación opera intentando apoyar al enfermo mental crónico en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc. La rehabilitación pretende ayudar en todos estos escenarios: colaborando tanto en reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo o de recuperar una autonomía personal deteriorada.

En todos estos objetivos y áreas, los que trabajan en rehabilitación deben articular, de un modo muy flexible e individualizado, múltiples estrategias e intervenciones, utilizando todas aquellas técnicas disponibles provenientes de otros campos: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos marcados ([cuadro 4.5](#)).

Cuadro 4.5. Objetivos principales de la Rehabilitación psicosocial

-
- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.
 - Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
 - Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
 - Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
 - Asesorar y apoyar a las familias de los enfermos mentales crónicos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.
-

La intervención en Rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad; y, por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de

funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico (Lieberman, 1988, 1993).

En este proceso de ayuda y apoyo que supone la rehabilitación, una dimensión fundamental es lo que se podría denominar *filosofía de atención* en rehabilitación. Es decir, aquellos principios-guía o valores que han de orientar las prácticas concretas de rehabilitación. No hay, por supuesto, un cuerpo axiomático o cerrado de principios que constituyan la filosofía de atención en rehabilitación pero sí se puede hacer una aproximación a algunos principios, recogidos en el **cuadro 4.6**, que se han venido sedimentando en el desarrollo de este campo (Pilling, 1991) y que constituyen un armazón básico que sirve para orientar las múltiples y heterogéneas prácticas en rehabilitación.

Cuadro 4.6. *Filosofía de atención en Rehabilitación psicosocial: principios esenciales*

-
- La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia y comprehensiva de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.
 - Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes.
 - La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
 - Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.
 - La rehabilitación debe buscar maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistema de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.
 - Asimismo, debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise.
 - La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo, y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.
 - Debe implicar una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus posibilidades y potencialidades de desarrollo y mejora.
 - Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.
-

Este listado resume los principios esenciales que conforman lo que se ha denominado filosofía de atención en rehabilitación. En ellos se puede advertir la influencia de las ideas del movimiento de derechos humanos, o del principio de normalización, entre otras referencias.

A continuación se describirá la *metodología, fases y estrategias de intervención* en rehabilitación psicosocial.

4.4.2. Metodología y fases de la intervención psicosocial

Aparte de los aspectos metodológicos propios de cualquier intervención psicosocial con colectivos desfavorecidos, cuando se interviene con personas afectadas de alguna enfermedad mental grave es necesario considerar algunas adaptaciones metodológicas específicas que maximicen el éxito de la actuación. Serán estas últimas las que se comentarán aquí, remitiendo al lector a cualquier manual al uso sobre las primeras.

En el [cuadro 4.7](#) se resumen algunas características o peculiaridades de las personas con esquizofrenia que pueden tener una influencia clara a la hora de intervenir. Un conocimiento exhaustivo de cada individuo con el que se trabaja proporcionará el mejor ajuste metodológico posible.

Cuadro 4.7. Peculiaridades de la población

-
- Sintomatología: el contenido de los síntomas, especialmente los llamados positivos, puede tener una clara influencia en la estrategia de intervención. Por ejemplo, una persona que tenga un delirio de persecución, puede mostrar una gran resistencia a cualquier intervención en la calle.
 - Ansiedad: los frecuentes problemas de ansiedad generalizada o social dificultarán las intervenciones que tengan relación con las variables elicitoras de esa respuesta.
 - Patrón de refuerzo: los refuerzos primarios, inmediatos y negativos (frecuentemente relacionados con conductas de escape de situaciones aversivas) son patrones de refuerzos muy frecuentes en esta población.
 - Dificultades cognitivas básicas: los problemas de atención y memoria que se han visto en capítulos anteriores van a dificultar el aprendizaje y exigirán recursos metodológicos imaginativos.
-

Las técnicas de uso habitual en la intervención en Rehabilitación psicosocial son las siguientes: modelado, moldeamiento, *role playing*, *feedback*, programas de refuerzo, contratos, consejo psicológico y tareas. En el [cuadro 4.8](#) se presentan los recursos metodológicos de uso frecuente en la intervención en rehabilitación con personas con esquizofrenia.

Cuadro 4.8. Recursos y apoyos metodológicos

-
- Grabación en vídeo y visionado posterior para que el sujeto pueda observar la ejecución de la habilidad que se está entrenando.
 - Distribución de material escrito para que el sujeto pueda consolidar o ampliar el aprendizaje de la sesión.
 - Vídeos informativos que apoyen las explicaciones que el profesional ofrece en la sesión.
 - Diapositivas, transparencias o uso de pizarra para representar gráficamente contenidos de la intervención.
 - Registros y cuestionarios para evaluar los avances del entrenamiento.
-

Las sesiones de entrenamiento, tanto individual como grupal, han de ser previamente diseñadas por el profesional. La planificación significa tener claros los objetivos, contenidos, material a utilizar y tareas de la sesión. Esta estructuración no

significa rigidez y los profesionales han de ser flexibles a la hora de desarrollar la intervención. Antes de comenzar a intervenir es muy importante crear un clima de confianza que facilite las interacciones posteriores. De todas formas, una sesión estándar de entrenamiento podría seguir la siguiente secuencia:

1. Repaso de los contenidos vistos la sesión anterior. Puede ser útil escribir los conceptos básicos en una pizarra. El repaso se intentará hacer con las aportaciones de los asistentes.
2. Corrección de las tareas asignadas en la sesión anterior. Si alguien no las pudo realizar, intentar analizar los motivos por los que no las hizo, más que reprender al sujeto.
3. Breve resumen de los contenidos que se abordarán haciendo especial hincapié en los beneficios o utilidad de éstos.
4. El profesional ejecuta la habilidad que se intenta enseñar, recalando los elementos esenciales de ésta (se pueden apuntar en la pizarra).
5. El usuario repite el comportamiento anterior. Si el entrenamiento es en grupo se pide al resto de los asistentes que observen con atención la ejecución del compañero para poder dar *feedback* posteriormente. Suele ser poco recomendable que el mismo sujeto haga más de tres ensayos consecutivos. Cada ejecución debe ser reforzada por el profesional. El uso del vídeo puede ser muy útil en esta fase y en la siguiente.
6. Tras reforzar al usuario por el ensayo, se resaltan los elementos adecuados de éste y se sugieren alternativas a los aspectos de la habilidad que necesiten mejoras pudiendo el profesional repetir el ensayo para que el usuario lo vuelva a observar. Es interesante que el resto de los participantes de la sesión intervengan a la hora de dar *feedback* ya que así se consolida el aprendizaje y se mantiene la atención de los asistentes.
7. Rueda de ensayos de cada usuario del grupo siguiendo los pasos anteriores.
8. Breve resumen de la sesión.
9. Asignación de tareas para realizar. Se intentará que sean lo más individualizadas posible para poder atender los problemas particulares de cada persona.

Cuando los asistentes a la sesión presenten déficit cognitivos básicos hay que tener en cuenta sus mayores dificultades para un buen aprovechamiento de ésta. Así, cuando existan problemas relacionados con la atención, las sesiones han de ser cortas en duración, utilizando variados recursos metodológicos y cambiando continuamente de uno a otro (vídeo, diapositivas, pizarra, etc.), el profesional debe moverse y no permanecer sentado, etc. Si la dificultad cognitiva se refiere a la memoria habrá que utilizar el sobrepapel, la práctica de la misma habilidad con diferentes recursos metodológicos, intensificar las tareas a realizar entre sesiones, etc.

La duración de las sesiones se adaptará a las características del participante o participantes. Es más efectiva una sesión corta en tiempo pero intensa frente a una sesión larga pero de poco contenido. Lo habitual es que las sesiones duren entre 30 y 60 minutos pero con una gran variación en función de, además de las capacidades de los asistentes, la complejidad de los contenidos y el lugar de realización.

Las sesiones en el medio son aparentemente más costosas de realizar, especialmente por la mayor dedicación de tiempo de los profesionales, pero a la larga son más efectivas en cuanto que garantizan una mayor contextualización de las habilidades a enseñar, favorecen la generalización y “naturalizan” el entrenamiento. Esta recomendación es especialmente relevante cuando se trabajan áreas relacionadas con la competencia social, manejo en la vivienda, integración sociocomunitaria y ocupación del tiempo libre y ocio.

La generalización de los aprendizajes realizados en las sesiones es un tema central en la buena práctica de la rehabilitación. El proceso de generalización no es algo “mágico” que ocurra espontáneamente, sino que debe ser planificado por el profesional, de forma individualizada y tras un análisis exhaustivo del ambiente donde la habilidad va a tener que ser ejecutada ([cuadro 4.9](#)).

Cuadro 4.9. Estrategias para favorecer la generalización

-
- Maximizar éxitos en la puesta en práctica de la habilidad en el medio.
 - Instaurar habilidades que tengan alta frecuencia de ocurrencia en su entorno.
 - Realizar entrenamientos lo más realistas posibles, incluso en el propio ambiente del sujeto.
 - Cuando se han conseguido instaurar las habilidades necesarias no suspender las sesiones repentinamente, sino reducirlas paulatinamente y mantener un seguimiento prolongado.
 - Asignar tareas a realizar en el medio.
 - Asesorar y entrenar a personas del entorno del sujeto para que refuerce la puesta en práctica de las habilidades.
 - Utilizar en las sesiones de entrenamiento refuerzos semejantes a los que el sujeto puede obtener en su medio.
 - Instaurar progresivamente un patrón de refuerzo intermitente y demorado.
 - Desarrollar en el sujeto habilidades de auto-mantenimiento: que el sujeto aprenda a evaluarse a sí mismo, resolver problemas, auto-reforzarse, etc.
-

La intervención en grupo suele ser muy frecuente en la intervención psicosocial, sin embargo no deben desdeñarse los abordajes individuales que complementen o consoliden los grupales. Así, existen ciertas áreas que, por ser especialmente íntimas (aseo, vestido, sexualidad, etc.) o particulares (orientación en la ciudad, procesos cognitivos básicos, etc.), pueden requerir una intervención individual.

Siendo la esencia de cualquier proceso de rehabilitación la “individualidad”, ésta debe ser preservada incluso en las intervenciones grupales. Los profesionales responsables de un grupo deben conocer los problemas de cada usuario, en especial los referidos al área de entrenamiento de ese grupo, y así poder individualizar los entrenamientos, las tareas, los refuerzos, etc.

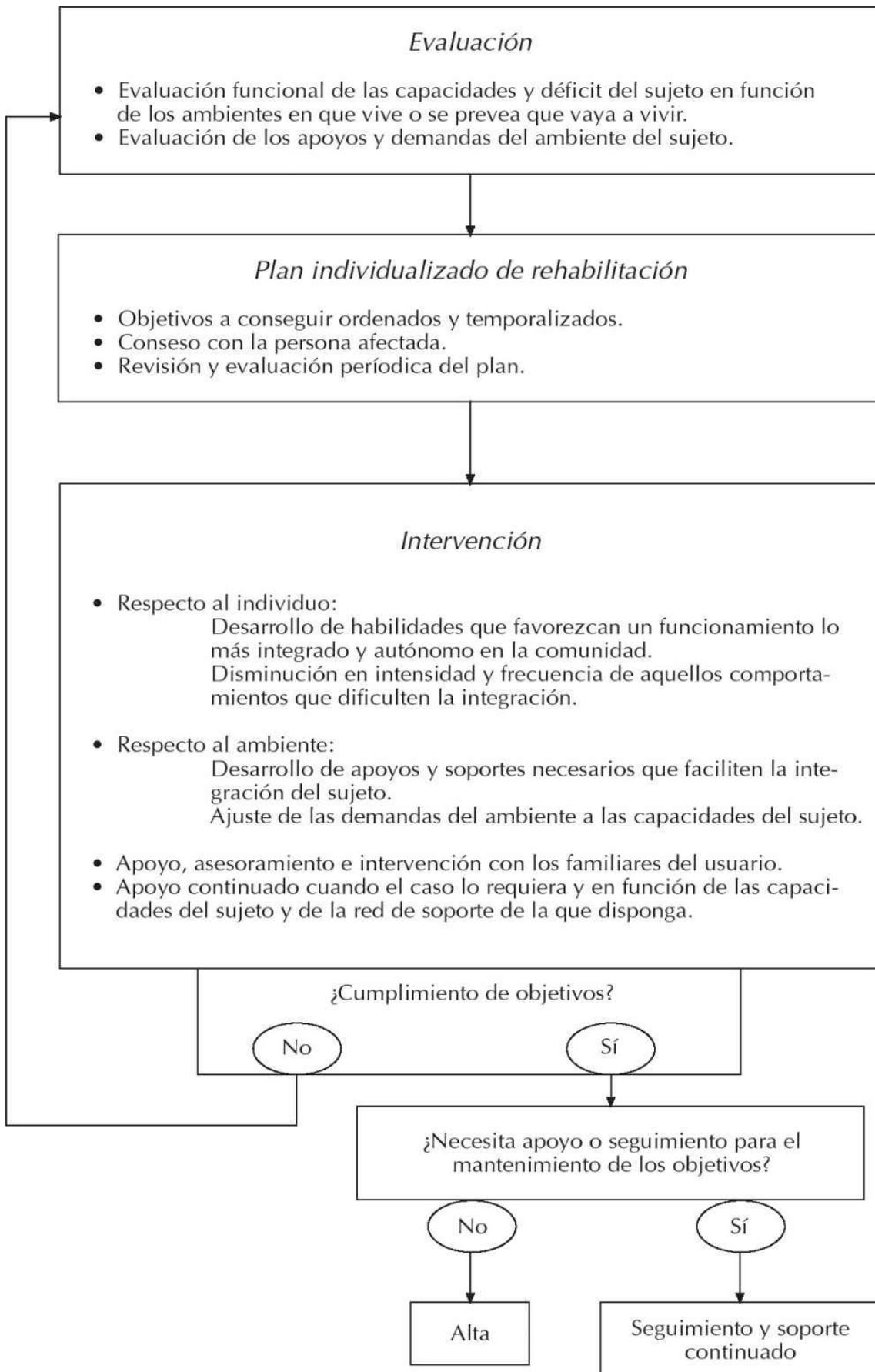
Algunos problemas que frecuentemente aparecen al intervenir en grupo se señalan a

continuación en el [cuadro 4.10](#), junto a posibles soluciones que no obvian un análisis individual de cada uno de ellos.

Cuadro 4.10. Problemas frecuentes en la intervención grupal

<i>Problemas y posibles soluciones</i>
<ul style="list-style-type: none">– Rezagados: <i>apoyo individual.</i>– Rechazo al vídeo: <i>acercamiento progresivo: apagado en la sala, el sujeto graba, de espaldas, etc.</i>– Ansiedad al grupo: <i>desensibilización.</i>– Faltas frecuentes: <i>análisis de causas. Refuerzo de la asistencia.</i>– Comportamientos problemáticos: <i>retirada de atención, tiempo fuera, refuerzo diferencial, abordaje individual.</i>– No realizar tareas: <i>análisis individual. Simplificar tareas. Refuerzo del cumplimiento parcial.</i>

Por último, el proceso de rehabilitación psicosocial se suele estructurar en las fases que aparecen en la [figura 4.1](#). Hay que tener en cuenta que, como todo en rehabilitación, estas fases no son rígidas sino que admiten tantas modificaciones como lo requiera cada caso particular.



4.4.3. Consideraciones prácticas sobre motivación y enganche

Ahora, a punto de iniciar la intervención, se hace necesario abordar dificultades que tienen las personas con esquizofrenia para seguir las prescripciones de los profesionales. Conseguir que estos pacientes tomen con regularidad la medicación y acudan a los dispositivos especializados para participar en las actividades de rehabilitación suelen ser objetivos implícitos, cuando no los principales, en la mayoría de los programas individuales de intervención. Estas dificultades, si no se abordan correcta y decididamente, suelen durar tanto como la propia enfermedad y suponen una rémora enorme y permanente para la mejoría, llegando, en algunos momentos de extrema gravedad, a bloquear de tal forma las posibilidades de atención que el tratamiento involuntario, con todos sus problemas, queda como única alternativa.

Pues bien, reconociendo las limitaciones del conocimiento actual sobre la esquizofrenia, sí que se dispone de algunas explicaciones acerca de las razones por las cuales los pacientes no siguen las prescripciones profesionales. Algunas de ellas (como la escasa conciencia de estar enfermos, la presencia de sintomatología que les impide salir a la calle o realizar tareas muy sencillas en la residencia, la carencia de habilidades, etc.) son sólo modificables en la medida, precisamente, en que los pacientes se incorporan a un proceso de intervención psicosocial y tratamiento y se recuperan de la esquizofrenia. Pero otras, que se detallan a continuación, no son responsabilidad del paciente ni atribuibles a su enfermedad, sino que dependen del sistema de atención, de la organización de los servicios y de las prácticas cotidianas de los profesionales.

Las diez recomendaciones que aquí se proponen en muchos de los casos no son sólo pasos previos para el tratamiento que sí se sabe que favorece la recuperación de la enfermedad (medicación, programas de entrenamiento estructurados, actividades de soporte comunitario, etc.). Estas variables, estrechamente relacionadas entre sí, *constituyen una forma básica e imprescindible de intervención*, operando directa e indirectamente cambios favorables en los pacientes (se sienten escuchados y valorados, comprueban que existen respuestas ágiles para sus necesidades concretas, etc.) y estableciendo condiciones necesarias sin las que ninguna otra intervención dispone de oportunidad alguna de éxito.

Finalmente, es necesario decir que es tarea de todos los profesionales con alguna responsabilidad sobre la atención trabajar activa y decididamente para modificar estas variables de la forma que convenga y sea posible en cada caso. No se debe permanecer impasible ante la desmotivación de los pacientes para el tratamiento, argumentando que es una característica de la enfermedad ante la que nada se puede hacer. Más bien, la falta de seguimiento de las pautas de tratamiento por parte de los pacientes y su desconexión de los servicios y de sus profesionales, se explica, en un alto grado, por los aspectos que

aquí se pasan a comentar y que actúan como *facilitadores* de la motivación del paciente.

Para contextualizar este tema, en el [cuadro 4.11](#) se exponen las expresiones más frecuentes de desmotivación que suelen referir las personas con esquizofrenia.

Cuadro 4.11. Expresiones de desmotivación en los pacientes

-
- “¿Cómo acudir a un servicio al que tardo en llegar más de una hora para que me atiendan durante 10 minutos, sin casi escucharme, donde me dicen cosas que no comprendo del todo y que creo que no tienen nada que ver con lo que yo pienso que necesito?”
 - “¿Cómo estar motivado para acudir a un servicio donde no se me permite tomar un café, bajo el pretexto de que ‘nos’ pone nerviosos, cosa que no es cierta, en mi caso?”
 - “¿Cómo aclararme si cada profesional me trata de una forma y me da un consejo diferente? ¿De quién me fío?”
 - “¿Cómo acudir con ganas a un servicio que no me ofrece respuestas a lo que yo le pido?”
 - “¿Cómo esforzarme si los profesionales que me atienden no creen que pueda tener solución?”
 - “Por más que vaya a ver a los profesionales, donde tengo los problemas es aquí, solo, en mi cuarto; es aquí donde empiezo a ponerme nervioso, donde me desespero y no sé qué hacer”
 - “Parece que dejé de importarles cuando vieron que no podía mantener mi empleo; no les gustó que prefiriera quedarme con mi pensión y olvidarme para siempre de trabajar.”
 - “¿Cómo estar motivado para iniciar un tratamiento si sé que me espera, otra vez, una puerta cerrada donde más me interesa acceder, al trabajo?”
 - “¿Cómo estar motivado para el tratamiento si cada profesional me dice que lo que me conviene es una cosa distinta?”
 - “¿Cómo estar motivado para el tratamiento si me tratan como un niño, incapaz de saber qué me pasa, de tomar decisiones y de opinar...?”
-

A) Factores dependientes de los Servicios de Atención

Actualmente son muchos los tipos de servicios necesarios para atender correctamente las múltiples necesidades de las personas con esquizofrenia a lo largo de toda su vida. Las recomendaciones que aquí se hacen son aplicables a todos ellos, independientemente de su denominación, composición profesional, objetivo central de trabajo, etc.

1. *Los servicios deben resultar accesibles y próximos.* Todos los ciudadanos exigen que los servicios públicos (los bancos, los supermercados, el ayuntamiento, etc.) tengan horarios flexibles, compatibles con su actividad laboral y ocupaciones cotidianas y que dispongan de “ventanillas” lo más próximas a su domicilio. Pero cuesta entender que un paciente, cuyas dificultades especiales se deberían conocer, solicite atención en un horario especial o que incluso quiera que se le atienda sin cita previa.
2. *Los servicios deben disponer de normativas individualizadas.* Una de las

peores características de los grandes hospitales psiquiátricos del pasado, cuando se les conocía como manicomios, era la ausencia de individualidad en el trato, cuando no en el tratamiento, a los internos. Esa igualdad para todos, tan loable en términos de justicia y de equidad social, desde el punto de vista del aprendizaje es una aberración.

3. *Los servicios deben trabajar en equipo bajo consensos esenciales.* La agilidad necesaria para tomar decisiones dentro de un equipo de trabajo exige superar diferencias teóricas (propias de las distintas corrientes de la psicología y psiquiatría) e ideológicas de sus integrantes. Para respetar el propio e intransferible desarrollo técnico y personal de cada profesional, es recomendable que los equipos alcancen consensos acerca de cuestiones centrales del trabajo con los pacientes.
4. *Los servicios deben poder ofrecer respuestas a los problemas vitales de sus usuarios.* Las energías que tienen los pacientes (muchas veces escasas después de fracasos anteriores) cuando inician procesos de tratamiento y rehabilitación suelen reunirse en torno a aspectos que para ellos tienen un alto valor: alcanzar un trabajo, poder tener un compañero/a afectivo/a, poder irse de casa y vivir independientes, etc. Desde los servicios profesionales, sin embargo, conocedores de todas las variables que explican los fracasos de los pacientes en esas áreas que tanto les preocupan, se les suele proponer planes de trabajo que se parecen bien poco a sus deseos. Por ejemplo, se les habla de tomar la medicación, de habilidades sociales, de rehabilitación cognitiva, etc.

B) Factores dependientes de los profesionales

A caballo entre las redes de atención bien dotadas y los servicios orientados al paciente, al final, siempre es en la relación entre el paciente y su profesional de referencia donde todos los esfuerzos recogen sus frutos o se malgastan. Si bien un profesional no es capaz de resolver él solo las carencias de una red insuficiente o inadecuada, sí que puede echar por la borda todos los esfuerzos de un sistema de atención u organización.

5. *Debe proporcionarse una información positiva y veraz a quien sufre la esquizofrenia.* Son bastantes los profesionales que siguen pensando que un diagnóstico de esquizofrenia es sinónimo siempre de una evolución defectual, independientemente de la actitud del enfermo, de su entorno próximo.
6. *El profesional debe trabajar fuera del despacho siempre que sea necesario.* El trabajo, para ser eficaz, debe desarrollarse allí donde las personas tienen los problemas: en su dormitorio, en el bar debajo de su casa, en la piscina a

la que antes iba, etc.

7. *El profesional debe saber dosificar a lo largo de muchos años su entusiasmo y energía en la relación con los pacientes.* El optimismo de los profesionales debe surgir del conocimiento, del realismo y de la valoración de los logros, pequeños y grandes, alcanzados por sus pacientes más que del voluntarismo. Entre sus limitaciones el profesional debe integrar las del sistema en el que trabaja y aprender a saber cuándo debe “pedir” algo a la persona con esquizofrenia y cuándo “esperar” a que las condiciones, de todo tipo, resulten más favorables.

C) Factores dependientes de los Sistemas de Atención

Habitualmente no se responsabiliza a las políticas de atención y presupuestos de un país, a las leyes, a los aspectos culturales ni a otras cuestiones generales de las situaciones concretas y cotidianas de las personas. Parece que existe demasiada distancia entre ambos aspectos.

8. *Deben aprobarse leyes y promoverse acciones que faciliten la integración laboral y social de las personas con esquizofrenia.* En sus procesos de recuperación, los pacientes se encuentran muros que no pueden superar. Esta carencia de medios no sólo impide comprobar hasta dónde podría llegar esa recuperación iniciada, sino que agrava la historia de aprendizaje del paciente, ya repleta de fracasos, y disminuye las probabilidades de que vuelva a intentarlo. Una discriminación positiva que facilitara su acceso al trabajo, además de dar continuidad a su tratamiento, podría devolverles la satisfacción, la salud y una cierta independencia económica sin la que, en nuestra sociedad actual, es muy difícil la integración.
9. *Debe asegurarse una red de atención integral con coordinación estructurada.* El riesgo de descoordinación entre todos los servicios implicados puede acabar pagándolo el paciente. Si cada uno de los dispositivos de atención trata de desarrollar su propio plan de trabajo, cabe que estos planes sean múltiples (tantos como servicios y/o profesionales atienden al paciente) y el esperado efecto multiplicador (o, al menos, sumatorio) de los beneficios se torne contradicción, parcialidad y confusión para el paciente.
10. *Debe asegurarse la formación de los profesionales.* La simple existencia de recursos especializados para atender a quienes padecen esquizofrenia no debería ser el punto final de un sistema de atención. La reforma psiquiátrica se volcó en buscar nuevos dispositivos de atención para los pacientes, pero no se ocupó tanto de la nueva formación que requerían los

profesionales, olvidándose de que antiguos métodos en lugares nuevos pueden facilitar la repetición de los errores.

4.5. Principales áreas de intervención en rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario

Una vez definido el planteamiento global de la intervención en esquizofrenia y abordada la perspectiva farmacológica y las consideraciones previas sobre motivación del paciente, se expone a continuación el conjunto de actuaciones o áreas que es preciso cubrir para ofrecer una intervención global y completa en todos los aspectos psicosociales y sociales.

Como ya se ha explicado anteriormente, no se trata de un “paquete” de programas, en los que haya que incluir al individuo, sino del conjunto de actuaciones en los diferentes campos de necesidades, expectativas o demandas que, interrelacionados convenientemente, permitan lograr los objetivos de mejora de calidad de vida, ajuste a la vida cotidiana y adecuado desempeño social, en función del plan individualizado de atención de cada persona.

4.5.1. Actividades de la vida diaria

Los autocuidados y las actividades de la vida diaria engloban aspectos fundamentales en el desarrollo cotidiano de los quehaceres de todos los individuos. Se trata de un conjunto de habilidades de capital importancia de cara al aumento de la autonomía de las personas con esquizofrenia y a la normalización de su vida. Por esto se debe prestar una especial atención a dichas áreas en el proceso de rehabilitación de este colectivo. Se analizarán cada una de ellas de forma independiente.

A) Autocuidados

Este conjunto de actividades hace referencia a todas las habilidades encaminadas a mantener la capacidad de cuidado autónomo en aspectos básicos del individuo. También pueden llamarse *habilidades básicas de la vida diaria*, y se incluyen bajo este epígrafe el aseo personal (higiene y vestido) y los hábitos saludables (alimentación y nutrición, higiene del sueño y cuidados de salud).

Los objetivos fundamentales de esta área son:

- Adquisición y/o mantenimiento de hábitos de independencia en el cuidado, aseo e imagen personal y la frecuencia de los mismos.
- Potenciación del cuidado del aspecto exterior del individuo, combinando las normas sociales y sus preferencias personales.
- Aumento de la capacidad del usuario para el desarrollo y mantenimiento de hábitos encaminados a preservar su salud y bienestar global.
- Mejora de los conocimientos acerca de las conductas precursoras de salud e insalubres en distintas áreas.

En el [cuadro 4.12](#) se reflejan de forma resumida las subáreas y las habilidades englobadas dentro de los autocuidados.

Como se puede observar en esta clasificación se trata de aspectos fundamentales y básicos, no solamente porque representan una serie de habilidades que en sí resultan importantes, sino porque, además, tienen implicaciones decisivas en otras áreas (i.e. el aseo personal y la indumentaria inciden de forma directa sobre las relaciones sociales).

En la evaluación de esta área debemos tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

- El primero de ellos hace referencia a la *capacidad* que el individuo tiene para realizar sus autocuidados de forma adecuada y con la suficiente *autonomía*. En este punto resulta imprescindible valorar el nivel de competencia del sujeto a la hora de desempeñar las tareas englobadas en esta área.
- Con mucha frecuencia, estos individuos presentan dificultades a la hora de sentirse *motivados* por el mantenimiento de su higiene personal o el desarrollo de hábitos encaminados a preservar su salud, pudiendo quedar descuidado este aspecto. Es por eso que debemos evaluar con detalle y tener en cuenta a lo largo del proceso de intervención hasta qué punto perciben la necesidad de realizar estas actividades, discriminando entre lo que podría ser falta de la habilidad para realizar las distintas tareas, o ausencia de la motivación necesaria para hacerlas. Resulta frecuente en este colectivo que la motivación para el mantenimiento de sus actividades de cuidado e higiene personal o para el desarrollo de hábitos saludables esté muy por debajo de los niveles deseables, siendo deficientes los resultados en esta área, sin que implique necesariamente una discapacidad para su realización.

Cuadro 4.12. Listado y habilidades englobadas en autocuidados

<i>Subárea</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Habilidad</i>
<i>Aseo personal</i>	Higiene	Uso del inodoro Ducha Lavado de cabeza Higiene dental Afeitado Depilación Higiene íntima Otros aspectos del aseo personal
	Vestido	Elección y combinación de prendas Adecuación a la estación del año Adecuación a la situación
<i>Hábitos saludables</i>	Alimentación y nutrición	Principios básicos de alimentación Contenidos alimenticios
	Sueño	Higiene del sueño Manejo básico de problemas del sueño Sustancias excitantes
	Cuidados para la Salud	Hábitos saludables Enfermedades comunes y tratamientos Ejercicio físico y su importancia

Por lo tanto, en la evaluación de estos aspectos, se ha de ser especialmente cuidadoso, a la hora de intentar determinar el peso de cada uno de estos dos elementos en una ejecución deficiente. Se ofrecen a continuación dos ejemplos de entrevista semiestructurada encaminados a ilustrar este aspecto, con dos posibilidades de respuesta por parte del usuario:

Ejemplo 1:

Juan (psicólogo): ¿Podrías decirme la frecuencia con la que te duchas de forma regular?

Ana (usuaria): La verdad es que solamente una vez cada semana más o menos.

Juan: Bien, ¿crees que ducharte una vez por semana es suficiente, o piensas que necesitarías hacerlo más a menudo?

Ana: En realidad está bien, tampoco me ensucio tanto, a pesar de lo que dice mi madre.

Ejemplo 2:

Juan: ¿Podrías decirme la frecuencia con la que te duchas de forma regular?

Carlos (usuario): La verdad es que solamente una vez cada semana más o menos.

Juan: Bien, ¿crees que ducharte una vez por semana es suficiente, o piensas que necesitarías hacerlo más a menudo?

Carlos: Es que me cuesta mucho, mi madre siempre me está diciendo cómo debería hacerlo y que lo haga cada día. Pero es mucho para mí.

Juan: ¿De modo que si te resultara más sencillo ducharte, estarías dispuesto a hacerlo más de una vez en semana?

Carlos: Sí, creo que lo haría dos o tres veces.

Aunque en los dos ejemplos se muestran usuarios con una frecuencia de ducha deficiente, resultan claramente distintos: mientras que en el primero de los casos se presenta una persona con un bajo nivel de motivación, en el segundo se puede considerar que la baja frecuencia de aseo personal se debe, más probablemente, a una dificultad para la realización de la tarea, bien por desconocimiento de la misma o por un hándicap en el que se deberá profundizar.

Para el entrenamiento en autocuidados, se ha de atender a todas y cada una de las habilidades que entran en juego. Para ello se deben considerar las unidades de comportamiento necesarias para la realización de la conducta final.

Si se percibe que el nivel de ejecución de nuestro usuario es deficiente con respecto a la ducha, se ha de evaluar cada uno de los comportamientos que molecularmente se integran en la conducta-resultado final, para poder detectar dónde se encuentran las dificultades, y poder actuar sobre ellas en la fase de intervención.

En el formato de registro que se ofrece a continuación ([cuadro 4.13](#)) es posible anotar las deficiencias que se observen en el proceso de evaluación del individuo, haciendo referencia, si fuera necesario, a cada uno de los comportamientos implicados en la tarea global.

Cuadro 4.13. Ejemplo de registro de evaluación y/o desempeño de la habilidad de ducha

<i>Autocuidados:</i>	<i>Desempeño</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Nivel de autonomía</i>
Ducha			
...			

Se analizarán las estrategias de intervención más adelante, en este mismo epígrafe.

B) Actividades de la vida diaria

Dentro de este apartado se pueden englobar aquellas habilidades necesarias para que el individuo presente un adecuado nivel de desempeño y competencia social. Las áreas fundamentales incluidas son: las habilidades de limpieza y organización doméstica, las de manejo social y de recursos sociocomunitarios y los conocimientos básicos (lecto-escritura, cálculo y orientación sociocultural) ([cuadro 4.14](#)).

Las razones que pueden hacer que estas variables se encuentren a niveles por debajo de lo deseable se deben a la propia sintomatología o beneficios secundarios o funcionalidad de la conducta desadaptada.

Así, se deben tener en cuenta estos aspectos para determinar el peso de cada uno de ellos en el déficit que el usuario presenta.

Cuadro 4.14. *Listado de habilidades de la vida diaria y contenidos*

<i>Subárea</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Habilidad</i>
<i>Vivienda</i>	Limpieza doméstica	Técnicas de limpieza Uso de productos de limpieza
	Organización doméstica	Compras domésticas: planificación Almacenamiento de alimentos Cocina básica
<i>Manejo social</i>	Manejo de dinero	Monedas en curso Cambio y correspondencia Contabilidad y presupuestos domésticos
	Comunicación y transporte	Medios de transporte Líneas de metro y autobuses Uso de transportes públicos
	Recursos comunitarios	Distintos recursos comunitarios (culturales, sociales, deportivos, espectáculos)
<i>Conocimientos básicos</i>	Lectoescritura	Lectura básica Hábitos de lectura Reglas ortográficas básicas Gramática Redacción
	Habilidades numéricas	Cálculos sencillos Solución de problemas básicos
	Orientación socio-cultural	Actividades culturales Centros de formación Empleo de bibliotecas: préstamo y consulta Programación de radio y TV

Los objetivos principales en esta área se resumen en el siguiente listado:

- Adquisición y mejora de las capacidades que contribuyan al mantenimiento en la comunidad en las óptimas condiciones de normalización, integración y calidad de vida.
- Aceptación y asunción de responsabilidades.
- Mejora del conocimiento del entorno y aumento de la capacidad del individuo para el manejo de recursos sociocomunitarios disponibles.
- Motivar al paciente con esquizofrenia para recuperar el interés por el autocuidado y el manejo adecuado y gratificante del entorno.

En este caso, se debería proceder de igual forma que en el epígrafe anterior, descomponiendo cada una de las habilidades en sus componentes más moleculares, para determinar aquellos prerrequisitos que el individuo reúne, o los que debe adquirir.

Esta serie de comportamientos podrán ser registrados en formatos durante la fase de evaluación, así como posteriormente, en las sesiones de intervención, bien a través del autoinforme del individuo, bien de allegados del paciente, o del propio evaluador si está presente en la situación.

Se ofrece a continuación un ejemplo de registro para la evaluación del uso de transporte público, como ejemplo de este bloque de habilidades.

C) Intervención para la rehabilitación en las actividades de la vida diaria

Como se ha visto en apartados anteriores, resulta imprescindible, de cara a la intervención en cualquiera de las áreas que se trabaje con la población de enfermos mentales crónicos, asegurar el *enganche* y motivación del individuo. De la misma manera, se ha de contar con un listado exhaustivo de reforzadores significativos para él (pero de difícil saciación), que serán empleados como herramientas de trabajo en el proceso de rehabilitación. Éstos no deben ser insignificantes, pero tampoco excesivos, dado que, con una alta probabilidad, el número de ensayos necesario para el aprendizaje y establecimiento de la conducta deseada será elevado.

En este tipo de individuos, se debe tener muy en cuenta la importancia del refuerzo social (tan frecuentemente escaso en el medio de procedencia del paciente) como una fuente de refuerzos de gran relevancia, especialmente si éstos se administran en presencia de otros compañeros. En este sentido, la combinación de sesiones de intervención individuales y grupales resulta de gran utilidad.

Se ofrece a continuación un listado de las técnicas más frecuentemente empleadas en esta actividad.

- *Instrucciones*: resulta útil proporcionar al paciente instrucciones sobre cómo llevar a cabo las conductas implicadas en cada una de las tareas que

pretendemos recuperar. El contenido instruccional ha de ser sencillo, con frases cortas y claras. Tras cada una de las instrucciones, tras comprobar que el sujeto ha comprendido adecuadamente la instrucción se le pedirá que realice lo que se le ha explicado.

- *Moldeamiento de la conducta*: cuando se trabaja con conductas que implican un elevado nivel de complejidad, se deberán reforzar aquellos comportamientos que se aproximen a la respuesta adecuada, sin esperar a que la ejecución sea la deseada para proporcionar el refuerzo, dado que de esta forma podría provocarse el desánimo del individuo.
- *Modelado*: a veces será necesario ofrecer un modelo adecuado al paciente, para que comprenda lo que debe hacer y lo interiorice. En contra de lo que se suele pensar, el terapeuta no es necesariamente el mejor de los modelos cuando se trabaja con individuos que presentan una gran dificultad para el aprendizaje de determinados comportamientos. En muchos casos, un compañero que se encuentre en un nivel más avanzado de adquisición, o que haya mantenido mejor dicha habilidad concreta, está en mejor disposición de ser atendido y entendido por el individuo que aprende.
- *Role playing*: la técnica del *role playing* combina las anteriores, y resulta muy adecuada para el entrenamiento de este tipo de habilidades. A través de diferentes ensayos por parte del paciente y de los modelos elegidos, se puede conseguir el aprendizaje de habilidades complejas, si el terapeuta muestra la suficiente sensibilidad a las respuestas de aproximación a la ejecución adecuada, para reforzarlas cuando aparezcan.

Los registros que se emplearon para la evaluación del individuo al inicio de la intervención pueden ser utilizados para la valoración de los progresos que se van realizando como consecuencia del de las sesiones de entrenamiento. Con frecuencia, la presentación en el grupo de dichos avances en gráficos sencillos, que muestren un aumento en la intensidad, tasa o duración de las respuestas adecuadas, puede ser un perfecto aliado para el terapeuta, favoreciendo el aumento de la motivación de los individuos del grupo.

A menudo resulta de gran ayuda la inclusión de los miembros de la familia en el aprendizaje de estas habilidades. Es recomendable en muchos casos solicitar, en la medida de lo posible, a los familiares que se impliquen en los procesos de adquisición de estas conductas, a través del refuerzo consensuado con los terapeutas, y de la facilitación de los medios necesarios para la generalización del programa de entrenamiento (y posteriormente de sus resultados) en el medio familiar. En algunos casos puede hacerse necesario recomendar a la familia que ayude al paciente en aquellas actividades en las que presenta dificultades para realizar de forma completamente autónoma. En otros, al contrario, se ha de pedir a los que conviven con el usuario, que le permitan practicar lo que está aprendiendo, aunque el resultado no sea óptimo durante las primeras fases de la intervención.

Como ha podido seguirse a lo largo de la exposición, tanto las habilidades básicas de la vida diaria como las instrumentales suponen un conjunto de comportamientos de gran complejidad en su ejecución, pero, al mismo tiempo, resultan ser elementos básicos para la adaptación del individuo a su entorno habitual de referencia. Por esta razón se hace absolutamente necesario el diseño y programación de su evaluación, así como la intervención sobre estas áreas si fuera necesario. Antes de pasar a la intervención en comportamientos más *ecológicos* y molares, se debe estar seguro de que los pacientes presentan un nivel adecuado en estas tareas.

4.5.2. Psicoeducación con personas diagnosticadas de esquizofrenia

A pesar de la juventud que las intervenciones psicoeducativas en personas afectadas de esquizofrenia tienen en la historia de la atención a esta problemática, en la actualidad esta modalidad de intervención se ha situado en un lugar central en los programas de atención y rehabilitación de estos trastornos.

Varios son los factores que han contribuido a esta situación. Unos son comunes a otras enfermedades y otros son específicos de la esquizofrenia. Entre los primeros cabe destacar una mayor exigencia de los usuarios de los sistemas de salud de información sobre las dolencias que padecen, así como unas políticas sanitarias que cada vez incorporan más elementos de educación tanto a las personas que padecen enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, etc.), como a la población general (enfermedades de transmisión sexual, cáncer, tabaquismo, alcoholismo, etc.).

Existen otros factores más específicos de la esquizofrenia que han contribuido al auge de las intervenciones psicoeducativas:

- Abandonos frecuentes de la medicación en esta población (en torno al 40-80%) y frecuentes prácticas de riesgo de crisis, especialmente el consumo de drogas y alcohol.
- Aumento del conocimiento sobre distintos aspectos de la enfermedad, especialmente desde el campo de las disciplinas socio-sanitarias.
- La rotura de la clásica relación asimétrica profesional-paciente, pasando a protagonizar el usuario un papel decididamente más activo en su recuperación.
- Los indiscutibles beneficios que las intervenciones psicoeducativas con familias han venido demostrando desde los años setenta.
- Las ganancias que una información adecuada sobre la enfermedad aporta a quien la padece (ver [cuadro 4.15](#)).

Cuadro 4.15. Beneficios de ofrecer información sobre la enfermedad

-
- La información mejora la adherencia al tratamiento.
 - Favorece el funcionamiento social y la calidad de vida.
 - Reduce la ansiedad que acompaña al padecimiento de esta enfermedad.
 - Favorece la aceptación de los tratamientos.
 - Racionaliza las atribuciones que el sujeto se hace sobre su enfermedad y síntomas.
 - Ajusta las expectativas inadecuadas sobre el futuro.
-

A) Definición y objetivos de la psicoeducación

La psicoeducación es un proceso de aprendizaje sistemático sobre la enfermedad que se padece, sus limitaciones y la forma de afrontar éstas de la manera más efectiva y competente posible, con el objetivo de que la persona con una enfermedad crónica pueda desenvolverse con la mayor calidad de vida posible.

En el campo de la esquizofrenia existen modelos psicoeducativos amplios que incluyen gran número de habilidades para entrenar con el usuario (ocio, habilidades sociales, actividades de la vida diaria, etc.) y otros en los que se trabaja conjuntamente con las familias y los usuarios. Los abordajes psicoeducativos con las familias a solas (sin el usuario presente) se verán en otro apartado posterior. En este apartado se excluyen los modelos anteriores y se recogen los abordajes psicoeducativos de la persona afectada y centrados en su enfermedad, ya que el resto de las intervenciones que se deben realizar (ocio, habilidades sociales, ansiedad, etc.) se desarrollan en otros apartados de este capítulo. Esta perspectiva sitúa la psicoeducación como parte fundamental de los programas integrales de rehabilitación.

Cuadro 4.16. Objetivos de las intervenciones psicoeducativas

-
- Ofrecer información actualizada, veraz y comprensible sobre la enfermedad.
 - Favorecer la conciencia de enfermedad.
 - Romper la estigmatización y etiquetación de la problemática.
 - Posibilitar una mayor implicación del afectado en su recuperación.
 - Promover la autonomía en todos los aspectos relacionados con la enfermedad.
 - Consolidar una relación profesional-usuario que facilite el proceso de rehabilitación.
 - Mejorar la adherencia al tratamiento, especialmente el farmacológico.
 - Prevenir crisis y reagudizaciones sintomatológicas.
-

La intervención psicoeducativa no es todo aquello que se realiza con técnicas pedagógicas, ni ofrecer sólo información sobre la dolencia. Los programas psicoeducativos deben contemplar un cambio de actitud en los afectados sobre la forma

de entender su enfermedad y además deben favorecer un cambio de hábitos que redunden en una mayor salud y autonomía. La información debe ir complementada con entrenamientos en habilidades prácticas que mejoren la competencia del sujeto en su afrontamiento de la enfermedad.

Los objetivos de las intervenciones psicoeducativas en personas diagnosticadas de esquizofrenia se recogen en el [cuadro 4.16](#).

B) Metodología de las intervenciones psicoeducativas

Aunque la intervención psicoeducativa se puede realizar en un formato individual, parece que la modalidad grupal aporta claros beneficios sobre la anterior. El usuario se ve identificado en sus compañeros, puede intercambiar información entre iguales, reconoce que su problema no es único y puede observar cómo otros usuarios han podido progresar en su proceso de recuperación, con lo que sus expectativas de futuro pueden mejorar.

Además de las recomendaciones metodológicas que se han realizado en el [apartado 4.4.2](#), cuando se realiza un grupo psicoeducativo hay que prestar especial atención a la individualización de los contenidos. No es conveniente diseñar las sesiones con un esquema rígido, con contenidos prefijados de obligado cumplimiento. Se muestra muy útil la utilización de ejemplos de los usuarios, de situaciones que ellos han vivido. El profesional devolvería corregida y estructurada la información aportada.

Ejemplo:

Alejandra (psicóloga): Hoy vamos a hablar del origen de la enfermedad. ¿Alguno de vosotros sabe de dónde le viene su enfermedad?

Alberto (usuario): A mí me dijeron que tengo esquizofrenia porque fumaba porros.

Alejandra: Efectivamente, los porros tienen una sustancia que afecta al cerebro y hace que, si somos propensos a tener esquizofrenia, podamos tener una crisis. En este dibujo podemos verlo con más claridad [...]. ¿Quién más sabe de dónde le viene la enfermedad? [...].

Una estrategia que se muestra eficaz es la participación en algunas sesiones de ex-usuarios o “veteranos”. Las aportaciones de estos modelos pueden ser percibidas como más cercanas por los asistentes, compartir experiencias personales y recibir consejos de “iguales”.

Los recursos pedagógicos de apoyo a las sesiones son muy útiles. El uso de la pizarra, de material escrito o de vídeos de carácter divulgativo, la frecuente utilización de registros, los dibujos explicativos, el uso de transparencias, etc. se muestran como elementos esenciales en el desarrollo del programa.

Evidentemente, el nivel de capacidades del grupo de asistentes determinará la complejidad y la forma en que son presentados los contenidos y el material de apoyo. Es conveniente hacer adaptaciones específicas de estos aspectos para cada grupo y preparar

el material de trabajo con antelación a las sesiones.

Las sesiones suelen ser de una duración de 45 a 60 minutos, aunque un nivel bajo de capacidades del grupo puede hacer necesarias sesiones más cortas. Una sesión a la semana, con tareas para realizar entre ellas, es la frecuencia más habitual.

Las principales técnicas utilizadas en las sesiones aparecen en el [cuadro 4.17](#).

Cuadro 4.17. Técnicas de las intervenciones psicoeducativas

-
- Resolución de problemas.
 - Visionado y discusión de vídeos.
 - *Role play*.
 - Prácticas reales.
 - Tareas para realizar fuera de sesión.
 - Registros.
 - Modelado.
 - Refuerzo social y diferencial de comportamientos adecuados.
-

C) Componentes de la intervención

El programa psicoeducativo tiene como grandes objetivos el que los usuarios conozcan la enfermedad que les afecta y sus consecuencias, que sean lo más autónomos posibles en la consecución y la toma de la medicación, que sepan solucionar las dificultades que surgen en torno a los fármacos y que sigan de forma rigurosa las prescripciones médicas. Para ello, el programa se divide en tres partes: A-Información, B-Autonomía en la toma de la medicación y C-Problemas con la medicación.

• Parte A: información

Esta parte suele ocupar las primeras sesiones del programa y es la más teórica. Se pretende ofrecer información veraz sobre la esquizofrenia y que ésta se ajuste a las capacidades de comprensión de los asistentes. Los contenidos principales se exponen en el [cuadro 4.18](#).

Cuadro 4.18. Contenidos de la parte A del programa psicoeducativo

-
- Información sobre la esquizofrenia.
 - Naturaleza de la enfermedad: diagnóstico, síntomas, etiología, curso y pronóstico.
 - Tratamiento: farmacológico y rehabilitación.
-

- Información sobre fármacos: funciones y beneficios, mecanismos de acción y efectos secundarios.
 - Información sobre recursos asistenciales.
 - Información sobre limitaciones de la enfermedad: consumos de drogas y alcohol, abandonos de la medicación, estrés y estilo de vida.
 - Información sobre pródromos.
 - Discusión y refutación de creencias erróneas o “mitos” sobre la enfermedad.
-

La información sobre la naturaleza de la enfermedad se va a articular en torno al modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia que se ha visto en el [capítulo 2](#) de este libro. Éste se representa con gráficos en los que se intenta señalar la relación entre vulnerabilidad, acontecimientos estresantes y factores protectores (véase [figura 2.1](#)). Los asistentes deben ir completándolos con sus experiencias o conocimientos (por ejemplo, decir situaciones estresantes propias) para particularizar su propio esquema de vulnerabilidad.

La información sobre los síntomas no se ofrece sobre los que aportan los manuales de diagnóstico al uso, sino sobre los síntomas que los asistentes comenten como propios. Se debe intentar diferenciar lo que son síntomas de la enfermedad de otro tipo de sensaciones o malestares que tienen otro origen (por ejemplo en los efectos secundarios de la medicación). La agrupación de los síntomas que van relatando los asistentes en las categorías de positivos y negativos, puede ayudar a ordenar y explicar la diferente naturaleza de ambos tipos de síntomas. Además permite introducir el tema de los tratamientos, que de forma simplificada va a mostrar que el farmacológico intenta atajar fundamentalmente los síntomas positivos y el rehabilitador aborda los negativos. Respecto a este último se hace especial hincapié en el papel activo que el usuario debe asumir en su proceso de rehabilitación.

En el apartado de “Información sobre fármacos” el profesional debe mostrar cierta empatía sobre las razones que los asistentes dan acerca de los inconvenientes de tomar fármacos, e intentar no tanto rebatir estas razones sino mostrar que los beneficios son superiores a los inconvenientes. Hay que resaltar el papel profiláctico frente a recaídas que muestran los fármacos, aportando datos de alguna investigación que muestre cómo la tasa de recaídas es muy superior en personas que no toman neurolépticos. Basándonos en los medicamentos que los asistentes toman se hace una clasificación según el tipo (neurolépticos, hipnóticos, antiparkinsonianos, etc.) y su presentación (pastillas, inyectable, etc.). La utilización de los prospectos puede ser útil para abordar este tema, así como el de los efectos secundarios.

Los mecanismos de acción de los fármacos y el papel de los neurotransmisores se suelen ilustrar con dibujos de neuronas. Las metáforas sobre la acción de los fármacos suelen ser útiles para explicar estos conceptos.

Hay que proporcionar información sobre tolerancia, tiempo de acción y permanencia de los efectos de los fármacos tras su retirada, para relacionarlo con creencias erróneas de acción inmediata, o sensaciones de bienestar tras suspender la toma.

Los efectos secundarios se abordan sobre los planteados por los asistentes. Se diferenciarán efectos menores, que pueden ser aliviados con pequeños remedios, y otros mayores que deben ser consultados con el médico. Se utilizarán los prospectos y en la medida de lo posible se intercambiarán remedios que los asistentes hayan puesto en práctica de forma exitosa en el pasado (cuadro 4.19).

Cuadro 4.19. Ejemplos de posibles efectos secundarios y algunos remedios sencillos

<i>Efecto secundario</i>	<i>Posible remedio</i>
Temblores, efectos extrapiramidales	Consultar médico: tomar correctores.
Espasmos musculares	Consultar con el médico.
Inquietud, rigidez, agitación	Ejercicio físico, relajación.
Disfunción sexual	Consultar con el médico.
Hipotensión	Control dieta, no cambiar bruscamente de posición, realizar movimientos suaves.
Sequedad de boca	Beber agua, chicle, enjuagues.
Visión borrosa	Consultar con el médico.
Estreñimiento	Dieta rica en fibra, laxantes.
Aumento de peso	Control dieta y ejercicio.
Somnolencia y letargo	Actividad física.
Fotosensibilidad	Gafas de sol, pasar progresivamente de la oscuridad a la luz fuerte.
Irregularidades en la menstruación	Consultar con el médico.
Mareos o vértigo ocasional	Levantarse lentamente de donde se está sentado o acostado.

“Si la molestia es muy intensa consultar con el médico”

En la información sobre los recursos asistenciales se hará un repaso de los diferentes dispositivos socio-sanitarios que los usuarios pueden utilizar (centro de salud,

centro de salud mental, unidad de hospitalización, centro de día o de rehabilitación, hospital de día, etc.) repasando las principales funciones de cada uno de ellos y los procedimientos de buen uso (pedir cita, no abusar de las urgencias, avisar si no se puede acudir, etc.). Se hace especial hincapié en la continuidad de los cuidados, en la coordinación entre recursos y en el talante comunitario de la atención.

Las limitaciones que impone la enfermedad se constituyen en un tema central de esta primera parte. Basándose en el modelo de vulnerabilidad se va haciendo un repaso de los diferentes factores de riesgo que los usuarios tienen o han tenido a lo largo de su enfermedad. Los consumos de alcohol y otras drogas son ilustrados con ejemplos y dibujos de cómo estas sustancias ocupan en la neurona los receptores que debería ocupar la medicación. Suele ser muy recomendable que participe en estas sesiones algún usuario “veterano” que haya tenido experiencias personales en estos temas para mostrar con su testimonio el grave riesgo que se corre al consumir tóxicos cuando se tiene esta enfermedad. Se les puede dar material divulgativo general o específico.

Estos modelos también pueden ser muy útiles para recalcar la idea de que a pesar de las limitaciones que la enfermedad impone, se puede llevar una vida muy satisfactoria.

La explicación de las distintas fases que acontecen en una crisis (alarma o pródromos, crisis y recuperación) va a servir para que los asistentes tomen conciencia de la importancia de detectar cuanto antes los primeros signos de la reagudización y puedan actuar ante ellos precozmente (comentarlos con algún familiar cercano, pedir una consulta urgente con el psiquiatra, reducir el nivel de estrés, etc.). Tomando los pródromos que los asistentes relaten de su experiencia se puede ir confeccionando una lista personal de signos precoces, que será de gran utilidad que conozcan también los familiares y profesionales para que éstos puedan actuar a la par del usuario, cuando ocurran. Aunque la lista de pródromos es eminentemente personal se pueden sugerir algunos de los ejemplos siguientes para que los usuarios los puedan identificar como propios ([cuadro 4.20](#)).

Los temas referidos a conceptos erróneos sobre la enfermedad se abordarán según aparezcan espontáneamente en las diferentes sesiones del programa. Al igual que se comentará en la parte C de este programa referida a “mitos” con la medicación, el abordaje de estas creencias se realizará en discusión abierta contrastando estas ideas con datos experimentales que sitúen al usuario en una perspectiva racional sobre la enfermedad.

La parte informativa del programa puede ser apoyada con material escrito para los asistentes que recoja de forma esquemática los conceptos básicos tratados en las sesiones. En la [figura 4.2](#) se ven algunos ejemplos de este material.



FIGURA 4.2. Ejemplos de material para el usuario: riesgos de recaídas.

Cuadro 4.20. Ejemplos de pródromos frecuentes

-
-
- Problemas de sueño
 - Tensión, temor, ansiedad
 - Humor irritable
 - Retraimiento
 - Depresión, tristeza
 - Falta de apetito
 - Agresividad
 - Aislamiento
 - Desconfianza
 - Pérdida de concentración
-
-

• Parte B: Autonomía en la toma de la medicación

Esta segunda parte del programa psicoeducativo se centra en el desarrollo de todas las habilidades relacionadas con la medicación. El nivel de capacidades de los participantes del grupo determinará los temas y la profundidad con los que deben ser abordados, ya que ante sujetos con un alto deterioro puede ser necesario enseñarles habilidades tan básicas como las de, por ejemplo, reconocer una pastilla, y sin embargo con un mayor nivel de capacidades, quizás sólo sea necesario asentar el hábito de la toma. Por todo lo anterior, los contenidos que se exponen en el [cuadro 4.21](#) deben ser adaptados a cada grupo.

Cuadro 4.21. Contenidos de la parte B del programa psicoeducativo

-
-
- Autoadministración de la medicación: reconocer las pastillas, saber las dosis (recordatorios, supervisión, asociación a actividades diarias, etc.), ingesta y guardar la medicación.
 - Renovación de la medicación: reconocer que se acaba, obtención de recetas y compra de la medicación en la farmacia.
 - Ajuste de la medicación: habilidades con el psiquiatra (transmisión-omisión de la información y petición de información y aclaraciones) y uso de la urgencia, hospitalización, adelanto de cita → identificación de pródromos.
-
-

Los primeros contenidos de esta parte son los relacionados con la autoadministración de la medicación. Cada usuario debe traer a la sesión la relación de medicamentos que toma y las dosis. Es conveniente que el responsable del programa disponga también de esta información previamente. Se les pide que identifiquen cada medicamento y si no saben se les dan pistas para que puedan reconocerlo (por ejemplo

según la forma, el tamaño, el color, etc.). Se les explica la forma de anotación de las dosis mediante dígitos (por ejemplo, 0-1-1, 0-2-2) y su relación con el desayuno, comida y cena, dándoles estrategias para recordar las tomas: asociarlas a alguna actividad diaria (comidas, cepillado de dientes, etc.), utilizar notas visibles, cuando es inyectable anotar las fechas de la inyección en un calendario, utilizar pastillero dosificador, etc. Si las dificultades para la toma adecuada de la medicación son importantes es conveniente que las pautas de prescripción sean modificadas por el psiquiatra para facilitar su cumplimiento, por ejemplo agrupando dosis o utilizando inyectables.

Las características que debe reunir el sitio donde se guarda la medicación pueden ser analizadas apuntando en la pizarra las ventajas e inconvenientes de los diferentes lugares donde los usuarios las guardan u otros sitios que se les ocurran, teniendo en cuenta los criterios de seguridad, higiene, accesibilidad y conservación.

Las habilidades para la renovación de la medicación se desarrollarán con estrategias para alertar cuando una medicación se está acabando (uso de calendario, recuento periódico de medicación, etc.) y con entrenamientos reales o simulados sobre obtención de recetas y localización y compra en farmacias.

Los aspectos anteriores de ingesta y renovación de la medicación requieren una estrecha coordinación con las familias o personas encargadas de supervisar la toma de la medicación de los usuarios, en la lógica de que a medida que se adquieran las habilidades y hábitos necesarios, estas personas deleguen progresivamente en el propio usuario la responsabilidad de su medicación. Al principio tendrán un papel de supervisores, instigadores y reforzadores de los comportamientos adecuados de los afectados, para posteriormente ir disminuyendo progresivamente estas funciones.

Las habilidades sociales juegan un papel central en los temas relacionados con el ajuste de la medicación. Las ideas centrales, que deben ser compartidas por todos los usuarios, son las siguientes:

El psiquiatra pretende el mejor ajuste posible de la medicación: los máximos beneficios con los mínimos inconvenientes.

La información que transmitimos al psiquiatra, decirle cómo nos sentimos, es imprescindible para un buen ajuste de la medicación.

A veces hay que probar diferentes combinaciones de medicamentos hasta dar con la que mejor nos sienta.

Si hay algo que no entiendas, pregúntalo.

Las técnicas de modelado, *role playing*, vídeo y *feedback* son especialmente adecuadas para entrenar estas habilidades. Ante posibles olvidos a la hora de relatar ante el psiquiatra aspectos relacionados con la medicación se puede pedir a los usuarios que vayan anotando las cosas que quieren comentarle y utilizar ese registro en la consulta.

El uso de la urgencia y de la hospitalización se trabaja analizando las ventajas e inconvenientes de su uso, las experiencias pasadas de los usuarios, las situaciones en las que deben usarse y las habilidades necesarias para su buen uso: pedir ayuda a un familiar o amigo, localizar las urgencias, petición de citas urgentes, ambulancias, etc.

• *Parte C: Problemas con la medicación*

Esta parte del programa está reservada a desmontar mitos y falsas creencias sobre la medicación y a dotar a los asistentes de las estrategias necesarias para solucionar problemas que pueden surgir en torno a la medicación. Los contenidos aparecen en el [cuadro 4.22](#).

Los temas anteriores pueden abordarse al final del programa pero también deben ser tratados cuando espontáneamente surjan en otras sesiones. Es imprescindible que se haya creado un clima de confianza en el grupo para que surjan con más facilidad estos aspectos.

Las creencias erróneas se abordarán en discusión abierta, instigando a que los asistentes cuenten las suyas propias. Se intentará que sean los argumentos de los propios asistentes los que las vayan refutando.

Cuadro 4.22. *Contenidos de la parte C del programa psicoeducativo*

– Creencias erróneas-mitos:

- *“Tengo una enfermedad crónica, para toda la vida. Nunca podré hacer una vida normal.”*
- *“Tomo medicación porque estoy enfermo, o sea que si dejo la medicación entonces estaré sano.”*
- *“Por estar tomando medicación no puedo beber alcohol. Hoy no voy a tomarla para poder salir y beber.”*

– Problemas frecuentes con la medicación:

- Efectos secundarios.
 - Olvidos (tomarse el doble de dosis en la próxima toma).
 - Salidas (no comer en casa).
 - No asociar medicación y prevención de crisis → profilaxis.
 - Mejoría que se produce al dejar la medicación al desaparecer los efectos molestos de ésta.
 - Situaciones sociales que presionan para consumir alcohol o drogas.
-

Los problemas frecuentes con la medicación se trabajan basándose en las experiencias de los asistentes y de supuestos que ellos deben analizar por medio de

técnicas como la de resolución de problemas en grupo y *role playing*.

4.5.3. Habilidades sociales

Tal y como se ha explicado, las personas con esquizofrenia suelen presentar un importante aislamiento social así como una escasa asertividad. Estas dificultades, que se traducen en una disminuida competencia social, son indicadoras de una prognosis negativa del paciente crónico (Moreno, 1990).

Mediante el entrenamiento de determinadas respuestas topográficas de interacción social (por ejemplo: contacto ocular, distancia corporal, etc.) se ha buscado una mejoría en la emisión de estas conductas y, como consecuencia, que se produzca una mayor competencia social y asertividad. Este entrenamiento, basado en los principios del aprendizaje humano, es denominado entrenamiento en habilidades sociales. Además, varios autores (por ejemplo Liberman y Eckman, 1989), han destacado el papel protector del entrenamiento en habilidades sociales y asertividad ante posibles recaídas, siempre que esté combinado con terapia farmacológica.

Benton y Schroeder (1990) evaluaron 27 investigaciones en las que se había utilizado este modelo de intervención, mostrándose una mejoría efectiva en el comportamiento de los pacientes así como en la propia percepción de los sujetos y una disminución de la ansiedad social percibida.

Una de las últimas aportaciones de la investigación en este campo es la de la relación de los déficit cognitivos y el comportamiento de los sujetos con esquizofrenia. Se ha puesto de manifiesto una dificultad a la hora de percibir las emociones y decodificar las señales no verbales del interlocutor, en definitiva, un déficit de la percepción social (Halford y Hayes, 1991; Monti y Fingeret, 1987). Estos déficit hacen necesario que el programa de entrenamiento en habilidades sociales incluya una parte específica de rehabilitación de los déficit cognitivos y, en concreto, de la percepción social.

El programa de entrenamiento para estas personas suele tener una duración larga: unas 30 sesiones con una duración de entre 60 y 90 minutos, pudiéndose realizar un descanso de 10 a 15 minutos en medio, a razón de una o dos sesiones semanales como promedio. Se recomienda que el paquete terapéutico se dividida en tres módulos distintos por cuestiones didácticas:

A) Primer módulo: entrenamiento en percepción social

Los objetivos que persigue son los siguientes:

- Desarrollar la percepción social.

- Aprender a identificar e interpretar el código no verbal de la comunicación, especialmente en las emociones.
- Aprender a transmitir una emoción de forma no verbal.
- Mantener un lenguaje no verbal normalizado.

Para lograr estos objetivos se ha de entrenar los siguientes aspectos: postura corporal, distancia personal, tono y volumen de voz, contacto visual, obtención de información de la situación social, reconocimiento y expresión de emociones en modo no verbal, interpretación de la conducta del interlocutor y análisis de las conductas que puedan ser consideradas desajustadas socialmente. Algunas de estas sesiones se pueden extraer del modelo propuesto por Brenner y sus colaboradores (1992).

El esquema general para el entrenamiento en percepción social consiste en preguntar al sujeto, una vez dada una situación social (se pueden usar fotos de una revista), por los aspectos objetivos que se observan (descripción objetiva). Posteriormente se pide al individuo que interprete, basándose en los aspectos que se han descrito, las posibles emociones de los individuos y qué puede estar ocurriendo en esa situación (cada vez que se haga una interpretación se debe pedir que se justifique: “¿en qué te basas para interpretar esto?”). Por último se le puede pedir que ponga un título significativo a la situación.

B) Segundo módulo: conversación

Este módulo tiene como objetivos:

- Poder iniciar una conversación en distintos ambientes.
- Poder mantener una conversación en distintos ambientes.
- Poder cerrar una conversación en distintos ambientes.

El entrenamiento incluye los siguientes aspectos: preguntas abiertas *vs.* cerradas, temas personales *vs.* impersonales, la escucha activa, la empatía, los cambios de temas, utilidad de la habilidad de resumir, la información gratuita y las autorrevelaciones. Estas habilidades deben ponerse en práctica en distintos escenarios sociales: en pareja *vs.* en grupo y personas conocidas *vs.* desconocidas.

C) Tercer módulo: asertividad

Se busca cumplir los siguientes objetivos:

- Producir los cambios cognitivos necesarios para que el sujeto viese la necesidad de comportarse de una forma asertiva.
- Mejorar las conductas encaminadas a conseguir una mayor asertividad del sujeto y disminuir el estilo inhibido o agresivo.

En concreto se desarrollan los siguientes componentes (para una mayor descripción de las distintas habilidades de comunicación remitimos al lector a Costa y López, 1991): los mensajes yo, el acuerdo parcial, los derechos asertivos (con el objetivo de conseguir un cambio cognitivo en los participantes), el derecho a decir no y a rehusar abusos, la expresión de opiniones y críticas, la recepción de críticas, defensa de los derechos personales (principalmente en lugares públicos, por ejemplo una tienda) y las relaciones con personas de autoridad o profesionales de la salud.

La generalización del aprendizaje a las vidas de los integrantes se consigue adecuando las situaciones a entrenar a la realidad vital de los componentes del grupo. Así, por ejemplo, en la sesión dedicada a “decir no”, uno de los *role-play* que se utilice puede ser el negar un cigarrillo a un compañero del centro que lo pide insistentemente mientras está en la sala de televisión. Las situaciones que deben plantearse están en función del conocimiento de los terapeutas sobre las dificultades reales de los individuos así como del propio planteamiento de los integrantes (por ejemplo: un sujeto puede sugerir que se entrene el quedar a tomar un café con una persona fuera del centro de día pues él tiene problemas para conseguirlo). También deben proponerse tareas para casa que los sujetos debían de realizar en el período intersesiones.

Las técnicas usadas para el entrenamiento en habilidades sociales son (Wixted *et al.*, 1988): instrucciones, modelado, *role playing*, *feedback* y refuerzo social, repetición y discusión.

La agenda típica de una sesión es:

- Recuerdo de la sesión anterior.
- Desarrollo de una dinámica de grupo (que implica el componente a entrenar).
- Comentarios sobre la dinámica y breve explicación teórica del componente a entrenar.
- *Role-play* con cada miembro del grupo. En muchas ocasiones este *role-play* se graba en vídeo para comentarlo posteriormente. También se usa la técnica de modelado, siendo a veces el modelo un terapeuta y otras otro componente del grupo. El resto del grupo o bien toma papeles secundarios en las representaciones o actúan de observadores para, posteriormente, dar *feedback* de la ejecución.
- Designación de tareas para casa con el objetivo de potenciar la generalización de las conductas aprendidas.

Como conclusiones, cabe destacar que todos los componentes se benefician del entrenamiento. Otro elemento a señalar es la diferencia en la autoevaluación de la

ejecución de los propios sujetos y la realizada por los observadores (otras personas del grupo) o la realizada por los terapeutas, siendo la menor la autovaloración que la heterovaloración; sin embargo, tanto los observadores como la propia persona perciben mejora en la ejecución tras el entrenamiento. Además, merece la pena destacar que con este tratamiento se consigue disminuir la ansiedad social de los sujetos. Tal y como se comentó al comienzo, las personas con esquizofrenia presentan un déficit importante en el manejo y expresión de emociones; los resultados de la intervención ponen de manifiesto que los sujetos también perciben una dificultad en mejorar estos aspectos a pesar de que pueden beneficiarse de este paquete terapéutico. Se observa a la luz de los resultados que no sólo se mejoran los aspectos nucleares de la conversación, sino que se consigue que el sujeto padezca un menor nivel de ansiedad social: se mejora la percepción social (desde lo más nuclear), la posibilidad de mantener una conversación y la asertividad del sujeto, lo que se traduce en una mejora en la defensa de sus derechos e intereses (a lo más molar) (Florit y Linos, 1998). Este aumento de competencia social sirve de protector ante posibles recaídas, según el modelo de vulnerabilidad.

Por último, se indican algunos consejos a seguir frente a un típico entrenamiento en habilidades sociales:

- Hay que individualizar la intervención, en el sentido de trabajar los objetivos personales de cada componente del grupo.
- Se hace necesario añadir una parte de entrenamiento en percepción social y dedicar bastante tiempo a las sesiones de entrenamiento en percibir, interpretar y transmitir emociones ya que es aquí donde los sujetos con esquizofrenia encuentran la mayor dificultad.
- Es necesario que en cada *role-play* los sujetos valoren su propia ejecución y luego la comparen con la percibida por el resto del grupo; de este modo se podría adecuar su autoevaluación con la información recibida –que suele ser mejor–, lo que en último término redundaría en una mejora de la autoestima.
- Las tareas que se encomienden deben ser significativas y relevantes para cada componente del grupo, debiendo formar parte del funcionamiento cotidiano que se intenta alcanzar. Así, el ejemplo posterior estaría indicado para dos personas que tienen dificultades en defender sus derechos como consumidores.
- Conviene hacer hincapié en la necesidad de que los sujetos realicen las tareas para casa; de este modo comprueban sesión a sesión la utilidad de las mismas. Para asegurar este punto es útil mandar las tareas por parejas y dejar señalado en la propia sesión cuándo se va a realizar la tarea.
- Es necesario no sólo cuidar el entrenamiento de las habilidades sociales, sino también factores de grupo como el ambiente grupal o la propia comunicación de los terapeutas con el grupo.

4.5.4. Manejo del estrés

La intervención en el área del manejo del estrés o autocontrol en enfermos mentales crónicos es una aportación joven al tratamiento de este tipo de pacientes en el marco de la rehabilitación.

A su necesidad contribuyó decisivamente el movimiento por la rehabilitación en la comunidad de los años ochenta, que amplió sus objetivos al área de las relaciones interpersonales, ocio, residencial y autocuidados entre otros, más los derivados de la sintomatología psicótica (alteraciones emocionales, aislamiento, deficiente procesamiento de la información, etc.). Se hizo evidente que los problemas cotidianos a los que se enfrentaban las personas afectadas de esquizofrenia u otro trastorno psicótico podían echar atrás la integración comunitaria. Estas personas necesitaban de un proceso rehabilitador que potenciara sus recursos personales y capacidades de autocontrol para soportar el estrés, evitando así una recaída.

Este abordaje tiene su encuadre en el modelo de vulnerabilidad de la esquizofrenia, descrito en el [capítulo 2](#), que explicita como factor de protección en las recaídas el manejo adecuado de la tensión. Reelaboraciones posteriores de este modelo consideraron que un deficiente autocontrol es un factor de vulnerabilidad para la descompensación psicótica.

Con anterioridad a este enfoque, el interés de los autores se dirigiría al estudio de las capacidades de autocontrol en los síntomas positivos de la enfermedad (alucinaciones, delirios). Líneas de investigación actuales continúan este abordaje, teniendo en cuenta la importancia del manejo de estas experiencias psicóticas para bajar el nivel de ansiedad, y este punto se reseña en otro apartado de este mismo capítulo ([apartado 4.3.2](#)).

Desde finales de los años ochenta las propuestas de intervención en la rehabilitación de capacidades de autocontrol han contado con el marco teórico-terapéutico de la orientación cognitivoconductual, que posibilita el tratamiento de problemas asociados a síntomas psicóticos positivos, trastornos emocionales, riesgos de recaídas y las dificultades de conducta a nivel social, a través de la utilización de técnicas y estrategias cognitivo-conductuales.

Aunque de forma discreta, las aplicaciones de este entrenamiento en habilidades de autocontrol han tenido como resultados la reducción en la manifestación de síntomas positivos y mejor manejo de la angustia asociada, con la consiguiente mejora de la autopercepción de competencia y autoestima si bien no se ha verificado todavía de forma concluyente que se mantengan los resultados tiempo después de terminado el entrenamiento.

A continuación se desarrolla el concepto, contenido y metodología de la intervención para el manejo del estrés en esquizofrenia, que, debido a la multitud de términos utilizados, se denominará también, e indistintamente, intervención para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o habilidades de autocontrol.

A) Definición y objetivos de un programa de manejo del estrés

Un programa de habilidades de autocontrol debe preparar a la persona con esquizofrenia para hacer frente al estrés y evitar las recaídas, utilizando estrategias cognitivo-conductuales que potencien experiencias de éxito para conseguir una mejor autovaloración asociada a la percepción de su competencia para manejar situaciones ansiógenas.

Con esta intervención se trata de que la persona aumente el conocimiento de los factores externos y los mecanismos internos que alteran su conducta, que detecte sus capacidades y puntos de apoyo y aprenda estrategias para controlar estados emocionales y aquellas conductas que conllevan consecuencias negativas.

B) Definición de términos utilizados

Cuando se habla de autocontrol se hace referencia a aquellas habilidades, conductas y conjunto de estrategias susceptibles de ser entrenadas que el sujeto utiliza para controlar estados internos y conductas no deseadas y que produce un efecto positivo en el mismo al permitir la percepción de control interno.

Este saber “que puedo hacer algo efectivo para sentirme mejor” se puede definir como *autoeficacia* o *competencia*. Este concepto se refiere a la creencia de que se pueden ejecutar con éxito las conductas requeridas por el ambiente. Para poder incorporar esta creencia la persona necesita de experiencias de éxito en situaciones anteriores o bien de un aprendizaje observacional.

Es indiscutible la importancia del sentimiento de autoeficacia o competencia cuando el individuo evalúa sus recursos para hacer frente a una situación que le impacta. Es un elemento modular del estrés, que cuando está presente predice posibilidades de control y cuando está ausente predice respuestas ineficaces.

El concepto de estrés que se utiliza en este libro es el que lo considera como una respuesta del sujeto que depende tanto de las exigencias del medio como de la percepción de la situación y de sus recursos para afrontarla (procesamiento cognitivo). Aquellos sucesos valorados como estresantes y que desborden las capacidades del organismo para afrontarlos, serán los que susciten una respuesta de estrés, en la que sus componentes cognitivos (de evaluación), conductuales y fisiológicos, constituyen un círculo cerrado que se retroalimenta negativamente.

El afrontamiento visto como una forma de actuar ha sido definido desde la década de los ochenta como un proceso compuesto por elementos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas que desbordan al individuo.

A la hora de centrar objetivos específicos hay que partir de la información que aporta la evaluación: situaciones, cogniciones y respuestas generadoras de estrés, qué atribuciones realiza el sujeto del problema, cómo se percibe esta circunstancia, su

respuestas de activación, estrategias que utiliza habitualmente, cambios conductuales en el tiempo, consecuencias, autoestima y capacidad de introspección.

C) Metodología

La intervención en esta área debe abarcar el formato individual y/o grupal. Este último puede aportar las ventajas del apoyo, el intercambio de información, el modelado y el *feed-back* entre otras, y es el que se describirá a continuación.

El grupo de entrenamiento suele establecerse habitualmente dos veces por semana, con sesiones de aproximadamente una hora de duración. Se establecen plazos de seis a nueve meses para la consecución de objetivos y los participantes de este grupo no deben ser más de diez para posibilitar un manejo adecuado del profesional y operativizar al máximo las sesiones.

Durante el desarrollo de los contenidos del programa se utilizan apoyos materiales (vídeos, resúmenes, lecturas, etc.) y dinámicas grupales para trabajar distintos aspectos, y siempre se utiliza la información que aportan los participantes para tratar cada tema. Otro aspecto a tener en cuenta en la metodología es la necesidad de llevar a cabo prácticas de lo expuesto en cada sesión mediante la ejecución de tareas en el medio del sujeto, indispensable para el proceso de aprendizaje.

D) Programa y áreas de intervención

El programa de intervención en habilidades de autocontrol para personas con esquizofrenia recoge la experiencia de intervenciones realizadas en clínica para el control del estrés. Su aplicación en la esquizofrenia ha posibilitado la disminución de la ansiedad asociada a síntomas positivos y negativos, además del aumento de la autopercepción de competencia, lo que conlleva un mejor manejo personal de las situaciones estresantes o de las crisis psicóticas.

Antes de llevar a cabo una intervención en autocontrol se precisa, como ya se reflejó en el [capítulo 3](#), la evaluación de la persona en esta área, con la información más completa posible.

Una vez obtenidos los déficit específicos de cada sujeto y sus recursos en el manejo del estrés se fijan los objetivos de la intervención, con la metodología explicada en el [capítulo 3](#), sobre planificación y elaboración del plan individualizado de intervención.

Las áreas de intervención y las fases que componen un programa de manejo del estrés serían las siguientes:

1. *Presentación del programa.* Como su nombre indica, es una introducción sobre

los contenidos que se trabajarán en cada fase del programa. Se definen y aclaran conceptos que se manejarán, como autocontrol, afrontamiento y estrés.

Éste es el momento para recoger y modular expectativas de los pacientes, así como determinar las normas para el funcionamiento del grupo, horarios y duración de éste.

En una adecuada presentación hay que trabajar además la motivación de los integrantes y crear un clima de confianza que favorezca el trabajo de grupo.

Metodológicamente es recomendable dar por escrito un resumen de lo más importante que se ha tratado en cada sesión y utilizar en el inicio dinámicas con bajo nivel de interacción entre sus miembros, ya que la adaptación a la situación grupal en personas con esquizofrenia suele ser un proceso lento.

2. Aprendizaje de técnicas de desactivación fisiológica. Las técnicas de relajación muscular progresiva (Jacobson) y respiración profunda son las primeras estrategias de afrontamiento en el control de la ansiedad en que es conveniente entrenar a los sujetos.

Su utilización viene justificada porque son técnicas con las que se puede conseguir éxito en el control de algunos síntomas del estrés y con ello generar las primeras sensaciones de autocontrol en el sujeto.

La técnica más utilizada con pacientes psicóticos es la relajación muscular progresiva (RMP). El objetivo es que aprendan a discriminar entre estados de tensión y relajación para que puedan cortar activamente la contracción muscular, generando una respuesta de relajación.

Los contenidos tendrán que ser adaptados al grupo, siempre dados de la forma más sencilla posible y contando con sus vivencias.

Hay que tener en cuenta, además, las dificultades que entraña el entrenamiento de un método de relajación, aunque sea la RMP, en personas con esquizofrenia. La escasez de investigaciones en este tema no impide conocer algunas dificultades que pueden surgir en este proceso. El aumento de la auto-observación puede generar nuevas fuentes de sensaciones propioceptivas que puede sentirse con desagrado y las sensaciones de relajación paradójicamente provocar tensión o sensaciones de despersonalización; cerrar los ojos puede crear suspicacia e intranquilidad, etc.

Hay que contar con modificaciones y alternativas en la relajación, teniendo en cuenta lo comentado anteriormente y que además no es infrecuente que alguno de los integrantes del grupo tenga algún tipo de limitación psicomotriz. Por ejemplo, permitir tener los ojos abiertos, limitar el tiempo de relajación, centrarse en algunos grupos musculares concretos al principio sin intentar llegar a una relajación profunda, etc., pueden ser algunas estrategias que ayuden a emplear esta técnica.

Este aprendizaje debe ser apoyado con el entrenamiento diario recogiendo avances y dificultades. Para ello el profesional debe apoyarse en autorregistros que especifiquen nivel de tensión antes y después de la relajación (dando un valor numérico, por ejemplo de cero a cien), y los grupos musculares más fáciles y complicados de relajar.

La otra técnica que se entrena con los pacientes es la respiración profunda, ya que es una estrategia fácil y efectiva de utilizar ante estados de ansiedad.

Una adecuada respiración es una vía de acceso rápido y eficaz para conseguir una respuesta del sistema parasimpático del sistema nervioso, que disminuye la respuesta de activación y propicia a nivel psicofisiológico un efecto de mayor “tranquilidad y control”.

Al igual que con la relajación, se precisa de la práctica diaria y que se lleve a cabo un seguimiento mediante autorregistros. Se intenta que se practique con posterioridad en aquellas circunstancias de un nivel medio-bajo de tensión en que se pueda obtener éxito en el control.

El uso de respiraciones profundas combinada con auto-instrucciones llega a ser la elección más usada por sus resultados positivos en el afrontamiento del estrés, reduciendo la respuesta de ansiedad y aumentando la autopercepción de control.

Esta fase del programa requiere de ocho a diez sesiones, dependiendo del ritmo del grupo.

Para las personas interesadas en profundizar en esta área concreta, señalar que las características específicas y pormenorizadas de las técnicas de relajación y respiración se explican en otro título de esta misma colección.

3. *Aprendizaje de técnicas de afrontamiento del estrés.* Como ya se ha señalado anteriormente, las técnicas para el control y prevención del estrés en personas con esquizofrenia se incorporan del enfoque cognitivo-conductual.

Son los pensamientos, los acontecimientos y la creencia en la imposibilidad de afrontar la situación lo que desemboca en la emisión de respuestas desajustadas emocionalmente, estableciéndose en los tres componentes (situaciones, emociones e ideas) un circuito cerrado negativo, que conlleva una mayor tensión, miedo, ansiedad o tristeza. Por ello es necesario cortocircuitar este círculo negativo con el aprendizaje de habilidades de afrontamiento.

Son utilizadas en esta fase las siguientes técnicas:

- *Reestructuración cognitiva:* la técnica de reestructuración no es diferente de la utilizada en otras patologías, como por ejemplo la depresión, pero el hecho diferencial en la esquizofrenia suele comportar, por ejemplo, una dificultad añadida para discriminar situaciones estresantes, emociones y pensamientos negativos, sin contar con que en las personas con esquizofrenia se suele tener una menor motivación para el cambio o una dificultad mayor para valorar la utilidad de esta técnica.

Los pasos para llevar a cabo la reestructuración cognitiva son los siguientes:

- a) Se enseña a los sujetos a utilizar registros de pensamiento-situación-emoción. Es importante que aprendan a distinguir diferentes emociones, situaciones generadoras de estrés, y seguramente serán necesarias varias sesiones y prácticas en el medio natural para que sean

capaces de rellenar adecuadamente los registros.

- b) Detección de pensamientos alternativos, insistiendo en la importancia que tienen en la forma en que las personas se sienten. Se continúa insistiendo en el reconocimiento del estilo cognitivo, con el objetivo de detectar el diálogo interno negativo, utilizando los pasos siguientes:
- Reconocimiento de la emoción desagradable.
 - Análisis de las creencias básicas de tipo irracional. Hay que concentrarse en el pensar irracional y las creencias, y mediante un análisis de situaciones problemáticas se detecta cuáles de estos errores está empleando la persona en su forma de pensar.
 - Discusión de estas ideas.

La persona debe aprender que la conducta está precedida por una serie de verbalizaciones que la sitúa en una situación concreta y que favorecen o limitan su actuación. Estas verbalizaciones son las autoinstrucciones dirigidas a la conducta del sujeto en situaciones conflictivas, estableciéndose algo parecido a un plan de tres etapas (preparación para la situación problemática, confrontación y resolución). Ayudan a centrarse en la tarea a realizar o situación a la que enfrentarse, reutilizando los recursos de los que dispone la persona para afrontar el estrés. Cuando se tienen recogidas las situaciones, emociones y pensamientos, se contrastan con ideas y aspectos objetivos de la situación. Un ejemplo de ello aparece en el [cuadro 4.23](#).

Cuadro 4.23. Ejemplo de registro para la reestructuración cognitiva

<i>Situación</i>	<i>Emociones</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Pensamientos alternativos</i>
Vi a Juan por la calle y no me hizo caso.	Ansiedad Tristeza	No quiere saber nada de mí. Soy tonto.	Es probable que no me haya visto, yo tampoco le saludé. Me estoy precipitando y descalificando. Otras veces me he dirigido a él y ha conversado conmigo y ha sido agradable.

- *Modificación de conducta*: se enseña a los pacientes a conocer los condicionantes de la conducta: antecedentes y consecuencias. También aprenden la distinción entre comportamientos adaptativos y desadaptativos y

se potencian los primeros siguiendo las técnicas de la teoría del aprendizaje (refuerzo, modelado, moldeado, etc.).

- *Solución de problemas*: el objetivo de esta técnica en el aprendizaje de una serie de pasos para analizar situaciones conflictivas y generar alternativas de respuesta eficaces. Casi toda la bibliografía sobre el tema establece las siguientes etapas:

- a) Definir el problema de forma operativa. Es la fase más complicada y requiere un mayor apoyo para puntualizarlo y definirlo.
- b) Generar la mayor cantidad de soluciones.
- c) Valorar una solución con diferentes criterios: ventajas, desventajas.
- d) Escoger la más adecuada.
- e) Ponerla en práctica.

Para cada tema del programa hay que dedicar tiempo a la práctica en el medio del sujeto, a través de tareas que deberán ser analizadas en cada sesión: cumplimientos, incumplimientos y dificultades para las cuales el profesional debe generar alternativas.

4. *Mejora de la autoestima*. Como se ha planteado en la parte introductoria, tan importante como tener los recursos de autocontrol, es creer que se puede disponer de éstos en situaciones problemáticas. Esta autopercepción de competencia hay que potenciarla, para que sustente el entramado de habilidades aprendidas, consiguiendo un afrontamiento más eficaz.

Metodológicamente hay contenidos que se trabajan longitudinalmente. Cada vez que el sujeto pone en práctica una estrategia de afrontamiento es reforzado por el esfuerzo y se trabaja la integración de este aprendizaje en su autovaloración. El material que se obtiene en cada sesión es utilizado para devolver a los sujetos aspectos positivos de su conducta y puntos de contraste con sus ideas de fracaso.

Al trabajar el módulo de autoestima se parte de un concepto asequible de ésta, como la idea que se tiene de uno, en la que influyen la familia, la escuela, los amigos y todo el medio en el que se desarrolla la persona, siendo susceptible de cambio.

Se especifica además la relación entre las ideas y las emociones. Se explica cómo se aprenden formas de valorar las cosas que llegan a constituir sistemas de creencias. En muchas ocasiones tales creencias, en vez de propiciar una asimilación positiva del entorno, limitan la actuación del sujeto. Son ideas negativas que anticipan fracaso y minusvaloran las capacidades de la persona. El resultado de mantenerlas es un pobre desempeño que las refuerzan aún más.

Se hace necesario detectar estos pensamientos negativos, y ver su conexión con los sentimientos que generan y las situaciones en que se producen. Para esto pueden utilizarse autorregistros que recojan esta información.

Como se ha hecho en anteriores módulos hay que generar refutaciones a las ideas

negativas contraponiendo otras alternativas, positivas, que valoren adecuadamente las posibilidades del sujeto. El objetivo es el aprendizaje de que los pensamientos negativos generan sentimientos de fracaso y una baja autoestima, por lo que es necesario modificarlos por otros positivos.

Son conocidas las dificultades de las personas con esquizofrenia para integrar y fomentar un autoconcepto positivo. Se suelen apreciar habitualmente contenidos pobres y la influencia de la enfermedad como tema central. Las ideas de los otros y su relación con el paciente también aparecen distorsionadas en muchos casos, incorporándose las ideas negativas que tienen los demás sobre él y magnificándolas, pero no haciendo eso mismo con las ideas positivas.

Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la autopercepción, se realizan ejercicios con los pacientes inventariando características, actitudes, cualidades y valoraciones de su conducta en áreas de funcionamiento diario. Se detectan aspectos negativos y se discuten para reformularlos de forma adecuada, integrándose a otros aspectos positivos del listado.

Otros ejercicios similares consisten en listar las cosas positivas que se hacen en el día, listar situaciones agradables, personas que le quieren, reconocer cosas válidas en los otros, etc.

Con todo esto se persigue generar un nuevo autoconcepto, con más información y una interpretación positiva de ésta.

4.5.5. Aspectos cognitivos

En esquizofrenia, los déficit cognitivos, especialmente los referentes a la atención y la memoria, han sido muy estudiados por lo que aquí no se hará una descripción muy exhaustiva. Se conocen múltiples procesos que no funcionan como en la población sin un diagnóstico de esquizofrenia (ver [apartado 2.1.2](#) del presente libro).

Investigaciones como las de Neuchterling *et al.* (1989) apuntan que estos déficit son aspectos de vulnerabilidad en la esquizofrenia. Es decir, un sujeto antes de presentar este trastorno mental ya tiene déficit en la atención. Por ejemplo, en el CPT se observa cómo los sujetos con esquizofrenia presentan mayores errores que el grupo normal, y éste se asemeja al funcionamiento de los familiares de primer grado de las personas con esquizofrenia. Pero, si se aumenta la complejidad de la prueba (CPT degradado), los déficit de atención aumentan en el grupo de los pacientes con esquizofrenia y aparecen diferencias en el funcionamiento de los sujetos vulnerables a favor de los normales.

Con esto se quiere decir que, en realidad, si se habla de rehabilitación de los déficit cognitivos, no se puede pretender que el funcionamiento de estos sujetos sea perfecto, pues ya antes del primer brote psicótico era deficitario. El objetivo de la rehabilitación debe consistir, por tanto, en mejorar el funcionamiento del individuo en el día a día.

Algunos autores (ver Aldaz y Vázquez, 1996) proponen que los déficit cognitivos

pueden ser la base de la sintomatología de la esquizofrenia y, por consiguiente, de su deficitario funcionamiento a nivel social. Por ejemplo, las alucinaciones pueden ser debidas a problemas para discriminar la fuente de información (interna vs. externa), por una hiperactivación en la red semántica debido a un pobre control atencional motivado a su vez por un déficit dopaminérgico. Y los delirios pueden encontrar su base en el déficit de procesos inferenciales, déficit en la distribución de la atención y la tendencia a tener experiencias perceptivas anormales.

Por ejemplo, Antonio es una persona con diagnóstico de esquizofrenia y con déficit atencional en el procesamiento temprano. Se realizó el análisis esquematizado en la [figura 4.3](#).

Este déficit le hace ser incapaz de procesar información interpersonal (que se caracteriza por ser extremadamente sutil y demandante). La estrategia que puede seguir el individuo es o bien evitar contactos sociales, lo que redundará en una reducción del estrés (refuerzo negativo), y por tanto de la sintomatología pero con un aumento de la inhibición social, o podrá optar por intentar mantener las interacciones, lo que aumentará el estrés (castigo positivo) y muy probablemente se producirá una exacerbación de los síntomas pero mantendrá sus contactos sociales al menos un tiempo (hasta que sea rechazado por el grupo). Como Antonio no concedía excesiva importancia al mantenimiento de una red social, era más probable que siguiese manteniendo la evitación como estrategia de afrontamiento. Con este ejemplo se puede comprender la relación entre el nivel molar y el molecular, que tiene sus implicaciones para la intervención:

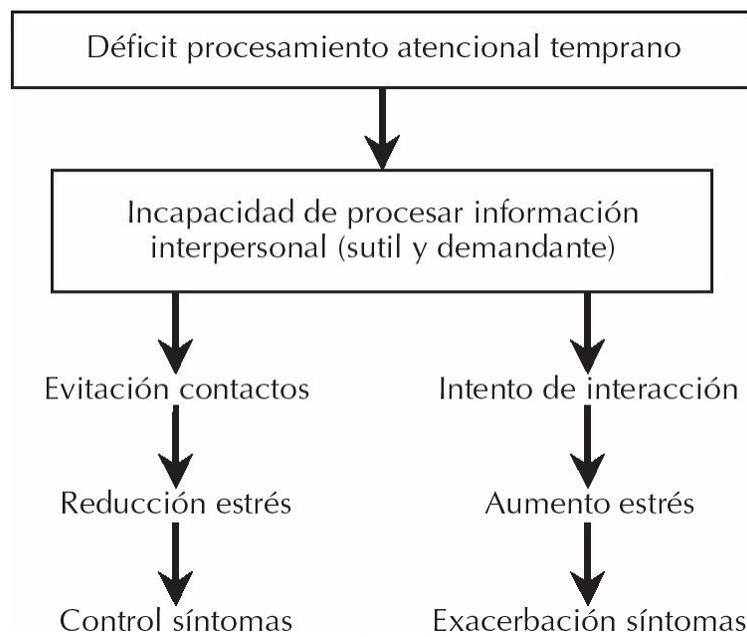


FIGURA 4.3. Análisis del caso Antonio.

— *El molecular*: el punto de intervención es el déficit concreto. Es decir, si una

persona presenta dificultad en la atención selectiva y esto le afecta a la hora de hablar con gente cuando hay una situación de ruido (por ejemplo una fiesta o una discoteca), se intentará mejorar su atención selectiva mediante un programa de intervención como el *Attention Process Training* (Sohlberg y Mateer, 1986) y así el sujeto podrá manejarse correctamente en la fiesta.

- *El molar*: el foco de atención no es el déficit en sí mismo sino la conducta que es afectada. En el ejemplo anterior se podrá entrenar a la persona en la situación concreta de la fiesta a que busque estrategias para poder hablar con esa persona. En este nivel se encuentran las técnicas de compensación, que lo que tratan es de buscar un afrontamiento que evite el tener que poner en marcha el proceso afectado, como por ejemplo entrenar al individuo a pedir a su interlocutor el salir de la habitación de la fiesta, buscar un lugar tranquilo y así poder hablar con él.

Lo cierto es que las técnicas de rehabilitación que se han probado experimentalmente han ofrecido resultados contradictorios en cuanto a su eficacia. Las investigaciones no han sido prudentes a la hora de hacer sus evaluaciones: por ejemplo no suelen tomar datos de la vida cotidiana de la persona, las medidas pre y post suelen coincidir con las tareas seleccionadas para el entrenamiento, no se han controlado otras variables que podrían influir como el uso de medicación o la implicación de la persona en otros programas de rehabilitación, etc. Por todo esto es difícil aconsejar el uso de intervenciones protocolizadas en centros asistenciales donde la presión asistencial es alta y poco el tiempo que se puede dedicar a la rehabilitación cognitiva si el resultado va a ser dudoso (además del dilema ético que puede plantear el realizar una intervención cuya eficacia no está clara). Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada por mejorar el funcionamiento cognitivo de la persona con esquizofrenia.

De la investigación se pueden extraer varias conclusiones que pueden resultar útiles a los terapeutas para diseñar las intervenciones (López y Florit, 1998):

- Seguir un modelo teórico. Por ejemplo, en la atención, el modelo más usado es el que divide la atención en sostenida, selectiva, alternada y dividida.
- Comenzar con tareas que exijan al sujeto unas *demandas mínimas* de su capacidad atencional de tal modo que sea necesario un pequeño esfuerzo para realizarlas pero que asegure que se va a tener éxito en la misma, e ir progresando en dificultad poco a poco según se vaya alcanzando el criterio adecuado.
- Para facilitar la *generalización*, se debe entrenar al sujeto en varios tipos de tareas (visuales, auditivas y táctiles por ejemplo) o que exijan distintas respuestas (como hablar, apretar una tecla o escribir). La generalización debe realizarse en tres niveles distintos pero complementarios:
 - Desde la tarea entrenada a otra tarea no entrenada pero con una

estructura semejante (por ejemplo, generalizar de una tarea de cancelación de números a otra de letras).

- Desde la tarea entrenada a otra de estructura distinta (por ejemplo, de la tarea de cancelación a una prueba de evaluación como el CPT).
- Desde la tarea entrenada a tareas de la vida cotidiana (por ejemplo poder mejorar la atención a la televisión).

- Elegir o crear programas de rehabilitación que se adapten a las *necesidades de cada individuo*, en los que pueda ser evaluado el rendimiento del sujeto (como forma de controlar los resultados y para poder darle una retroalimentación de su actuación) y que, en definitiva, sean útiles para la vida real del sujeto (de nada sirve que un individuo aprenda a cancelar números si eso no le va a ayudar a desenvolverse de un modo más adaptativo en su medio).
- Realizar un *entrenamiento metacognitivo*, es decir, entrenar al sujeto para que sepa qué es la atención (o memoria) y para qué es útil. De este modo se deben comenzar las primeras sesiones explicando esto al sujeto y en las siguientes el terapeuta debe hacer que el sujeto lo explique con sus propias palabras y, de este modo, asimile esta información.

Siguiendo estas recomendaciones se debe ajustar el programa de rehabilitación cognitiva a las necesidades que se imponen desde la práctica asistencial del día a día. De esta manera se propone desarrollar las habilidades cognitivas desde los distintos marcos de intervención que de hecho se llevan a cabo en la rehabilitación integral del sujeto con esquizofrenia.

En todo el proceso, que se explicará a continuación, tiene un papel de suma relevancia el terapeuta ocupacional, quien puede elegir la actividad que mejor facilite la consecución de los objetivos propuestos. Para la elección de la actividad, que en principio puede ser válida cualquiera, se recomienda tomar una que:

- Se adecue al tipo de ritmo que se necesite entrenar: que el ritmo lo imponga la propia tarea (como escuchar la radio) o el sujeto (por ejemplo, leer un periódico).
- Tenga una cierta validez ecológica para el sujeto.
- No sea ni aburrida ni excesivamente compleja para el individuo a entrenar.
- Se pueda graduar en cuanto a dificultad.
- Se puedan manipular otras variables de forma que pueda convertirse la tarea en un entrenamiento de atención sostenida, selectiva, alternada o dividida.
- Se puedan añadir variables emocionales como otro grado más de dificultad ya que éstas sobrecargan el sistema cognitivo del sujeto de una manera significativa (Roder, 1996).

Antes de comenzar la intervención desde un programa hay que entrenar la metacognición; que el sujeto sea capaz de:

- Conocer en qué consiste su déficit.
- Entender el alcance de dicho déficit en cuanto a su vida cotidiana: es decir, cómo le afecta el problema en el día a día y así aumentar la motivación hacia el entrenamiento.
- Aprender cómo funciona el proceso a entrenar y el objetivo del entrenamiento.

Seguidamente, y a modo de ejemplo, se transcribe la explicación dada a una persona con problemas de atención:

Imagina que entras en una habitación oscura con dos linternas en tus manos. Te piden que busques una mesa grande en la habitación. Es muy posible que con las linternas intentes iluminar la habitación lo más ampliamente que puedas y así descubrir dónde está la mesa de forma rápida. Sin embargo, imagina que te piden buscar un bolígrafo decorado con rayas azules, es muy posible que sigas una estrategia mucho más compleja, procurando iluminar trozos más pequeños de la habitación y siguiendo un sentido para asegurar que no te dejas algún lugar sin buscar. Así funciona tu atención, es como manejar las linternas. Tú tienes una capacidad para atender (dos linternas) que puedes usar como la desees. Puedes intentar atender a muchas cosas a la vez si es algo fácil (procesos automáticos) como buscar una mesa o atender sólo a una cosa si es muy complicado (proceso controlado) como buscar un bolígrafo. Tus “linternas” funcionan bien, de lo que se trata es de que aprendas a controlar adecuadamente tu atención en función de tus objetivos, que manejes bien esas “linternas”.

Para aprender el control del proceso cognitivo puede valer, como ya se ha dicho, cualquier programa de rehabilitación. Tomando uno típico, las manualidades, se pueden cubrir varios objetivos de intervención:

- Mejorar la atención sostenida incrementando el tiempo durante el que un sujeto debe hacer una tarea de forma progresiva. También se incrementa de forma progresiva la complejidad de la tarea. Se trabajará la generalización de primer nivel (de una tarea a otra semejante).
- Mejorar la atención selectiva consiguiendo que el individuo se mantenga centrado en la tarea a realizar a pesar del ruido que existe en el entorno. Este ruido se va haciendo cada vez más complejo a medida que el sujeto mejora en su atención selectiva. Incluso se puede introducir material emocional, como que el terapeuta le hable al oído mientras el sujeto haga la tarea; el contenido del mensaje puede ser desde el tiempo (no emocional) hasta sus propias alucinaciones (alta emoción).
- Entrenar el ritmo en función de la tarea elegida: si se deben cerrar unas

- maderas el ritmo lo pondrá el sujeto, si se trata de pegar una serie de piezas de un puzzle, el ritmo lo marca la velocidad con que se seca el pegamento.
- Mejorar el autocontrol de forma que mejore la atención. En los casos en que se detecte una elevada ansiedad que sea la causa que interfiera con la capacidad atencional se enseña al sujeto a poner en práctica estrategias aprendidas previamente para controlar esta ansiedad, especialmente relajación. También se puede enseñar a la persona a manejar sus pensamientos cuando éstos son el evento que interfiere con el proceso atencional (pensamientos del tipo: “soy incapaz” hacen que la atención se dirija hacia dentro y el sujeto no la mantenga en la tarea).
 - Enseñar a la persona a retomar la atención en la tarea cuando la pierde. En muchos casos el sujeto una vez que pierde la atención, se introduce en un círculo de pensamientos del tipo “¿ves?, no puedo” “es imposible que lo consiga”, “ya fallé otra vez”, lo que provoca un fallo en la atención sobre la tarea de forma mantenida. El objetivo en este caso es conseguir que la persona no mantenga ese tipo de pensamientos, sino que cuanto antes los detenga y vuelva a retomar la tarea.

No hay que olvidar que siempre se le debe dar retroalimentación al sujeto de su evolución y recordar de forma periódica el entrenamiento metacognitivo.

4.5.6. Ocio y tiempo libre

Todos los entrenamientos reseñados con anterioridad son útiles en la medida en que permiten, además de los beneficios propios de cada área trabajada, facilitar el acceso a recursos comunitarios normalizados o a la utilización adecuada y placentera de los tiempos no destinados a la satisfacción de necesidades u obligaciones.

A) Concepto de ocio

Para clarificar la propuesta de intervención que se desarrolla en este apartado, cuando se habla de ocio, también se incluye en este concepto la utilización significativa del tiempo libre, cuando ésta sea gratificante y voluntaria ([cuadro 4.24](#)).

Cuadro 4.24. Concepto de ocio

Cualquier actividad desligada de las actividades productivas y de las obligaciones elegida

por el paciente o aceptada por él mientras le resulte gratificante y en la que el objetivo principal del profesional es facilitar la satisfacción y opinión del paciente.

Para todas las personas, tengan o no esquizofrenia, *las actividades de ocio deberían identificarse más por su función que por su morfología*. Es decir, sólo se podrá saber si una actividad es o no de ocio para alguien descubriendo si cumple o no, en ese momento, con la función de resultarle gratificante y ser expresión de su voluntad. No se debería dar por supuesto que ver la televisión, ir al cine, leer, salir a cenar con amigos, etc., son actividades de ocio o que quedarse solo en casa no lo es.

Se hablará, entonces, de ocio cuando se logre, desligándose de las actividades productivas y de las obligaciones, *disfrutar de las actividades elegidas voluntariamente y siempre que se puedan abandonar cuando se quiera*, no pudiendo, entonces, llegar a convertirse en monótonas, rutinarias o aburridas. Así, por ejemplo, en un contexto residencial, para un paciente, emparejar calcetines después del lavado puede ser algo entendido como una actividad de ocio, si él lo eligió voluntariamente y le resulta entretenido. Contrariamente, ver la televisión en un club social para personas con esquizofrenia no será una actividad de ocio o gratificante si no hay otras cosas que hacer en ese lugar y es lo que el paciente hace cada día, en su casa, a todas horas.

Ésta es la explicación de que los pacientes lleguen a aborrecer ir al cine, al museo, al zoológico, a pasear a un parque, etc. Algo que a quienes trabajan les gustaría hacer más a menudo. La razón es bien sencilla: esas actividades que antes para ellos también eran agradables, se han convertido en tediosas de tanto repetirlas. Al contrario, cualquier actividad sirve (por ejemplo, planchar, recoger la mesa, buscar setas o caracoles) como actividad de ocio mientras le produzca satisfacción y él la haya elegido voluntariamente.

B) Beneficios de las actividades de ocio

Al margen de la sensación general de bienestar que todo el mundo experimenta al realizar alguna actividad agradable, los trabajos de Paul y Lentz (1977) y Chamove (1986), entre otros, confirman que las actividades de ocio estructuradas, incluyendo especialmente las de moderado ejercicio físico, resultan efectivas para reducir significativamente algunas conductas psicóticas que vuelven a aumentar cuando cesan dichas actividades ([cuadro 4.25](#)).

Además, la experiencia clínica y en rehabilitación psicosocial permite identificar otros beneficios y otras funciones para las actividades de ocio que complementan a la de reducir la presencia de síntomas y que resultan tan útiles como ésta para la recuperación del paciente. A saber:

1. *Facilitan que el paciente recupere un papel activo y protagonista en ciertos*

aspectos de su vida. Cuando una persona está afectada por una enfermedad mental grave es habitual que pierda gran parte del control sobre su propia vida. Y, realmente, no hay muchas formas de cambiar este hecho que acarrea problemas importantes de identidad y autoestima para los pacientes. Porque siempre que se sufre un problema serio, y cualquier enfermedad grave lo es, se está en gran medida en manos de los especialistas. Las actividades de ocio suponen uno de los escasos espacios de la realidad sobre el que los pacientes sí que pueden seguir tomando decisiones o participando de ellas, dando su opinión.

2. *Dotan de sentido para el paciente a muchos entrenamientos que antes rechazaba.* Efectivamente, con estas actividades, por ejemplo, ir al cine o a comer a un restaurante, cobra un sentido, por ejemplo, el entrenamiento en aseo, del que antes carecía al no tener ninguna vida social o comunitaria el usuario. Es decir, estas actividades tienen la virtud de servir de “arrastre” de otros entrenamientos, de facilitar que los pacientes entiendan su sentido y, por tanto, lo acepten.
3. *Mejoran las expectativas de los pacientes sobre su recuperación.* Al verse realizando actividades que pensaban les estaban vedadas por su enfermedad empiezan a relativizar el impacto negativo de ésta en sus vidas y, bien se motivan para el tratamiento, aumentando las posibilidades de mejoría, bien aprenden a acceder al bienestar pese a ciertas limitaciones en comparación con el resto de las personas.
4. *Permite evaluar y entrenar múltiples capacidades de los pacientes.* Realizar actividades novedosas implica que los pacientes tienen que desarrollar recursos que en su vida habitual y rutinaria no necesitan y por tanto no usan, con el riesgo lógico de pérdida. Además, los profesionales, observando al paciente en dichos contextos lúdicos, pueden acceder a información muy valiosa a la hora de plantear hipótesis de ayuda al paciente.
5. *Facilita una relación de confianza mutua entre profesional y paciente.* La mera relación en el despacho profesional limita las posibilidades que la relación entre profesional y paciente puede alcanzar. Compartir momentos gratificantes facilita el tránsito por los desagradables.

Cuadro 4.25. Beneficios de las actividades de ocio

- Reducen alguna sintomatología psicótica.
- Reducen la irritabilidad.
- Reducen las conductas depresivas.
- Reducen los movimientos anormales.
- Aumentan el interés social.
- Aumentan el soporte y la competencia social.
- Aumentan la motivación para el tratamiento.
- Impiden la pérdida de habilidades.

- Permite conocer mejor a los pacientes.
- Facilita la relación positiva entre profesionales y pacientes.

Y, principalmente:

- Producen satisfacción al paciente.
 - Le permiten expresar sus deseos.
-

C) Problemas para realizar actividades de ocio con los pacientes y líneas de solución

Se expondrán las dificultades específicas que encontrará quien intente promover este tipo de actividades con sus pacientes, dejando a un lado las de desmotivación general hacia el tratamiento (ver [apartado 4.4.3](#) de este libro), sin olvidar que la simple propuesta de actividades de ocio, tal y como aquí se vienen entendiendo, suele suponer un factor motivador para realizar el tratamiento y la rehabilitación.

- *Problema 1. Falta de ganas para hacer cualquier actividad.*
- *Solución 1.* Los profesionales deben ser asertivos y dirigir la conducta. No esperar a que los pacientes “tengan ganas” porque las actividades gratificantes tienen como uno de sus grandes beneficios, precisamente, ayudar a quien no le apetece hacer nada. Se deberían proponer dos opciones entre lo que se sabe o supone, por la historia del paciente, que le pueden gustar y, si no decide él, ponerle el profesional en situación de realizar la actividad para poder, merced al refuerzo pertinente, facilitar la siguiente práctica de conducta.

- *Problema 2. Aumento en el gasto de dinero.*
- *Solución 2.* Deben pensarse actividades baratas o gratuitas, el uso de prestaciones y/o ayudas sociales para desfavorecidos económicamente, convenios y/o acuerdos institucionales con entidades para abaratar los precios, etc. Pero, principalmente, debe trabajarse por normalizar con el paciente y su familia el hecho de que la realización de actividad social conlleva un coste económico que, lógicamente, antes no existía porque el paciente no salía prácticamente de casa. Cuando se lleva mucho tiempo sin gastar dinero se olvida que la vida “normal” cuesta dinero.

- *Problema 3. Falta de habilidades para realizar las actividades.*
- *Solución 3.* Debe evaluarse bien la relación entre capacidades y demandas

(ver apartado 4.5.7) cuando se trata de incorporar a un paciente a una actividad. Se debe procurar que se den amplias posibilidades de éxito o, por lo menos, impedir que resulte una experiencia aversiva. No debe olvidarse que la provisión de apoyos equivale a competencias del usuario a la hora de enfrentar muchas de las dificultades implícitas en las actividades de ocio.

- *Problema 4. Rutina en las actividades de ocio.*
- *Solución 4.* Debe recordarse, de nuevo, la importancia de actividades alternativas a las que suelen realizar los pacientes como fuente potencial de gratificación para ellos: hacer recados, pequeñas tareas como buscar información en periódicos o confeccionar carteles, decorar salas de ocio, etc. También es una estrategia valiosa responsabilizarles de ciertas tareas dentro de la preparación y realización de las actividades. Porque ir “otra vez” al Zoológico o a un museo será rutinario para los pacientes si se les lleva, si van pasivamente; pero serán más “entretenidas o novedosas” si ellos participan cada vez de diferente manera en las mismas.

- *Problema 5. No es posible el ocio sin un tiempo de responsabilidad enfrentado.*
- *Solución 5.* Hacerles ver que su tiempo de tratamiento, de asistencia a los dispositivos, de tareas en casa, etc. también es tiempo, para ellos, de responsabilidad. Así podrán disfrutar más del abandono de tareas durante el fin de semana o al acabar su tiempo de obligaciones. Para esto se debe, en paralelo, pedir ciertas tareas domésticas o resaltar como tareas importantes lo que ya vengán realizando. En este sentido, sobre todo en los contextos residenciales, es importante normalizar el tiempo de ocio y el de “trabajo” diferenciando las actividades del fin de semana de las del resto de la semana.

- *Problema 6. Los pacientes se acomodan a la rutina por la seguridad y estructura que ésta confiere a su vida.*
- *Solución 6.* En primer lugar, debe puntualizarse que, estrictamente hablando, rutina no es sinónimo de aburrimiento. La metodología utilizada en los programas de rehabilitación debe ser capaz de impedir el aburrimiento, sugiriendo el profesional cambios progresivos, ante la aparición de síntomas de aburrimiento. No obstante, en la mayoría de los casos, el gusto por la rutina se explica por la inseguridad de lo nuevo, de forma que si se prevén los problemas y se anticipa seguridad ante ellos los cambios se verán facilitados. Las personas con las que se trabaje así cada vez aceptarán mejor los cambios.

- *Problema 7. Los profesionales que hacen estas actividades son poco valorados y pueden verse inmersos en situaciones delicadas o comprometidas.*
- *Solución 7.* El diseño y realización de este tipo de actividades no tiene que ser visto como un simple entretenimiento, para el que sólo se requiere sentido común, sino que exige múltiples conocimientos de cada paciente, así como metodologías especializadas. Respecto a los imprevistos, es adecuado asumir riesgos controlados, sin los cuales es imposible tratar de mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes. La rigidez necesaria para evitar cualquier tipo de imprevistos está reñida con la flexibilidad que el tratamiento de estos pacientes requiere.

D) Características de las actividades de ocio más exitosas

A continuación se presentan algunos ingredientes que se han mostrado eficaces en diferentes contextos de tratamiento y rehabilitación a la hora de aportar satisfacción a los pacientes mediante actividades de ocio y tiempo libre.

1. *Son elegidas por los asistentes y su participación durante el desarrollo domina sobre la participación de los profesionales.* Aunque parezca una actividad muy sencilla, muy poco divertida, etc. siempre se debe preguntar y respetar las opiniones de los pacientes acerca de las actividades a realizar. Aunque nunca respondan se debe seguir preguntando. Sólo así un día podrán contestar. Debe respetarse el ritmo lento de los pacientes para tomar la decisión y sólo en el caso de que no existan propuestas, los profesionales presentarán las suyas para que los pacientes elijan entre ellas. También debe respetarse no sólo la actividad elegida, sino la forma de desarrollarla: ir en tren o en autobús, unos en metro y otros andando, llevar comida o comer en un restaurante, etc.
 Por otra parte, participar en el desarrollo es algo más que hacer lo que se les manda. Es preferible que el resultado de la actividad sea poco espectacular pero fruto de sus decisiones y acciones a que sea muy relumbrante pero fruto de la dirección de un profesional. Los pacientes, como cualquier persona, no necesitan de grandes espectáculos para pasar un rato agradable.
2. *Son frecuentes, breves y sencillas.* Son preferibles pequeñas actividades pero diarias mejor que semanales y cada semana mejor que cada mes que grandes celebraciones, que duran todo un día y son sumamente complejas, pasando luego por largos períodos de inactividad lúdica.
3. *Son relativamente novedosas.* Lo que facilita que lo nuevo genere ilusión y

motivación en vez de miedo es reconocer en el elemento novedoso algún referente de su propia vida antes de sufrir la enfermedad y que ese elemento nuevo se introduzca sobre unas rutinas con las que el paciente ya se sienta seguro.

4. *Se desarrollan en recursos normalizados.* Esta idea ejemplifica bien la anterior. Uno de los aspectos de las actividades de ocio que más ilusionan a los pacientes es la posibilidad de frecuentar lugares a los que acudían antes de su enfermedad.
5. *Son sociales.* Sorprende que los pacientes muestren interés por sus compañeros habituales de actividad exclusiva y precisamente cuando estos faltan. El desinterés por el otro es solamente aparente y muchas veces explicado por el contexto institucional, la actividad poco divertida y las escasas habilidades sociales y para manejar su ansiedad.
6. *Disponen de reforzadores naturales accesibles para los pacientes.* Las leyes del aprendizaje explican, sin lugar a dudas, que tienden a ser bien valoradas las experiencias que disponen de consecuencias agradables: la comida, la propia actividad, la consideración social, etc. Lo importante es que la actividad se vea reforzada, lo que muchas veces sólo se sabrá porque los asistentes demandan repetirla.

Cuando la actividad exija habilidades de las que los pacientes carecen debe programarse un entrenamiento previo que facilite el acceso a los reforzadores durante la actividad o al menos que impida una experiencia aversiva.

E) Esquema general de actuación para realizar actividades de ocio con pacientes

La propuesta metodológica que asegure el máximo éxito en el desarrollo de actividades de tiempo libre desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial debería contar con las siguientes características:

1. Se formará un grupo relativamente pequeño.
2. Se buscará que el grupo resulte lo más homogéneo posible respecto a:
 - 2.1. La edad.
 - 2.2. Los gustos, aficiones e intereses.
 - 2.3. El grado de apoyo y supervisión requerido.
3. Se tendrán en cuenta los aspectos siguientes de cada paciente en relación con

la actividad concreta a realizar:

- 3.1. Su opinión acerca de la actividad.
 - 3.2. El momento en que se encuentra psicopatológicamente.
 - 3.3. Sus capacidades cognitivas para “disfrutar” con la actividad.
 - 3.4. Interferencias posibles de la medicación con la actividad.
 - 3.5. El nivel de estimulación al que está sometido habitualmente en comparación con el previsto durante la actividad.
 - 3.6. Grado de sensibilidad al rechazo social y posibilidades de que éste se dé durante la actividad.
 - 3.7. Habilidades de que dispone para acceder a los reforzadores naturales de la actividad.
 - 3.8. Problemas u objeciones prácticas: horarios, dinero, permiso familiar, etc.
4. Se realizarán los entrenamientos previos necesarios con cada asistente para maximizar las probabilidades de éxito de la actividad para cada uno.
 5. Se adjudicarán tareas adecuadas para cada paciente para colaborar en la organización de la actividad.
 6. Se adjudicarán tareas adecuadas a cada paciente para realizar durante el desarrollo de la actividad.
 7. Se confirmará que no existen impedimentos de ningún tipo (cerrado por vacaciones, huelga de transporte, etc.) para realizar la actividad el día previsto.
 8. Se realiza la actividad. Los profesionales desarrollarán sus funciones de apoyar, observar y reforzar durante la realización de la actividad.
 9. Se repasará la actividad con los asistentes, resaltando los aspectos positivos y detectando aspectos a mejorar.

4.5.7. Integración sociocomunitaria

La integración de un paciente en su comunidad de referencia tiene mucho que ver con *su participación activa y competente en la compleja red de instituciones, personas y relaciones que conforman y definen a dicha comunidad*. Serán las relaciones que sea capaz de establecer y mantener las que determinen, precisamente, su grado real de integración en su comunidad y no su mera presencia física en dicho entorno.

A) Dificultades y estrategia general de intervención

Lo cierto es que la participación de los pacientes relativamente graves en las comunidades en las que viven es más bien escasa y casi siempre adoptando el papel de enfermo. Pensar en las causas de esta situación permite plantear estrategias generales y actuaciones concretas que tiendan a mejorarla (cuadro 4.26).

Cuadro 4.26. Dificultades para la integración social

A. Factores socioculturales

- a.1. Estigma de la enfermedad mental que prejuzga negativamente a quien la padece.
- a.2. Valoración de la alta competencia y desvalorización de los menos capaces.

B. Factores individuales

- b. 1. Sintomatología incapacitante.
- b.2. Historia de aprendizaje social repleta de fracasos.
- b.3. Ausencia de habilidades para usar los recursos.

C. Factores técnicos

- c.1. Método que trabaja casi exclusivamente con el paciente.
 - c.2. Objetivos que persiguen la curación más que la adaptación.
-

Entre los factores culturales se sitúan los valores que resaltan la alta competencia y capacitación de los ciudadanos de una comunidad, siendo difícil que alcancen un papel social relevante quienes no alcancen logros valorados hoy día: trabajar sin ir más lejos. En segundo lugar están los estereotipos que la población general tiene sobre los enfermos mentales facilitado sin duda por los medios de comunicación que suelen presentar sus aspectos más escabrosos, siempre relacionados con delitos o connotaciones oscurantistas y peligrosas.

Estos dos aspectos sumados producen unos efectos devastadores sobre la capacidad de integración de los pacientes, al disminuir las oportunidades y facilidades que ellos necesitan tanto.

Pero a esta situación se suman los factores dependientes del propio paciente. Principalmente, hablamos de su psicopatología, que explica muchos de los rechazos a las escasas oportunidades que se le brindan, limitando así su capacidad para adaptarse a los entornos. Igualmente, su historia de aprendizaje repleta de fracasos, de aislamiento y caracterizada por una gran carencia de las competencias precisas para relacionarse de forma exitosa con los contextos representativos de su comunidad hace que no pueda encontrar satisfacción en muchas de las relaciones sociales que mantiene.

A este panorama se añade un factor más, de tipo técnico, la medicalización que

invade también el campo del comportamiento, inclinando a pensar que sólo si curamos al paciente (que es quien está enfermo, según esta lógica) podremos conseguir que mejore su capacidad de relación y de integración. Lo cierto es que, en el caso de la esquizofrenia, el asunto es más complejo por varias razones. En primer lugar no se puede esperar a que la persona bajo tratamiento esté “como antes” para que se integre porque precisamente su situación de aislamiento explica que no se recupere. Luego, si se espera, se puede hacer eternamente. Por otra parte, padecer una enfermedad tampoco excluye del derecho a poder integrarse socialmente.

En definitiva, se debería valorar la integración desde una lógica de *adaptación mutua “persona-ambiente”*, más que desde una óptica de curación de dicha persona o de cambio del ambiente. Por tanto, la unidad de análisis debería ser *el tipo y el grado de adaptación mutua entre el paciente y el contexto* en el que vive, porque sólo desde esa adaptación cabe la participación activa y la integración.

B) La relación entre demandas y capacidades: una fórmula para la integración

¿Cómo valorar una adaptación? ¿Cómo hacer su diagnóstico? Una propuesta práctica es hacerlo usando la relación “*capacidades/demandas*” aplicada a cada contexto. De esta forma, cuanto más “pesaran” las capacidades, más favorable sería la relación para esperar que la adaptación funcionara y, en consecuencia, la integración posterior (ver [cuadro 4.27](#)). Al contrario, si las capacidades no pudieran compensar y equilibrar las demandas difícilmente se podría esperar la presencia activa y participativa del paciente en dicho contexto, peligrando así las opciones de integración en el mismo.

Cuadro 4.27. *El equilibrio entre capacidades y demandas*

Capacidades

- Ambientales

- Personales

Demandas

- Ambientales

- Personales

Es fundamental, para seguir la argumentación, romper con la idea de que las demandas siempre corresponden al ambiente y los recursos siempre a la persona. De forma alternativa, se debe pensar que ambos términos, capacidades y demandas, tienen sus orígenes en la historia de la interacción entre personas y contextos y por tanto la adaptación se construirá por el equilibrio entre recursos del paciente o del contexto y demandas de dicho contexto o del propio paciente.

Merced a esta relación de cuatro factores en “equilibrio” se podrá identificar, predecir e intentar modificar la interacción del paciente con cada uno de los contextos concretos en los que el primero se comporte. *Las posibilidades de actuación no sólo se multiplican sino que se sitúan al mismo nivel de calidad todas las intervenciones posibles: las que tratan de modificar el ambiente, las que se centran en el paciente, aquellas que proporcionan competencias y las que prestan apoyos.* Se verá a continuación, brevemente, cada uno de estos factores.

- *Capacidades personales:* son aquellas habilidades personales de las que ya dispone el paciente para enfrentar las demandas o las que se espera adquiera cuando sigue un entrenamiento en habilidades de comunicación, habilidades sociales, etc.
- *Capacidades ambientales:* son aquellas posibilidades, ayudas y/o apoyos que brinda el ambiente, entendido en sentido amplio, para enfrentar las demandas. Por ejemplo, facilitar una ayuda económica para poder alojarse en una pensión, reducir la jornada de trabajo temporalmente hasta superar una crisis o permitir una incorporación progresiva al trabajo, etc.

- *Demandas personales*: son las autoexigencias y expectativas que el paciente incorpora a su relación con el contexto concreto. Por ejemplo, “no es suficiente con ir a clase de pintura, sino que tengo que poder volver a la universidad”.
- *Demandas ambientales*: son los requisitos de todo tipo que el contexto exige para permitir una participación activa del paciente. Por ejemplo: dinero de la matrícula, nivel de aseo o de participación social requerido en una actividad cultural, etc.

C) *Acerca de los recursos sociocomunitarios*

El concepto de recurso, ya sea formal (servicios sanitarios de atención primaria, centros culturales, teatros, museos...) o informal (parques, bares, grupo de amigos...) lleva implícita la idea de que sirve para responder a algunas necesidades de quien lo usa, que supone cierto tipo de herramienta para solventar algunos de sus problemas. Se debería, por tanto, considerar como recurso *cualquier lugar o entorno de la comunidad en el que pueden darse ciertas relaciones que facilitan la obtención de un objetivo*.

Lo cierto es que dependerá del recurso de que se trate y de lo que se quiera solucionar para poder conocer las habilidades y apoyos que se van a necesitar. Algunos ejemplos de diferentes tipos de competencias y de exigencias necesarias para obtener distinto provecho de los recursos pueden ser los siguientes. En el caso de acudir a unas urgencias sanitarias, sólo se necesitará ser capaz de llegar hasta la puerta del recurso para, prácticamente, asegurar que el beneficio esperado, la curación o superación del peligro inmediato, se produzca. En el caso de que la necesidad sea hacer amigos y se elija un centro deportivo absolutamente normalizado para alcanzarlo, las conductas que se necesitarán poner en marcha con eficacia son bien distintas a las anteriores y las ayudas esperadas bastante menores.

Dicho lo anterior, ya se está en condiciones de presentar las dos tesis fundamentales para el trabajo por la integración social de los pacientes:

1. Los recursos lo son en la medida en que ayudan a solucionar sus diferentes necesidades o demandas. Disponer de un coco para aliviar la sed es una buena noticia si también se tiene la forma de abrirlo para beber de su interior. El tratamiento y rehabilitación de los pacientes debe ayudarles a adquirir aquellas competencias que necesiten para extraer esas respuestas que están en los recursos y ellos necesitan.
2. Además de la función convencional para la que están diseñados principalmente (por ejemplo, aprender pintura en un centro cultural), los recursos pueden tener otras funciones que resulten prioritarias para la persona en ese momento de su recuperación (por ejemplo, ocupar un horario de su día,

hacer amigos, etc.). El Plan Individual de Intervención de cada paciente debe marcar el tipo de función que se espera que cumpla cada recurso.

Se verá, a continuación, de forma esquemática, el proceso completo de intervención para favorecer que un paciente progrese en su recuperación merced a la utilización de recursos sociocomunitarios.

D) Proceso de trabajo con recursos comunitarios

1. *Conocer el objetivo de trabajo en ese momento con el paciente.* Por ejemplo, que tenga menos discusiones con su madre. Para ello se piensa que podría funcionar que el paciente pasara más tardes fuera de casa realizando alguna actividad de su agrado. Toda esta información debería estar incluida en el Plan Individual de Intervención. Para su desarrollo se deberían tener en cuenta los siguientes criterios:

- *Grado de motivación del paciente.* Antes de iniciar cualquier intervención se debería alcanzar no sólo el consentimiento del paciente, sino, siempre que sea posible, redefinirla con él, aclarando no sólo qué se va a hacer, sino el motivo y los objetivos de la intervención. En el ejemplo que se acaba de presentar, el paciente debería estar de acuerdo en la relevancia para su recuperación de reducir el número de discusiones con la madre y en la forma de conseguirlo: disminuir el tiempo de contacto con ella merced a la realización por su parte de alguna actividad fuera de casa.
- *Otras características del paciente en ese momento.* Para encontrar la actividad a realizar y el lugar es necesario también tener en cuenta algunos aspectos actuales del paciente, tales como sus síntomas, sus habilidades, su grado de aislamiento, sus hábitos en cuanto a horarios, sus posibilidades económicas, los efectos secundarios de los fármacos, etc. Por ejemplo, su tolerancia o no al contacto social en la actualidad resultará definitivo para decidir si realizará la actividad en un contexto más o menos normalizado (Centro Cultural o similar, un dispositivo de rehabilitación especializado, un Club de Ocio, etc.).

2. Determinar qué tipo de actividad realizará

- *La opinión y deseo del paciente será fundamental.* Este deseo del propio paciente deberá verse apoyado por otros miembros relevantes de su red social, principalmente por su familia y otros profesionales implicados en su

tratamiento. Si surgen discrepancias en este punto se deberá, previamente, consensuar una decisión que sea del gusto de todos porque no es poco frecuente que algunas decisiones del paciente sufran *sabotajes* por parte de quienes no estaban de acuerdo. Si la realización de una actividad durante las tardes fuera de casa, siguiendo con el ejemplo, supone un gasto económico que a la familia le parece excesivo, puede ser suficiente para el fracaso de la intervención, de no solucionarse antes dicho problema.

- *Se debe partir de las capacidades del paciente.* Inicialmente y siempre que sea posible, se tratará de elegir una actividad en la que el paciente haya mostrado ya su competencia y/o interés. De esta forma se aumentan las posibilidades de que el paciente se encuentre cómodo durante su práctica, de que ésta se vea reforzada espontáneamente y se evita tener que someterle a entrenamientos fatigosos. Si el paciente del ejemplo anteriormente ya mostró sus habilidades con el dibujo o siempre le gustó la fotografía, esas son actividades en las que se debe empezar a pensar, antes que en otras para las que carece de capacidades.
- *Se ajustarán convenientemente las demandas personales o autoexigencia del paciente para con la actividad.* Los profesionales saben que, muchas veces, el beneficio para el paciente está más situado en el proceso que en el resultado de la actividad, como en el caso del ejemplo, con quien se pretende, a través de la actividad de pintura por las tardes, que disminuya el contacto con su madre para así reducir las discusiones con ella, más que hacerle un gran pintor. Pero las personas casi siempre actuamos con más de un objetivo y sólo conociendo los de cada paciente respecto a las actividades que realiza se tendrá alguna oportunidad de superar este problema.

3. *Elegir el recurso donde hará la actividad.* Una vez decidido el grado de normalización del lugar donde el paciente realizará la actividad, se debe concretar más y decidir exactamente dónde acudirá. Supóngase, en el ejemplo visto, que el paciente hace mucho tiempo que no sale de casa por lo que no podría enfrentar una tarea en grupo si no es de forma muy progresiva y programada. Debería pensarse entonces en un recurso donde pudiera empezar a pintar solo. Generalmente, estas condiciones sólo se darán en un recurso especializado en rehabilitación, en agrupaciones de ocio para la autoayuda de pacientes con enfermedad mental o en recursos normalizados que permitan apoyos individualizados a sus usuarios. Serán preferidos los siguientes tipos de recurso:

- *Los recursos normalizados.* Tal y como más adelante se expondrá, estos recursos aportan beneficios inespecíficos a la integración social que los hace favoritos para la rehabilitación.
- *Entre los recursos normalizados, son preferibles los que requieren menos apoyos especiales para el paciente.* Entre los recursos similares existen

sutiles pero esenciales diferencias. Principalmente explicadas por las diferencias entre las personas que trabajan en ellos. Por ejemplo, en un centro cultural es norma de hecho que puede salirse a fumar si la clase es muy larga. En otro centro esto no es posible. Al paciente del ejemplo, si es fumador, le conviene más el primero porque nos evita tener que solicitar una excepción en su caso.

4. *Definir los apoyos (capacidades ambientales) necesarios para alcanzar el objetivo en el recurso.* Sea el recurso que sea el elegido, deberá especificarse qué apoyos especiales requiere el paciente para tener posibilidades de sacar adelante sus objetivos. En el ejemplo presentado, en el caso de elegir un recurso normalizado donde hay que pagar antes de iniciar las clases de pintura, podría ser un apoyo necesario que permitieran la incorporación del paciente y su asistencia unos días antes de pagar dicha matrícula. Arriesgar el dinero sin garantías de que vaya a permanecer en la actividad puede ser un miedo justificado de los familiares que impidiera su apoyo a la actividad. También podría ser motivo de un apoyo por parte del recurso normalizado que respetaran un cierto distanciamiento físico del paciente en la sala de pintura respecto al resto de compañeros, dada su historia de aislamiento social y su rechazo actual a los grupos.

Estos apoyos pueden venir de su *red natural* de apoyo (amigos, familiares, etc.) o de los *profesionales* (tanto de salud mental como del recurso sociocomunitario al que se incorpore). Siempre que se pueda se deben buscar los apoyos naturales porque son más normalizadores, facilitando que se mantengan a largo plazo. Además es más “natural” que sea la madre del paciente del ejemplo quien le avise, en el caso de precisarlo, de la necesidad de renovar su matrícula trimestral en la clase de pintura a que lo haga un profesional.

En el caso de que los apoyos supongan una cierta *discriminación positiva* (es decir, excepciones que favorecen al paciente basadas en las dificultades objetivas de éste debidas a su enfermedad mental) por parte del recurso sociocomunitario debe ser el paciente quien autorice a informar a los profesionales de dicho recurso acerca de su estado de salud, diagnóstico, etc.

5. *Definir las capacidades personales a entrenar.* En la medida en que vaya desarrollando capacidades personales, fruto de su actividad y aprendizaje social en el recurso y/o de su entrenamiento en el dispositivo especializado de rehabilitación para enfrentar las demandas se podrán ir retirando apoyos, manteniendo así, en equilibrio, la proporción “*capacidades/demandas*” en la misma situación favorecedora de adaptación. Siguiendo el ejemplo presentado hasta aquí, paralelamente a su participación “apoyada” en el recurso normalizado, el paciente podría seguir un programa de socialización en un dispositivo especializado que permitiera su acercamiento al grupo en la clase de pintura, con lo que cada vez sería menos necesario disponer para él un lugar especial dentro de la sala de clase.

6. *Establecer un programa de seguimiento de la actividad.* Este programa pondrá especial énfasis en resaltar cualquier logro del paciente tanto ante él mismo (pase lo que pase, siempre habrá algún aspecto positivo), como ante su familia y cuantos profesionales tuvieran relación con él, empezando, lógicamente, por los del recurso normalizado al que acudiera.

7. *Evaluar el proceso.* A la vista del resultado deben repasarse los pasos anteriores, entrando a analizar los detalles del proceso.

E) Beneficios del trabajo con recursos comunitarios normalizados

La principal aportación es sin duda que ayudan a la superación de la situación de aislamiento social, favoreciendo que sea una realidad el proyecto de la reforma psiquiátrica de conseguir la integración de los pacientes, sea cual sea la gravedad de su enfermedad.

Ciertas estrategias de acercarse a este problema de la integración real que aquí se han presentado, además de facilitarla, tienen otros beneficios asociados que se comentan.

1. *Promocionan a la persona en su comunidad.* La presencia de los pacientes en recursos normalizados sirve para cambiar hacia positivo la imagen de quienes padecen enfermedades mentales graves ante la sociedad.

Pese a lo anterior, debe saberse que *el principio de normalización*, uno de los conceptos con más influencia para la integración social de quienes padecen alguna minusvalía, puede, mal interpretado, acarrear justo los efectos contrarios de los perseguidos inicialmente. La normalización no es un concepto del “todo o nada”, sino que propugna un continuo de soportes y estructuras según las necesidades de cada persona, tratando de facilitar a cada una, según sus capacidades, las condiciones lo más parecidas posible al modo de vida de la sociedad.

2. *Ayudan a solucionar problemas, fomentando el papel activo de los pacientes.* La lógica de “tú resuelves tus problemas hasta donde puedas y, desde ahí, te ayudaré” hace que los pacientes recuperen su condición de personas con ciertos problemas para los que tienen ayuda, en vez de “no sirvo para nada, todo me lo tienen que hacer”.

3. *Motivan para el proceso de rehabilitación.* Normalmente, los pacientes intentan, a lo largo del proceso de su enfermedad y recuperación, por su cuenta, reintegrarse a su vida anterior, pero es frecuente que, solos, no tengan demasiado éxito. No llegan a incorporarse, tras la inscripción, en cursos académicos, no llegan al final por distintos motivos o se ven inmersos en conflictos de todo tipo con compañeros y familiares, etc. Todas estas experiencias no hacen más que contribuir a su historia de

fracasos previa. Por tanto, la ayuda a incorporarse a la sociedad a través de sus recursos es parte esencial del proceso de recuperación de quien padece esquizofrenia.

4. *Ayudan a generalizar los aprendizajes.* Todo lo que el paciente aprende con otras intervenciones (habilidades sociales, capacidad de atender, de recordar, etc.) se reafirma practicándolo en contextos reales.

5. *Permiten mostrar los beneficios de la medicación.* Es ante actividades similares a las que el paciente hacía antes, comprobando que puede, de nuevo, aproximarse a ellas, aunque sea con ciertas dificultades, cuando se muestran más claramente los beneficios de la medicación que tantas veces los pacientes rechazan. Por eso la medicación ideal es tan difícil de encontrar: no sólo debe *tranquilizar* sino que también permite movilizarse hacia objetivos vitales del usuario.

4.5.8. Rehabilitación laboral

A) Justificación

El trabajo ha jugado diversos papeles en la historia de atención a las personas con trastornos mentales, aunque las más de las veces relacionados con la explotación del colectivo o la utilización de mano de obra barata para las labores de mantenimiento de los grandes manicomios. Aunque hay algunos antecedentes en siglos anteriores, es desde hace unas pocas décadas cuando el trabajo empieza a jugar un papel “terapéutico”, coincidiendo con necesidades socioeconómicas de re-colocación de masas productivas que estaban excluidas del sistema productivo por razones de sus discapacidades y que eran necesarias en unas épocas de expansión productiva. A este papel “terapéutico” se añade en la actualidad un componente de derecho. La persona con una enfermedad mental debe reconquistar su ciudadanía plena con el ejercicio de roles sociales valiosos, siendo el rol de trabajador un elemento central en esa configuración de ciudadanía. Este desempeño va tener beneficios directos (estructuración del tiempo, autonomía económica, autoestima, etc.) e indirectos (aumento de relaciones sociales, superación del rol de enfermos, ejemplificación de pautas de vida normalizadas, etc.).

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral. Será de estos procesos específicos de los que se hable en este apartado (Rodríguez y cols., 1997).

B) Elección de candidatos para un proceso de rehabilitación e inserción laboral

La primera duda que hay que resolver es determinar qué personas están en disposición de iniciar un proceso de rehabilitación laboral. Los datos obtenidos en la evaluación individualizada que se ha visto en el **capítulo 3** aportarán los primeros elementos para tomar una decisión. Ésta habría que completarla con una evaluación más profunda de los siguientes aspectos:

- Historia de trabajos anteriores, motivos de abandonos, relaciones con compañeros y jefes, forma de obtención del empleo, etc.
- Apoyo familiar al proceso de rehabilitación laboral e incorporación al mundo del trabajo. Hay que prestar especial atención a las necesidades económicas del grupo familiar, la valoración que se hace de las prestaciones económicas provenientes especialmente de pensiones, las posibilidades de colocación y la cultura familiar referida al trabajo.
- Motivación de la persona afectada hacia el proceso de inserción laboral.
- Estabilidad psiquiátrica.
- Capacidades básicas (atención, seguimiento de instrucciones, memoria, etc.).
- Adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como rehabilitadores.

Con los datos anteriores se pueden tener algunos criterios que pueden ayudar a tomar una decisión sobre la inclusión o no de un sujeto en un programa de rehabilitación e inserción laboral.

C) Proceso de rehabilitación e inserción laboral

Una vez seleccionados los sujetos que van a participar en los programas de rehabilitación laboral se deben realizar una serie de fases que se exponen a continuación.

• Fase de evaluación

Se trataría de buscar los desajustes entre las demandas que el trabajo presenta y las capacidades que el sujeto tiene. Cuando se conoce el puesto concreto que va a tener que desempeñar una persona, esta fase se facilita sobremanera ya que el estudio del puesto de trabajo nos dará las habilidades que el sujeto necesita para poder tener un desempeño eficaz. En la mayoría de los casos esto no ocurre y se debe plantear una evaluación más amplia, articulada sobre cinco grandes áreas:

- a) Orientación vocacional: intereses vocacionales del sujeto, expectativas, motivación hacia el mundo laboral. En esta fase se pueden utilizar pruebas estandarizadas de intereses profesionales o motivación.
- b) Capacitación profesional: grado de conocimiento actualizado de una profesión, calidad y cantidad de la ejecución, etc.
- c) Búsqueda de empleo: habilidades de localización de ofertas de empleo, petición de información, elaboración de currículum, entrevistas de trabajo, etc.
- d) Hábitos básicos: se evaluarían aspectos generales que van a tener una clara incidencia en cualquier trabajo (aseo, vestimenta, orientación espacio-temporal, manejo de dinero, uso de transporte, conductas problemáticas, etc.) y otras más específicas del mundo laboral (manejo y cuidado de herramientas, capacidad de resistencia, concentración, puntualidad, etc.). Estas últimas habría que contextualizarlas sobre el área profesional de intereses del usuario, ya que, por ejemplo, son distintas las habilidades básicas que hay que poner en juego en un trabajo de jardinero que en otro de venta domiciliaria.
- e) Habilidades sociales: habilidades de conversación, petición de ayuda, asunción de críticas, petición de cambios, relación con compañeros y jefes, etc.

Existen distintos métodos para realizar la evaluación que se complementan entre sí: entrevista, cuestionarios y registros, observación directa, pruebas conductuales, etc. Es la observación *en vivo* en el puesto de trabajo o en un contexto que lo imite, por ejemplo talleres rehabilitadores, la forma más eficaz de evaluar. El conocimiento detallado de fracasos laborales anteriores puede proporcionar aspectos importantes a tener en cuenta en la intervención posterior.

La fase de evaluación debe concluir con la elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación e Inserción Laboral. En él se reflejarán los objetivos que se pretenden conseguir con el usuario y la forma de llevarlos a cabo. De esto último versa el siguiente apartado.

• *Fase de intervención*

La intervención óptima en rehabilitación laboral sería aquella en que el puesto de trabajo concreto está disponible. Conociendo las demandas específicas del puesto, así como los apoyos disponibles en el trabajo, se podrá conseguir un diseño ajustado de las habilidades que un usuario concreto necesita para ese puesto de trabajo en particular. Si además se tiene la posibilidad de realizar los entrenamientos en el propio puesto de trabajo, y de disponer del apoyo necesario *in situ*, el éxito del proceso de rehabilitación y mantenimiento laboral será más factible.

Cuando la estrategia anterior no es posible, las siguientes áreas de intervención se muestran especialmente relevantes en los procesos de rehabilitación e inserción laboral.

1. Orientación vocacional: se pretende ajustar las expectativas de inserción laboral que presenta el usuario a sus capacidades y a la realidad del mercado de trabajo. De este ajuste deberá derivar una o varias opciones laborales consensuadas entre usuario y profesional que permita un abordaje contextualizado en otros ámbitos de intervención.
2. Hábitos básicos de trabajo: se trataría de dotar a los usuarios de los hábitos básicos que en cualquier trabajo van a ser necesarios.
En el [cuadro 4.28](#) se señalan los principales hábitos que cualquier usuario debe poseer cuando quiere enfrentarse a cualquier trabajo.

Cuadro 4.28. Hábitos básicos de trabajo

-
- Capacidades cognitivas básicas: memoria, concentración, atención, seguimiento de instrucciones, orientación, etc.
 - Asistencia.
 - Puntualidad.
 - Aseo y vestido.
 - Organización de tareas e iniciativa.
 - Resolución de problemas.
 - Actitud ante el trabajo.
-

El lugar más adecuado para desarrollar todos estos hábitos es aquel que mejor simule un trabajo real. Los talleres rehabilitadores, donde los profesionales pueden realizar un diseño del ambiente ajustado a las necesidades de los usuarios, representan un contexto excelente para entrenar los hábitos básicos de trabajo.

3. Habilidades sociales en el entorno laboral. La competencia social del sujeto a la hora de interactuar con compañeros y jefes se muestra como una variable fundamental a la hora de explicar muchos éxitos o fracasos en el mantenimiento del trabajo. En el [cuadro 4.29](#) se muestran las habilidades sociales más significativas a entrenar.

Cuadro 4.29. Habilidades sociales en el entorno laboral

-
- Relación con compañeros.
 - Habilidades de conversación.
 - Habilidades para ofrecer y pedir ayuda.
 - Asertividad: capacidad para realizar y asumir críticas.
 - Administración del tiempo libre.
 - Manejo de situaciones estresantes.
-

4. Apoyo a la formación profesional: la falta de capacitación profesional del colectivo hace necesario, en muchos casos, complementar los procesos de rehabilitación laboral con acciones dirigidas a dotar a los usuarios de una

profesión u oficio. El principio de normalización orienta estas acciones hacia la utilización, en la medida de lo posible, de los circuitos formativos previstos para la población general (INEM, organismos de capacitación profesional, etc.). Sólo en aquellos casos que lo requieran se diseñarían estrategias de capacitación laboral específicas para el colectivo, o se adaptarían las existentes. La coordinación de los profesionales de la rehabilitación con estos recursos, así como el seguimiento y apoyo individualizado a los usuarios inmersos en procesos de capacitación profesional, se hacen en muchos casos imprescindibles para maximizar el éxito en dicha formación.

5. Una vez que el usuario tiene un grado de funcionamiento adecuado en las áreas anteriores se puede iniciar la capacitación en habilidades de búsqueda de empleo en las que se le dotará de las competencias necesarias para encontrar y acceder a un empleo. Las principales habilidades a desarrollar se describen a continuación en el [cuadro 4.30](#).

Cuadro 4.30. *Habilidades de búsqueda de empleo*

-
- Identificación y uso de fuentes de información sobre ofertas de empleo.
 - Discriminación y selección de ofertas de empleo ajustadas a sus capacidades y formación.
 - Elaboración del *curriculum* laboral.
 - Petición de entrevistas, elaboración de cartas de presentación, etc.
 - Manejo en entrevistas de trabajo.
 - Trámites burocráticos: inscripción en el INEM, petición de vida laboral, etc.
-

6. Apoyo en el puesto de trabajo: una vez que el usuario ha accedido a un trabajo, puede ser adecuado realizar un seguimiento cercano de su desempeño y dificultades. Dicho apoyo deberá mantenerse el tiempo necesario para asegurar una buena adaptación y deberá estar disponible ante cualquier imprevisto que surja. La familia del usuario puede jugar un papel fundamental a la hora de facilitar y apoyar el mantenimiento en el trabajo (despertarle, animarle, facilitarle dinero o acompañarle alguna vez al trabajo).

D) Estrategias de inserción laboral

Sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación se presentan las principales alternativas de inserción laboral que se han utilizado con el colectivo de personas con

enfermedad mental crónica.

1. Inserción en el mercado laboral ordinario: ésta es la fórmula ideal de inserción. En ella el usuario comparte los mismos espacios, tareas, sueldos, etc. que el resto de los trabajadores. Sin embargo esta estrategia se enfrenta a dificultades que son ajenas a los procesos de rehabilitación, como por ejemplo la alta tasa de desempleo existente en nuestro país, los prejuicios y rechazo que los diagnósticos psiquiátricos producen en la sociedad, la rigidez, aunque algo se ha mejorado en este sentido, en las prestaciones económicas por minusvalía o invalidez, etc.
Una derivación de la inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula conocida como *empleo con apoyo*. Esta estrategia ha demostrado su pertinencia con otros colectivos de discapacitados y empieza a aplicarse con éxito en personas con enfermedad mental crónica. La premisa básica es que *toda* persona con discapacidad puede realizar un trabajo productivo en los contextos laborales ordinarios pero para que esto se dé es necesario disponer de un *apoyo* efectivo a ese trabajador. Este elemento clave del modelo, el apoyo, ha de reunir las características de ser individualizado, profesional, flexible, continuado y realizado en el propio puesto de trabajo. La lógica de este modelo supone una estrategia inversa a los modelos tradicionales que primero entrenan o “rehabilitan” al usuario y después lo colocan. En el empleo con apoyo primero se coloca y después se entrena al sujeto *in situ* para responder adecuadamente a las demandas de ese trabajo concreto.
2. Creación de empleo mediante iniciativas para la puesta en marcha de empresas de economía social. Esta fórmula, que abarca desde el autoempleo hasta la constitución de pequeñas empresas, pretende crear puestos de trabajo con un porcentaje de ocupación significativo de enfermos mentales. Teniendo como base su viabilidad económica y la competencia en el mercado ordinario, este modelo pretendería crear trabajo estable para el colectivo en aquellos sectores económicos más adecuados para su desarrollo. El apoyo de diferentes agentes sociales (empresarios, administración, sindicatos, familiares, etc.) a estas iniciativas favorecería su creación y pervivencia en el tiempo.
3. Empleo protegido: la fórmula empresarial más utilizada en este modelo es el centro especial de empleo y cuenta con un gran desarrollo dentro de los colectivos de los minusválidos sensoriales, físicos y deficientes mentales. En la actualidad la presencia de enfermos mentales es muy escasa. Los centros especiales de empleo han de tener una plantilla compuesta mayoritariamente por trabajadores con minusvalía, cuyo supuesto menor rendimiento laboral se vería compensado con distintas ayudas económicas por parte de las administraciones, con el fin de equiparar su viabilidad económica a otras

empresas del sector sin trabajadores minusválidos.

4.5.9. Apoyo, asesoramiento y psicoeducación con las familias de personas con esquizofrenia

Como se ha explicado anteriormente, los procesos de desinsitucionalización han conllevado una serie de dificultades o la aparición de nuevos problemas a los que hay que dar respuesta. Uno de los más importantes es el abordaje familiar en las personas con esquizofrenia. Actualmente los familiares son los auténticos cuidadores del enfermo, y es necesario darles información, entrenamiento y un apoyo sostenido para que sean capaces de llevar a cabo dicha labor. A continuación se presentan las principales características a tener en cuenta y las diferentes actuaciones a desarrollar en este ámbito de trabajo.

A) Emocionalidad y comunicación en las familias de los pacientes

Al iniciarse en Europa las primeras externalizaciones de pacientes con esquizofrenia, pudo observarse que se daban mayores índices de recaída en aquellos pacientes que volvían a sus antiguas familias frente a quienes pasaban a vivir en otro tipo de instituciones. Ese hecho hizo que aumentara la atención dedicada a las familias con algún miembro paciente diagnosticado de esquizofrenia. Fruto de este interés se operativizaron dos conceptos que, desde entonces, han generado la mayor parte de las investigaciones e intervenciones con las familias de los pacientes: *la emoción expresada*, (Brown *et al.*, 1962) y la *comunicación desviada* (Singer y Doane, 1967). No obstante, y éste es un concepto fundamental, desde el marco de la rehabilitación psicosocial y del modelo de vulnerabilidad, se pone especial interés en aclarar que no existen razones para ver en estos constructos carácter etiológico alguno para la esquizofrenia.

Para valorar la *emoción expresada* de las familias, se dispone de una entrevista, la *Camberwell Family Interview*, a la que se le supone un valor predictivo del riesgo de recaída de los pacientes en función de tres escalas: los *comentarios críticos* (cuando por lo que se dice del paciente o por cómo se dice se expresa desaprobación hacia él o hacia algo que ha hecho), la *hostilidad* (cuando el comentario supone una descalificación global del paciente, un rechazo a él como persona y no sólo desaprobación de sus conductas) y una *implicación emocional excesiva* (cuando algún familiar con frecuente contacto con el paciente muestra una conducta muy sobreprotectora hacia él o expresa un sacrificio personal y familiar exagerado a causa de su enfermedad) (Vizcarro y Arévalo, 1987).

En cuanto al concepto de *comunicación desviada*, estilo de comunicación que se da en algunas familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, también obedece

a una hipótesis no culpabilizadora de los familiares, según la cual las dificultades para comunicarse de forma directa, clara y sin ambigüedades tendrían su origen en los déficit perceptivos y atencionales del paciente, resultando ser más una respuesta que la causa de la enfermedad.

Los efectos nocivos de la elevada emoción expresada y de la comunicación distorsionada actuarían convirtiendo el ambiente familiar en una atmósfera estresante para el paciente, especialmente vulnerable, al facilitar equívocos constantes en la comunicación así como demandas excesivas para el paciente. Con este planteamiento general, ambos conceptos generaron desde su aparición *paquetes* de intervención familiar muy estructurados que procuran que los familiares accedan a las habilidades precisas para poder comunicarse, resolver sus problemas y expresar emociones y sentimientos de forma que reduciendo el estrés para el paciente disminuyan el riesgo de recaída en las personas con esquizofrenia que viven con sus familias.

B) Necesidades de los familiares y papel de los profesionales

Las intervenciones familiares no deben agotarse en su función de prevención de recaídas de los pacientes, sino que los familiares tienen derecho a una atención directa a sus propias dificultades y necesidades. Es decir, no sólo deben atenderse las dificultades de los familiares para facilitar así la recuperación de las personas con esquizofrenia, sino que ellos deben ser objetivo de la atención con idéntica prioridad que los pacientes. Por otra parte, es frecuente que muchos familiares, sin dificultades de comunicación o de expresión de emociones, necesiten y así lo solicitan, otro tipo de apoyos: información acerca de la enfermedad, consejo, habilidades para manejar los síntomas de su familiar enfermo, etc.

Concretar cuáles son esas necesidades de los familiares es una tarea más difícil por lo complicado que resulta generalizar al hablar de una experiencia tan intensa, significativa y particular como la de que un familiar directo sufra una esquizofrenia y porque el propio concepto de necesidad alude a una subjetividad difícil de enmarcar. No obstante, a continuación se exponen en el [cuadro 4.31](#) las necesidades más frecuentes que los familiares de los pacientes suelen sentir y plantear a los profesionales.

Cuadro 4.31. Necesidades más frecuentes de los familiares

1. Información sobre la enfermedad, evolución y tratamiento.
2. Apoyo práctico para las conductas disruptivas del paciente en la convivencia.
3. Apoyo ante situaciones de emergencia en la convivencia.
4. Habilidades de comunicación y resolución de problemas para enfrentar y reducir el estrés de la convivencia.
5. Recursos especializados para el tratamiento, rehabilitación y apoyo social de su familiar.

1. *Información acerca de la enfermedad, del tratamiento y de la evolución del familiar enfermo.* Para poder mantener correctamente informados a los familiares es necesario que, antes, el profesional tenga una opinión formada respecto a la eficacia de la medicación y de las actividades de rehabilitación que esté siguiendo el paciente desde la última revisión, grado de cumplimiento de los últimos objetivos planteados y nuevos objetivos de trabajo con él.

Especialmente significativa es la primera información que la familia recibe cuando el paciente es diagnosticado de esquizofrenia. Actualmente se conocen las posibles evoluciones benignas de la esquizofrenia (Zubin, 1987) que permiten llevar una vida relativamente normalizada, y ya no hay razones para pensar que todos los pacientes van a deteriorarse progresivamente. Por tanto, la información debe ser realista pero positiva si queremos evitar las profecías negativas que se acaban cumpliendo debido a las expectativas negativas de clínicos, familiares, pacientes y otros agentes sociales.

2. *Apoyo práctico y concreto.* Aunque los familiares necesitan saber, hasta donde el profesional conozca, cuál es la hipótesis del origen del problema de su familiar enfermo y otros aspectos teóricos o generales, la mayoría de las veces lo que necesitan es ayuda práctica relacionada con la convivencia diaria.

Por tanto, los servicios de atención a quienes sufren esquizofrenia deben diseñarse para poder atender, en colaboración con los servicios de urgencias generales, este tipo de necesidades de los familiares. La mayoría de las veces la respuesta profesional efectiva puede darse telefónicamente, pero otras es imprescindible el desplazamiento de los profesionales a la casa o al ambiente del paciente.

Una *evaluación familiar* (véase [capítulo 3](#)) permite conocer, en un alto porcentaje, cuáles son las estrategias que la familia necesitará para enfrentar tanto las *conductas más cotidianas y puntuales* (especialmente los síntomas más disruptivos, la negativa a tomar la medicación, hacer las tareas, etc.) como el *estrés familiar más permanente* (ver [cuadro 4.32](#)). La planificación de la intervención familiar permitirá no tener que enfrentar con carácter de urgencia todas las consecuencias de las dificultades familiares, sino que con el trabajo planteado (dar información, entrenar estrategias de enfrentamiento, potenciar puntos fuertes, etc.) se pueden prevenir muchos de los problemas en la medida en que la familia sea cada vez más competente para afrontar los problemas (ver [cuadro 4.33](#)).

3. *Soporte emocional para las vivencias de desesperanza.* Sentimientos de culpa, de resignación e impotencia, de vergüenza, de incompetencia, de rabia o de frustración. Todas esas emociones están presentes en los familiares a lo largo del proceso de la enfermedad y suponen una gran parte

de la carga que deben soportar por ser los principales cuidadores del paciente.

Cuadro 4.32. Evaluación inicial familiar

<i>Evaluación de la crisis</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Determinar la magnitud de la disfunción del paciente.</i> Preguntar por los síntomas del paciente y su impacto sobre el funcionamiento habitual de la familia.2. <i>Determinar el nivel de angustia actual de la familia.</i> Preguntar por otras dificultades y por la forma de manejar las situaciones conflictivas de la crisis.3. <i>Determinar el grado de apoyo profesional que requiere el paciente: hospital, medicación, frecuencia de las sesiones.</i> Preguntar a la familia qué necesita y desea recibir en ese momento.
<i>Evaluación de la reacción familiar ante la enfermedad y el tratamiento</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Determinar el impacto a largo plazo de la enfermedad sobre la vida familiar.</i>2. <i>Determinar la respuesta de los miembros de la familia a tratamientos anteriores.</i> Revisar el curso de la enfermedad y las distintas experiencias terapéuticas, sobre todo las negativas, así como la apreciación familiar de su eficacia.
<i>Evaluación general de la familia</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Determinar factores familiares generales que pudieran suponer estrés (ee) o protección para el paciente y/o para entender la evolución de la enfermedad.</i> Explorar pautas de relación dos a dos entre los miembros de la familia para descubrir, sobre todo, alianzas, fronteras generacionales, dependencia de opinión. Observar el estilo de comunicación y resolución de conflictos, especialmente si existe claridad en los mensajes y facilidad para la expresión de emociones.2. <i>Detectar estrategias que estén utilizando para enfrentar dificultades y valorar su eficacia.</i>3. <i>Descubrir el contacto de los miembros de la familia entre sí y con la comunidad.</i> Detectar sentimientos de vergüenza por la enfermedad o similares que impliquen ocultación del problema.4. <i>Determinar el nivel de tolerancia actual de la familia al estrés, en general y en particular de cada miembro.</i>5. <i>Establecer el grado de colaboración esperado para el trabajo con su familiar desde el servicio.</i> Disponibilidad para llevarle al dispositivo, avisarle, supervisar tareas.

Basado en Anderson y col., 1986.

Cuadro 4.33. Habilidades y metas de la familia

<i>Habilidades de los familiares</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hno. 1</i>	<i>Hno. 2</i>
1. Escucha cuando los otros hablan				
2. Se centra en el tema a tratar				
3. Expresa aspectos positivos de otros				
4. Expresa aspectos positivos del paciente				
5. Se centra en los problemas concretándolos				
6. Es capaz de pedir cambios correctamente				
7. Es capaz de hacer críticas correctamente				
8. Está desbordado por la situación				
9. Descalifica al usuario generalizando sus conductas. Problemáticas a su persona				
10.				
11.				
12.				

A: si se observan directa y espontáneamente en las interacciones. B: si es incitado en sesión.

<i>Metas de la familia: aspectos a entrenar</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Hno. 1</i>	<i>Hno. 2</i>
• Reducir críticas				
• Reducir hostilidad				
• Reducir sobreimplicación				
• Capacidad para dar mensajes claros				
• Capacidad para resolver problemas				
• Capacidad para expresar emociones positivas				
• Capacidad para emitir emociones negativas				
• Otro tipo de conductas útiles para la rehabilitación:				
• Por ejemplo: supervisión de la medicación				

El profesional debe ser capaz de sensibilizarse ante la situación vital de los familiares de sus pacientes y practicar “altas dosis” de *empatía* con ellos. Sólo desde la alianza se ve posible alcanzar metas de rehabilitación y la atención a las emociones de los familiares es el primer paso para ella.

4. *Recursos públicos especializados para la correcta atención a su familiar.* Los profesionales deben conocer qué recursos existen o facilitar el acceso a la información a los familiares y no adoptar posiciones defensivas porque se les demanden “a ellos” recursos que no existen o que existen escasamente.

B) Formas de intervenciones con las familias

Si resulta difícil clasificar las necesidades de los familiares, igual de complicado resulta hacerlo con las respuestas que se han ido estructurando desde la aparición de los conceptos de emoción expresada y comunicación desviada, dentro de la rehabilitación psicosocial. La clasificación de De la Hoz y col. (1997) informan de la metodología fundamental y objetivos principales de las distintas clasificaciones y es la base de la que aquí se presenta. En todas las intervenciones familiares, es difícil encontrar modelos “puros”, asemejándose más a los que se denominan “modelos globales o extensos”, pero en los contextos asistenciales esta característica es aún más clara y casi todas las intervenciones tratan de paliar todas las necesidades familiares. No obstante, sí es cierto que las distintas opciones ponen el énfasis en distintos objetivos y, además, todos ellos *comparten tres características fundamentales: el carácter educativo* de la intervención

frente al terapéutico, el *afán por medir los resultados de la intervención, intentando conocer hasta qué punto poseen eficacia y la voluntad de atender las demandas y necesidades familiares.*

• *Modelos Informativos (por ejemplo, Anderson y col., 1986)*

A) *Objetivos:*

1. Desarrollar en la familia expectativas ajustadas a la realidad.
2. Ajustar la estimulación y exigencia familiar hacia el paciente.
3. Mejorar la comunicación.
4. Evitar el aislamiento social de la familia.

B) *Intervención:*

1. Fase de conexión con cada familia. Sin el paciente.
2. Fase educativa. Con varias familias. Sin los pacientes.
3. Varias sesiones con tareas entre sesión y resolución de problemas prácticos con cada familia, incluyendo al paciente. Disponibilidad inmediata del profesional entre sesiones.
4. Fase de “desenganche” cuando el paciente se estabiliza en lo que se considera su mejor nivel de funcionamiento posible. Sesiones poco frecuentes.

• *Modelos basados en el entrenamiento de habilidades (por ejemplo, Fallon y Liberman, 1963; Fallon 1981 y 1985)*

A) *Objetivos:*

1. Mejorar los conocimientos sobre la enfermedad.
2. Mejorar la comunicación y capacidad para resolver problemas.
3. Potenciar el uso de cuantas estrategias dispongan y/o sean capaces de desarrollar para enfrentar situaciones difíciles en la convivencia.

B) *Intervención:*

1. Fase de evaluación familiar e hipótesis sobre la funcionalidad de las conductas problema.
2. Sesiones donde se alterna:
 - a) Información sobre la esquizofrenia.
 - b) Entrenamiento en habilidades de comunicación (ver [cuadro 4.34](#)).
 - Expresión de sentimientos y retroalimentación positiva.
 - Capacidad para hacer demandas de forma positiva.
 - Capacidad para escuchar activamente las necesidades de los otros.
 - Expresión de sentimientos y emociones negativas.

Cuadro 4.34. Esquema para entrenar habilidades de comunicación

Esquema general de una sesión de entrenamiento

- Revisión de las tareas del último día.
- Repaso de lo aprendido.
- Explicación de la utilidad de la habilidad a entrenar en esa sesión (sólo se entrena una habilidad por sesión).
- Explicación paso a paso de la habilidad a entrenar.
- Modelado con *role playing* y *feed back* (primero se refuerza lo correcto y se dan instrucciones de aquello mejorable).
- Tareas a realizar hasta la próxima sesión.

A. Expresión de sentimientos positivos:

1. Elegir el momento adecuado: que el interlocutor esté receptivo y uno mismo se sienta en disposición de hacerlo.
2. Mirar a la persona, dirigir la postura hacia ella y mantener una distancia óptima para el contacto personal pero no intrusiva.
3. Sonreír, hablar despacio, mantener una postura relajada.
4. Describir concretamente el comportamiento del otro que nos afecta positivamente y cómo nos afecta: qué sentimos cuando ocurre, qué consecuencias tiene para la relación (hablar en 1.ª persona: “mensajes yo”).
5. Esperar la reacción del otro antes de continuar con la conversación o terminar la interacción.

B. Hacer una petición positiva

1. Elegir el momento adecuado.
2. Mirar a la persona.
3. Describir el motivo de nuestra petición y la confianza o admiración que sentimos hacia la persona a la que nos dirigimos.

4. Anticiparle las consecuencias positivas que implicaría su ayuda.
5. Agradecerle la ayuda o la escucha y disposición.

C. Hacer críticas

1. Elegir el momento tanto para mí como para la otra persona.
2. Describir mi problema sin generalizar: Expreso lo ocurrido y cómo me siento.
3. Empatizar: ponerme en su lugar.
“entiendo que tú...”
“comprendo que...”
“puede ser que tú...”
4. Aceptar mi parte de responsabilidad:
“Es verdad que yo...”
“Es posible que yo...”
5. Pedir el cambio, proponiendo otro comportamiento:
“A mí me gustaría que...”
6. Anticipar consecuencias positivas del cambio.
7. Pedir sugerencias:
“¿a ti qué te apetece?”
“¿qué otra cosa podríamos hacer?”
8. Intentar llegar a un acuerdo. Es necesario que los dos cedan, no sólo uno.
9. Reforzar. Al menos reforzar la escucha del otro, que haya entendido, que este dispuesto a cambiar... Cualquiera respuesta positiva por parte del otro.
“Me alegra que...”, “Te agradezco...”

D. Cómo escuchar activamente:

1. Mantener la mirada *dirigida* al que habla.
2. Expresar atención en nuestro gesto facial.
3. Transmitir *señales* no verbales como: asentimientos con la cabeza o expresiones y murmullos (“m-mmm”, “ajá”, “ya veo”).
4. Repetir lo último que el otro dice.
5. Resumir lo que el otro dice.
6. Recibir y no emitir: “no estar pensando en lo que vas a decir después”.
7. Hacer preguntas (si son “abiertas” facilitan que el otro me dé más información que a su vez yo puedo recoger para mantener la conversación).
8. Dar información personal sobre lo que el otro dice.
9. Empatizar.

c) Entrenamiento en resolución de problemas (ver [cuadro 4.35](#)).

Cuadro 4.35. Esquema para entrenar resolución de problemas

1. “Define el problema. Habla con todos, escúchalos, pregunta para aclarar lo que sea necesario. Todos debéis estar de acuerdo en cuál es el problema. Elige el mejor momento posible para hacer estas cosas.”
2. “Haz una lista de soluciones, de todas las que se aporten, aunque parezcan malas. Intenta que cada

uno aporte una solución. Evita entrar a discutir cualquier solución en este momento. Sólo apúntala.”

3. “Discute con todos cada una de las alternativas. *Haz una lista de las ventajas y desventajas de cada opción.*”
 4. “*Elige la mejor de las soluciones y anótala.* Puede ser la mezcla de varias alternativas.”
 5. “*Anota quién se encargará de hacer qué cosa y establece una fecha para valorar lo realizado.*”
 6. “Pasa a la acción.”
 7. “*Estáte pendiente de la ejecución de las acciones elegidas.* Anima a realizarlas, sin reñir a nadie, *Haz notar todo lo positivo que se va haciendo y ayuda a superar las dificultades.*”
 8. “Ante algún problema que no puedas solucionar *pide ayuda.*”
 9. “Si no logramos los resultados alcanzados, volveremos a intentarlo tras *valorar lo positivo alcanzado en el intento.*”
-

3. Sesiones con el paciente y los miembros de la familia.
4. Menor frecuencia a medida que avanza la intervención.
5. Duración aproximada total de un año.

- *Modelos que fomentan la autoayuda (por ejemplo, National Alliance for Mental Ill, Hatfield, 1981)*

Aunque se proporciona mucha información y se aportan y construyen, entre todos, estrategias de enfrentamiento a situaciones cotidianas difíciles, el objetivo primordial de estos enfoques es ayudar a que los participantes alcancen el mejor estado emocional posible, ayudándoles a superar los sentimientos de culpa, incompetencia y desbordamiento por la situación que pudieran estar experimentando.

A) *Objetivos:*

1. Superar sentimientos de culpa, vergüenza, etc.
2. Encontrar y ofrecer comprensión por las dificultades.

3. Velar por la correcta atención a quienes padecen esquizofrenia y otras enfermedades mentales.
4. Favorecer la integración social real de quienes padecen enfermedades mentales.

B) Intervención:

1. Desarrollo de grupos de autoayuda.
2. Autodirección de los afectados, jugando los profesionales, generalmente, un lugar secundario.
3. Desarrollo de recursos de apoyo y soporte comunitario en complementación y coordinación con los servicios públicos.

• *Modelos globales (por ejemplo, McFarlane, 1983)*

Tratan de atender las tres dimensiones clásicas de la intervención familiar: la información, el entrenamiento en estrategias prácticas para la convivencia y el apoyo o soporte. Como prototipo de estos enfoques se presenta el programa de intervención multifamiliar de McFarlane (1983) que simboliza la importancia de la relación mutua de cuatro factores familiares: la emoción expresada, la comunicación desviada, el aislamiento social y el sentimiento de “carga” que se pudieran estar dando en la familia del paciente.

A) Objetivos:

1. Prevención de recaídas:
 - a) Reducción del aislamiento.
 - b) Reducción de la carga familiar.
 - c) Reducción de la emoción expresada.
 - d) Reducción de las disfunciones en la comunicación familiar.

2. Mejorar el funcionamiento psicosocial:
 - a) Disminuir la interdependencia familiares-paciente.
 - b) Expandir la red social familiar.

3. Crear una red social de apoyo a las necesidades a largo plazo de los miembros de la familia.

B) Intervención:

1. Programa multifamiliar: de 4 a 7 familias.
2. Larga duración: de 2 a 3 años.
3. Presencia de los pacientes en el grupo.
4. Fase de reunión del grupo: contactos previos con cada familia para evaluación inicial.
5. Fase de cohesión: sesiones psicoeducativas en grupo.
6. Fase de “desenredo” o resolución de problemas que va planteando el grupo.
7. Fase de construcción de una red social entre los miembros del grupo.

El papel del terapeuta es cambiante a lo largo de las sesiones, evolucionando desde un papel más activo y directivo a uno más de asesor, hasta colocarse en un mero observador y desaparecer cuando el grupo funcione como un grupo de autoayuda.

Los datos aportados por todos los estudios en los que se mide la eficacia de estas intervenciones familiares son altamente positivos y esperanzadores, comparados con los tratamientos que no incluyen entre sus ingredientes este tipo de intervención. Los resultados han demostrado su relevancia en diversas variables significativas: los cambios hacia actitudes más positivas, una mejor aceptación de la enfermedad, la adecuación de expectativas, la mejora de la comunicación familiar, etc. (Lamb, 1991). A modo de ejemplo, la revisión de Strachan (1986) muestra cómo las recaídas son menores cuando se presta esta atención a las necesidades familiares, manteniéndose estos beneficios significativos hasta dos años después de las intervenciones (ver [cuadro 4.36](#)).

Cuadro 4.36. Índice de recaídas tras las distintas intervenciones familiares

<i>Programa</i>	<i>Tiempo transcurrido desde la intervención</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Grupo con intervención familiar</i>
Goldstein	6 meses	48 %	0 %
Leff	9 meses	50 %	8 %
	2 años	75 %	33 %
Fallon	9 meses	44 %	6 %
	2 años	83 %	17 %
Hogarty	9 meses	28 %	9 %

Respecto a los aspectos comunes de todos los modelos que pudieran estar explicando resultados similares, aparte de que todos, más o menos en profundidad, proporcionan información, dotan de habilidades y prestan soporte emocional, sin duda debe destacarse la presencia del componente de *intentar responder a las necesidades que los familiares expresan a los profesionales*, sin mediar más interpretaciones o teorizaciones, elaborándose así un *clima imprescindible de trabajo conjunto* familia-paciente profesional.

Sin este componente actitudinal por parte de los profesionales las intervenciones presentadas perderían, seguramente, su efectividad demostrada y es por ello que conviene resaltar los comportamientos y habilidades profesionales que deberían potenciarse al trabajar con familiares, así como aquellos otros que deberían desterrarse (ver [cuadro 4.37](#)).

Cuadro 4.37. Actitudes adecuadas e inadecuadas para trabajar con familiares

<i>No se debería...</i>
1 ...convertir a los familiares en nuevos pacientes.
2 ...mantener una actitud que genere sensación de culpa en los familiares.
3 ...teorizar y teorizar sin resolver el problema concreto de “aquí” y ahora”.
<i>Sí se debería...</i>

- 1 ...intentar clarificar las situaciones y aportar soluciones de forma conjunta y al mismo nivel de los familiares.
2. Centrarse en los puntos fuertes de los familiares y no sólo en los “defectos”.
3. ...aceptar puntos de vista de los familiares, diferentes a los propios.
4. ...aprender a aceptar críticas y a manejarse en situaciones muy intensas emocionalmente.
5. ...conocer todo tipo de recursos que la comunidad tiene para ayudar a los familiares.
6. ...animar a la familia a realizar actividades no centradas en el paciente.
7. ...aprender a dar respuestas lo más integrales posible a las diferentes demandas de los familiares.

Hay tres aspectos característicos de las demandas de los familiares, su *repetición* (una y otra vez se suceden las mismas o similares peticiones), su *heterogeneidad* (se solicitan cuestiones bien diversas a un mismo profesional que suele carecer de competencias directas sobre la mayoría de ellas) y la *enorme dificultad y complejidad* que entraña su resolución favorable (cuando los familiares solicitan un cambio suelen estar pensando en un cambio global más que en la superación de una situación puntual), que facilitan que la “distancia” entre familiares y profesionales sea cada vez mayor. Los primeros se quejan de que los segundos les piden una y otra vez imposibles que no están en sus manos y los segundos acusan a los primeros de no molestarse lo suficiente por ayudarles. La única vía de solución posible es un trabajo conjunto y mutuo, más educativo que terapéutico, cuyo inicio es responsabilidad del profesional y depende de sus habilidades para escuchar, empatizar, tranquilizar e informar siempre, solucionando los problemas cuando sea posible.

Cuadro resumen

- La problemática de las personas que sufren esquizofrenia es múltiple y compleja. No se reduce sólo a la sintomatología psicopatológica sino que afecta también a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación e integración en la comunidad.
- Gracias al desarrollo de los procesos de Reforma psiquiátrica se ha producido una profunda transformación de la atención a esta población, pasando de un modelo basado en la institucionalización a la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad buscando atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización.
- La organización de una adecuada atención comunitaria a las personas que sufren esquizofrenia exige tener en cuenta la problemática multidimensional que presentan y por tanto la necesidad de articular un sistema de servicios y recursos comunitarios de tratamiento, rehabilitación psicosocial y apoyo social que cubran sus diferentes necesidades tanto sanitarias como sociales y les permitan su mantenimiento e integración en la comunidad del modo más

- autónomo y normalizado posible.
- Teniendo presente el modelo de vulnerabilidad y la problemática multidimensional que presentan las personas afectadas de esquizofrenia, la intervención se ha de orientar hacia los siguientes objetivos principales: *Control y manejo de la sintomatología y prevención de recaídas; Mejora de las capacidades y habilidades para mejorar el funcionamiento personal y social; Apoyo al mantenimiento e integración en la comunidad favoreciendo el desempeño de roles sociales normalizados y Apoyo a las familias* para mejorar la convivencia familiar y apoyar el proceso de atención y rehabilitación.
 - La intervención debe ser integral, partiendo de una evaluación global del sujeto y su entorno y de sus diferentes problemáticas y posibilidades en las distintas esferas (sintomatología, funcionamiento psicosocial, desempeño de roles, integración social, convivencia familiar, etc.) y debe integrar y combinar las diferentes estrategias de atención que han demostrado su eficacia y relevancia.
 - Las principales estrategias de intervención que han de combinarse de un modo complementario se pueden agrupar en dos apartados: *tratamiento*, cuyo foco principal es la reducción o mejora de la sintomatología psicótica, que incluye fundamentalmente las intervenciones farmacológicas junto con nuevas estrategias psicológicas para el manejo de los síntomas, y el campo de la *rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario*, cuyo foco es fundamentalmente la mejora del funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su participación e integración social.
 - Las intervenciones farmacológicas resultan esenciales en el tratamiento de la esquizofrenia. Los fármacos antipsicóticos (neurolépticos) han demostrado su eficacia en la mejora y/o reducción de la sintomatología y en la prevención de recaídas. Además se están desarrollando nuevas generaciones de neurolépticos (neurolépticos atípicos) más selectivos y eficaces y con menores efectos secundarios. Asimismo se están desarrollando, con resultados prometedores, nuevas estrategias psicológicas para el manejo de síntomas positivos como alucinaciones y delirios.
 - La *rehabilitación psicosocial* se configura como conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas y que se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, a la mejora de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia.
 - La intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad; y por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el

- desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial.
- La intervención en *rehabilitación psicosocial* incluye todas aquellas áreas de la vida personal y social en las que la persona afectada de esquizofrenia necesite apoyo para mejorar su nivel de autonomía y funcionamiento. Las principales áreas que se trabajan en rehabilitación son, entre otras, las siguientes: *Autocuidado y actividades de la vida diaria*, *Psicoeducación* (conocimiento de la enfermedad, autonomía en la toma regular de la medicación, prevención de recaídas), *Manejo del estrés* (mejora de la capacidad de afrontamiento de las situación de tensión y estrés), *Habilidades sociales* (mejora de las capacidades y habilidades de relación social), mejora de los *Déficit cognitivos* (memoria, atención, concentración, etc.), *Ocio y tiempo libre*, *Integración sociocomunitaria* (apoyo al uso de recursos comunitarios, apoyo a la integración social y el desempeño de roles sociales normalizados), *Orientación laboral* (orientación e inserción laboral, mejora de las capacidades y hábitos sociolaborales, apoyo a la búsqueda y mantenimiento del puesto de trabajo).
 - Las familias son un recurso esencial en la atención a las personas que sufren esquizofrenia. Las familias necesitan información, asesoramiento y apoyo. Por ello un elemento cada vez más importante de la intervención en rehabilitación son los programas de psicoeducación e intervención psicosocial con las familias que incluyen tanto información sobre la enfermedad como formación en estrategias de comunicación y resolución de problemas que permitan mejorar la convivencia familiar. Este tipo de programas de apoyo a las familias han demostrado en la literatura su eficacia tanto en la reducción de recaídas como en la mejora de la calidad de vida en la familia y en el funcionamiento de la persona afectada por esquizofrenia.

Exposición de un caso clínico

Se presenta el proceso de intervención que se realizó con Carlos (ver caso práctico del [capítulo 3](#). Evaluación). Recogiendo los objetivos planteados en el plan individualizado realizado tras la evaluación y completado este plan con la evaluación continuada, en la [figura 4.4](#) se representan esquemáticamente los objetivos de Carlos.

Aprovechando las dos demandas que Carlos realiza (trabajar y relacionarse más) se le explica el papel que la ansiedad está jugando a la hora de explicar sus comportamientos de evitación. Se le pide que registre aquellas situaciones que le producen ansiedad, para posteriormente graduarlas y poder afrontarlas

ordenadamente. A la par se le entrena en técnicas de relajación que debe ir practicando en su domicilio. Cuando se tiene la certeza de que las domina se le expone en vivo a las situaciones anteriormente registradas e imaginariamente a otras que no pueden ser practicadas en vivo. Las situaciones que principalmente se abordan son aquellas que implican contactos sociales. Una vez resuelto este aspecto se le propone la participación en grupos de intervención que atiendan al objetivo de “Realización de actividades de ocio” por ser éste un objetivo de cambio del propio usuario. Se propone abordar este objetivo con la siguiente secuencia:

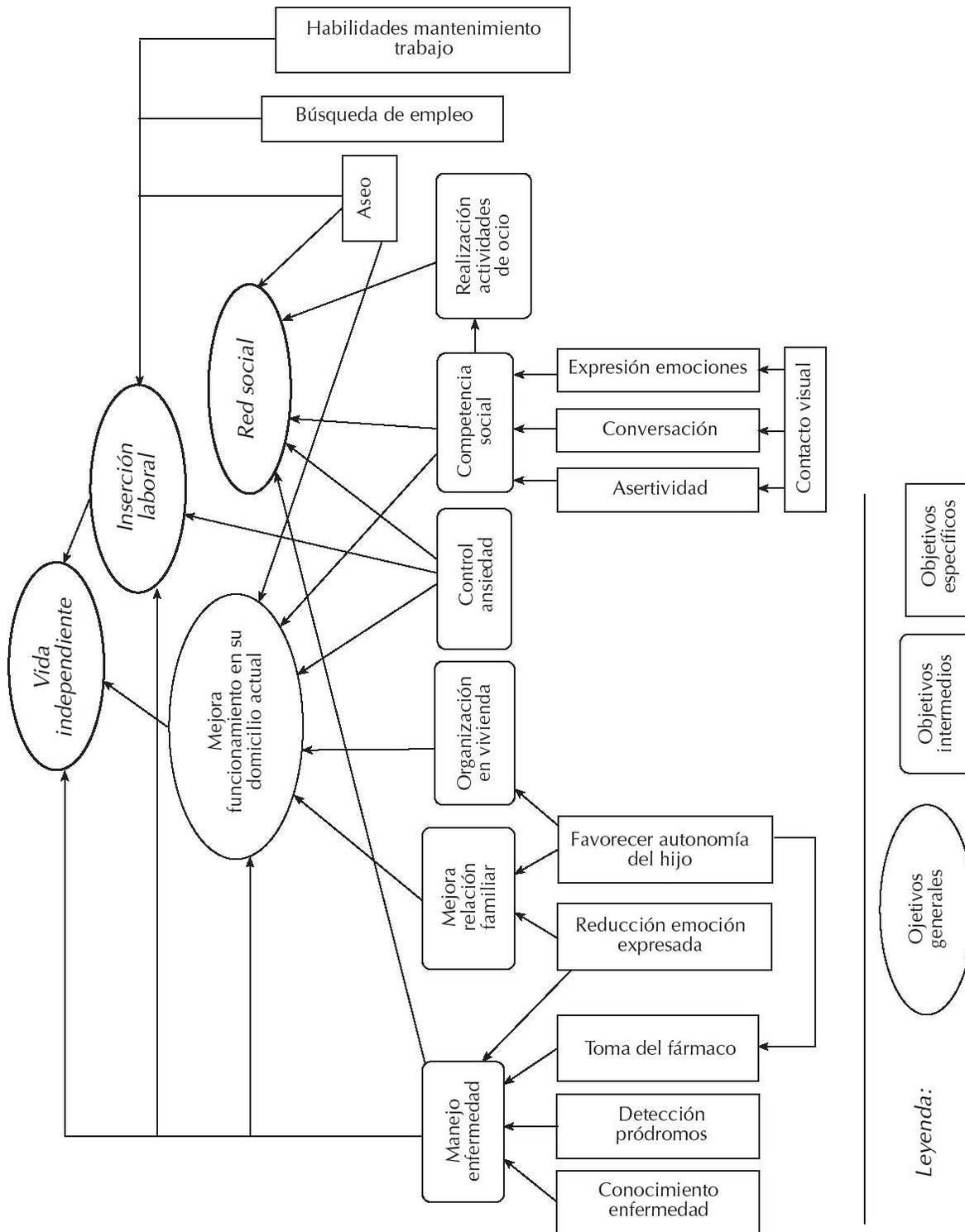


Figura 4.4. Objetivos del plan individualizado en el caso de Carlos.

1. Participación en un grupo de habilidades sociales para que mejore en un primer momento la topografía del contacto visual, al ser ésta una habilidad común al resto, y posteriormente trabajar habilidades de conversación. Cuando esto se consiguie se abordan habilidades más

complejas como expresión de emociones y asertividad (ésta se contextualizará con prácticas relacionadas con los problemas de relación que tiene con su madre).

2. Participación en grupos de ocio: se le enseñan habilidades de búsqueda y utilización de recursos de ocio (polideportivos, cines, actividades de distrito, asociaciones, etc.), así como planificación, negociación y organización de actividades de ocio con compañeros.
3. Realización de actividades de ocio específicas. Se le proponen diferentes actividades y decide participar en dos: dibujo y deporte. Ambas se realizan con una frecuencia semanal. Estas actividades se desarrollan bajo la supervisión de profesionales y voluntarios.
4. Inserción en recursos comunitarios. De forma individual se consolidan las habilidades anteriormente aprendidas, que va a tener que poner en marcha a la hora de estar en una actividad en un recurso: control de la ansiedad, búsqueda de recurso, relación con otras personas, etc. Se le propone la participación en una clase de pintura en la Junta de Distrito de su barrio. Carlos “autoriza” la coordinación con este recurso y se dan pautas a la profesora de cómo tratar al usuario y que le permita salir a fumar un cigarrillo a la mitad de la clase (éste era el mayor obstáculo que Carlos anticipaba), estableciendo un canal de coordinación para cualquier circunstancia imprevista. Antes de comenzar el curso de pintura se le acompaña al sitio para que conozca el camino y se habitúe a las instalaciones. Este apoyo se mantiene los primeros días del curso y se va desvaneciendo progresivamente.

De forma complementaria a la secuencia anterior se trabajan las áreas relacionadas con el aseo y la apariencia personal. Carlos poseía el repertorio conductual necesario para la emisión de las conductas relacionadas con el aseo y apariencia, por lo que la intervención se centró en motivarle para su ejecución (relacionándolas con su participación en grupos con otras personas) y en un programa de incremento de frecuencia. Se trabaja con la madre para que le dispense un refuerzo material previamente acordado (100 pesetas) contingente a la finalización de la ducha y refuerzo social cuando se cambiaba de ropa. Se consigue aumentar la frecuencia a una ducha y cambio de ropa cada dos días y, aunque a veces la madre le tiene que instigar, generalmente él lo realiza autónomamente.

A raíz de las intervenciones anteriores, Carlos queda para salir los fines de semana con dos compañeros del centro donde es atendido. Sus actividades se concretan en dar paseos, jugar a las cartas y, esporádicamente, ir a ver algún partido de fútbol.

Cuando Carlos manifestó una mayor motivación para el cambio, se

abordan, primero individualmente y después con la participación en un grupo de psicoeducación, los aspectos relacionados con su enfermedad psiquiátrica. Se le plantea el objetivo de disminuir la probabilidad de sufrir una recaída, aspecto que a él le produce gran angustia, concienciándole de la importancia que tiene el reconocer que tiene una enfermedad mental y las posibilidades, si toma las precauciones necesarias, que tiene de llevar una vida “normal”. Todos los temas sobre la enfermedad se trabajan con la ayuda de material escrito que se va comentando en sesiones individuales y con las dudas o preocupaciones que le van surgiendo a raíz de su participación en el programa en grupo de psicoeducación. Durante la intervención, y como consecuencia de un fracasado intento de establecer una relación con una chica del curso de pintura del distrito, Carlos sufrió una reagudización de su sintomatología, que pudo ser contenida de forma ambulatoria.

La madre de Carlos participó en un programa de escuela de familias, complementado con intervención individual. Las quejas referidas a la “vagancia” de Carlos fueron disminuyendo al explicarle a la madre la relación de la inactividad de Carlos con su enfermedad y por tener Carlos más obligaciones durante el día (lo cual ayudó también a regular sus hábitos de sueño).

El usuario participó en algunas partes del programa de actividades de la vida diaria: cocina y manejo en la vivienda. Se encontraron algunas dificultades para convencer a la madre de que delegase en su hijo algunas responsabilidades: hacer la cama, alguna comida, etc. Se comenzó con la realización de pequeños recados (comprar el pan, pagar la comunidad, acompañar en la compra semanal, etc.) y posteriormente se realizaron una serie de sesiones individuales en el domicilio del usuario para asentar las habilidades adquiridas en el programa. La madre participaba en estas sesiones como observadora y posteriormente se le dieron instrucciones para que ella misma supervisase y apoyase los progresos de Carlos.

Una vez alcanzados los objetivos anteriores, se abordó la inserción laboral del usuario. Para tener una valoración aproximada de sus capacidades y como paso previo, se le instó a que participase en un curso formativo-laboral de carpintería de aluminio organizado por el INEM. Durante el curso se le prestaba apoyo en el estudio de los aspectos teóricos de la actividad y se iban resolviendo los problemas que iban surgiendo. Se produce un abandono a los dos meses que el usuario justifica con las siguientes razones: tener que madrugar mucho (el curso comenzaba a las nueve de la mañana y tenía un desplazamiento de cuarenta y cinco minutos), tener que abandonar las actividades del centro donde se le atiende, cansancio y problemas de relación con compañeros del curso. Se le reformula la atribución que Carlos hace de su participación en el curso como un fracaso, y se le plantea en términos positivos como un intento del que se puede sacar provecho.

Se retoma este objetivo con un curso de pintor en horario de tarde. Se le presta un apoyo similar al intento anterior cuidando con más intensidad los

aspectos relacionados con las habilidades sociales. Completa el curso con un rendimiento adecuado.

Dada su alta motivación para el trabajo, se le deriva a un recurso específico de rehabilitación laboral donde le capacitan en técnicas de búsqueda de empleo, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambientes laborales. Su asistencia, participación en actividades y motivación era adecuada, por lo que cuando Carlos estuvo preparado se incorporó a la fase de búsqueda activa de empleo. Tras varios intentos, consiguió un empleo de ayudante de pintor con un rendimiento irregular. Su queja principal hacía referencia a la presión que su jefe le hacía respecto a la velocidad con la que ejecutaba sus tareas. También se muestra insatisfecho por el gran número de horas que tiene que trabajar y por lo irregular del horario (hay días que no tienen trabajo y cuando están mal de tiempo para acabar un trabajo pueden estar hasta doce horas al día pintando).

A los tres meses comienza a faltar esporádicamente al trabajo dejándolo definitivamente a las pocas semanas.

Posteriormente hace otro intento definitivo como reponedor en una gran superficie. Se adapta bien al ritmo de trabajo y a los compañeros, haciendo cierta amistad con otro chico. Aunque se queja del sueldo, se mantiene con buen rendimiento y tras un contrato de campaña le renuevan por un período de 6 meses.

El apoyo desde el recurso específico de rehabilitación laboral va disminuyendo progresivamente y se retoma desde el centro de rehabilitación psicosocial, el último objetivo del plan individualizado: vivir independientemente.

Durante unos meses se le insta a que ahorre la mayor parte de su sueldo para poder hacer frente a gastos imprevistos para cuando viva independiente. El usuario comienza a mostrar preocupación ante el hecho de dejar a su madre sola y se decide con Carlos y su madre posponer el objetivo de vida independiente hasta el momento en que lo consideren más oportuno o necesario.

La duración del proceso de intervención anterior fue de cuatro años y medio.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál de los siguientes principios no corresponde con la filosofía de los procesos de Reforma psiquiátrica?
 - a) La hospitalización debe mantener su papel preeminente como respuesta a la cronicidad.

- b) Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
- c) Una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.
- d) La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad.
- e) El intento de transformación del hospital psiquiátrico y la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada.
2. Los antipsicóticos *depot* consiguen:
- a) Mejorar el nivel de cumplimiento de las pautas medicamentosas.
- b) La posibilidad de su administración sin el consentimiento del paciente.
- c) Eliminar los efectos secundarios.
- d) Mayores efectos terapéuticos que los antipsicóticos orales.
- e) Reducir el tiempo total de tratamiento.
3. ¿Cuál de los siguientes no es un objetivo principal de la Rehabilitación psicosocial con personas afectadas de esquizofrenia?
- a) Favorecer la mejora de las habilidades y capacidades.
- b) Potenciar la integración social.
- c) Eliminar la sintomatología positiva.
- d) Mejorar la calidad de vida.
- e) Apoyar el desempeño de roles sociales normalizados.
4. En el entrenamiento de habilidades de autocuidado podemos emplear:
- a) Reforzadores de máxima intensidad.
- b) Reforzadores de baja intensidad.
- c) Reforzadores de difícil capacidad de saciación.
- d) Bajas tasas de refuerzo.
- e) Reforzadores diferidos.
5. Una característica esencial de la fórmula de empleo con apoyo:
- a) Está recomendado sólo para las personas con más capacidades.
- b) Inserta a las personas en centros con empleos protegidos.
- c) Dispone de un sistema de apoyo flexible que se encomienda al empresario y a un compañero de trabajo del usuario.
- d) Primero entrena a la persona y después la “coloca” en un puesto de trabajo ordinario.
- e) Entrena y apoya a la persona en el propio puesto de trabajo.

6. Respecto a las intervenciones psicoeducativas con los usuarios, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
- a) La psicoeducación debe utilizar las experiencias de los asistentes.
 - b) Las ideas erróneas que se tengan sobre la enfermedad deben abordarse siempre individualmente.
 - c) La información sobre aspectos de la enfermedad debe ser complementada con habilidades relacionadas con la autonomía en la medicación.
 - d) Los grupos de psicoeducación deben crear un clima que favorezca la participación y discusión de los usuarios.
 - e) La psicoeducación favorece la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.
-

Pautas para la intervención II: guía para afectados y familiares

Cuando un paciente y sus familiares se enfrentan a problemas tan variados, intensos y de tan compleja resolución como los que implican la esquizofrenia y sus consecuencias, las respuestas que se pueden dar desde una *Guía* como ésta nunca podrán ser, obviamente, suficientes. Y aunque, hoy día, nadie puede decir que tenga la solución al problema de la esquizofrenia, sí que, tal y como ha quedado patente en los capítulos anteriores de esta misma obra, es sabido que la participación activa del paciente y de sus familiares durante todo el proceso de tratamiento y rehabilitación es decisiva para facilitar una buena evolución de la enfermedad.

Para favorecer la implicación de los afectados y de sus familiares, muchas veces con no menos problemas que los primeros, esta *Guía* busca informarles de forma sencilla y ofrecerles ciertos recursos que les ayuden a enfrentar los principales problemas concretos y cotidianos que pudieran tener.

Como una persona diagnosticada de esquizofrenia comentó, “pese a que la esquizofrenia está siempre en mi vida, porque las voces no llegan a dejarme ni un solo día, una mañana, al levantarme, me di cuenta de que la enfermedad y la desgracia ya no eran el centro de mi vida. Estaba ahí pero sentí que también podría ver otras cosas y disfrutar con ellas”.

En cualquier caso, la mayoría de las veces, la mejor solución a los problemas y, desde luego, la evolución general favorable del paciente vendrá de una correcta relación entre los afectados y los profesionales responsables de atenderles. De hecho es deseable que los afectados encuentren un profesional en quien confiar, con quien recorrer el camino y enfrentar las dificultades. Esta *Guía* es sólo un *primer paso*.

5.1. Qué es la esquizofrenia

- Es una enfermedad mental grave y puede tenerla cualquier persona, independientemente de su sexo, condición cultural y/o socioeconómica.
- Generalmente, se inicia al final de la adolescencia o principio de la edad adulta.
- Hay dos tipos de inicio: brusco, con una crisis aguda generalmente muy llamativa, o bien lento, con un deterioro o aparición progresiva de dificultades.
- Afecta, aproximadamente, al 1% de la población. Es decir, una de cada cien personas padecerá esquizofrenia en algún momento de su vida.
- Supone una alteración del funcionamiento del cerebro y, por tanto, de todas las funciones que él gobierna: el pensamiento, las emociones, el comportamiento observable, la toma de decisiones, la comunicación con los demás, etc.

5.2. Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia

Algunos de los habituales son los siguientes:

- *Delirios*. Ideas que no son aceptadas por los demás. Generalmente, son difíciles de razonar con quienes las tienen porque no admiten dudas sobre ellas. También es muy habitual que produzcan gran sufrimiento.
Los delirios más frecuentes son aquellos en los que la persona cree que la persiguen o perjudican, que posee poderes especiales o que alguien o algo puede controlarla.
- *Alucinaciones*. Cuando lo que está alterado en el paciente con esquizofrenia es la percepción, aparecen las alucinaciones. Las más frecuentes son las auditivas: la persona escucha una o más voces hablando entre ellas sobre él o él mismo puede hablar con ellas. También suelen verse alterados los sentidos del gusto y del olfato, quejándose de olores y sabores desagradables, así como el tacto y las señales internas, llevándoles a adoptar posturas peculiares.
- *Emociones inadecuadas*. Incongruencia entre la situación que se está viviendo y la emoción expresada: pueden mostrarse contentos ante una desgracia y viceversa. También suelen tener dificultades para comprender las emociones de los demás.
- *Retraimiento social*. Es frecuente que tras la aparición de la enfermedad pasen mucho tiempo solos, encerrados en su habitación o que abandonen las relaciones con amigos y familiares que antes venían manteniendo.
- *Conducta incoherente*. Bien pueden permanecer callados o casi sin moverse largos períodos de tiempo o hablar y moverse sin parar. Tampoco es extraño

que empiecen a hacer cosas extravagantes en ellos, como vestirse o alimentarse de forma peculiar, coleccionar objetos, etc.

- *Apatía marcada*. Todo lo que antes podía ilusionarles pierde su capacidad de hacerlo. Casi nada ni nadie consigue que participen con ilusión en alguna actividad. Su capacidad de atención y concentración se muestra disminuida.

Todos estos síntomas y otros suelen agruparse en las dos categorías siguientes:

- *Síntomas positivos*: no quiere decir que sean *buenos* o favorables, sino que implican que se da algo que antes no se daba, por ejemplo, un delirio, oír voces, unos gestos o posiciones extrañas de las manos, etc.
- *Síntomas negativos*: son aquellas conductas que existían antes de la enfermedad y que disminuyen en frecuencia o desaparecen: por ejemplo, quedarse en casa solo y no salir con los amigos, la falta de atención, etc.

Dependiendo de que predominen unos síntomas u otros los psiquiatras hablan de un tipo u otro de esquizofrenia. A lo largo de los años, las clasificaciones de la enfermedad han variado mucho porque la esquizofrenia tiene tantas formas de manifestarse como personas la padecen. No obstante, en general *los cinco grandes tipos de esquizofrenia* que suelen diagnosticarse son los siguientes:

- *Paranoide*: cuando predominan los delirios de tipo persecutorio.
- *Catatónica*: cuando domina la alteración psicomotriz: mantienen mucho tiempo posturas poco naturales (por ejemplo, un brazo levantado sin motivo), repiten algunos movimientos corporales o realizan muecas llamativas una y otra vez. También suelen permanecer callados mucho tiempo y negarse a todas las peticiones sistemáticamente o sin motivo.
- *Simple*: lo que dominan son los síntomas de tipo negativo: capacidad muy limitada para el afecto, pérdida de iniciativa y motivaciones y empobrecimiento general de la personalidad y de la vida cotidiana.
- *Hebefrénica*: presenta síntomas de muchos tipos y la caracteriza la desorganización general del comportamiento y la dificultad para encontrar un sentido al mismo. Se ríen o se preocupan sin motivo, para luego mostrarse distantes emocionalmente.
- *Residual*: cuando lo que permanece es, sobre todo, la sintomatología negativa o la positiva muy atenuada y la dificultad para pensar de forma coherente y ordenada.

5.3. Qué siente la persona con esquizofrenia

Aunque cada persona experimenta la enfermedad de una forma particular, las quejas que más frecuentemente se dan son las siguientes:

- Dificultades para mantener la atención: desde luego en tareas exigentes (por ejemplo, los estudios) pero también pueden ser incapaces de seguir el argumento de una película o una conversación.
- Una alta sensibilidad con los olores y los sabores.
- Sensaciones internas y corporales extrañas.
- Dificultad para seguir al propio pensamiento que parece ir más rápido de lo que la propia persona puede ir.
- Incapacidad para controlar las situaciones habituales pero, sobre todo, las complejas.
- Sentimiento de extrañeza que le lleva a perder el interés por lo que le rodea: como si las cosas no fueran con él.
- Dificultades para perseverar en actividades, incluso en las que más le agradan.
- Angustia, miedo e inseguridad. Tanto en situaciones cotidianas como, en general, pensando en el futuro; dudan acerca de cómo será su vida cuando sean mayores, cuando falte su familia, etc.

5.4. Qué sienten los familiares

Observando un cambio tan brusco en la vida de una persona como el que produce la esquizofrenia es muy difícil que quienes conviven con ella y la quieren no se vean afectados: los sentimientos que surgen son de todo tipo, muy intensos y a veces contradictorios. Pasar por ellos es inevitable y lo que debe intentarse es superarlos correctamente.

- Superar *el miedo, la vergüenza, la desesperanza y la culpabilidad* es imprescindible para poder ayudar a la recuperación del paciente y no aumentar los problemas en la familia.
- *El miedo*: miedo, ya no sólo a lo que le estará pasando al paciente y a que no se pueda recuperar, sino a que pueda hacerse daño a él mismo o a otros (debido a las conductas bruscas y sorprendentes que muchas veces se dan) o a que otros miembros de la familia se vean afectados. Las reacciones *defensivas*, propias de quien tiene miedo suelen generar más tensión que a su vez perjudica a todos, especialmente al paciente.

- *La vergüenza*: las enfermedades mentales acarrear una imagen social desfavorable y quienes las padecen y sus allegados tratan de mantenerlas ocultas para no verse afectados por ese descrédito social. Esto suele acarrear una *negación de la enfermedad* y un *aislamiento* que es justo lo contrario de lo que le conviene al paciente para su tratamiento y recuperación.
- *La desesperanza*: cuando, pese al tratamiento, se comprueba que los problemas persisten, suele perderse toda esperanza y confianza en las recomendaciones de amigos y profesionales, pero *arrojar la toalla* suele tener consecuencias nefastas para todos. Ajustar las expectativas de mejoría y aprender a aceptar los pequeños cambios puede ayudar a mantener la confianza.
- *La culpabilidad*: afortunadamente, tal y como aconsejan los conocimientos actuales sobre esquizofrenia, cada vez son menos los profesionales que culpan a la familia y a las madres de los pacientes de la enfermedad de éste. La angustia que generaba pensarse culpable de una enfermedad tan grave se añadía a la falta de estrategias para mejorar las cosas que los profesionales que así pensaban no sabían dar a madres y otros familiares.

Una ayuda inestimable, por imprescindible, para ayudar a los familiares a superar estas sensaciones es la de los profesionales (cuya primera y básica actitud debe ser la de la empatía) y la de otros familiares organizados en los denominados *Grupos de Autoayuda*.

La información adecuada, precoz y al hilo de cada problema, por parte de los profesionales suele ser la mejor metodología para ayudar a los familiares.

5.5. Causas de la esquizofrenia

No existe una causa única, sino una combinación concreta de varios factores que en un momento determinado hacen que una persona sufra un episodio de esquizofrenia.

Los factores que combinados hacen que exista *cierta predisposición o vulnerabilidad a padecer esquizofrenia* son los siguientes:

- *Factores genéticos*: cuantos más familiares hayan desarrollado la enfermedad, más posibilidades hay de padecer esquizofrenia. Pese a la influencia de la herencia, no debe olvidarse que la mayoría de las personas con esquizofrenia carecen de antecedentes familiares. En cualquier caso, no debe olvidarse que lo que se hereda es la predisposición o vulnerabilidad a la enfermedad pero no ésta.
- Problemas durante el embarazo y/o el parto.

- Pautas de crianza inadecuadas (alimentación, sueño, vinculación afectiva, etc.) que pudieran alterar el correcto desarrollo neurológico de la persona.
- Desequilibrios bioquímicos en el cerebro de ciertos neurotransmisores (serotonina y dopamina, son los más estudiados hasta la fecha) en el cerebro.

La existencia de estos factores combinados hace que exista una predisposición a la esquizofrenia pero no aseguran que se vaya a dar, necesariamente. Porque además de dicha predisposición es necesaria cierta *situación desencadenante*.

Los factores desencadenantes siempre suponen *tensión*: pueden ser sucesos concretos (*acontecimientos vitales estresantes*) o *ambientes* excesivamente exigentes para quien ya es vulnerable a la esquizofrenia.

5.6. Los desencadenantes de la esquizofrenia: acontecimientos vitales y ambientes estresantes

Los *acontecimientos vitales estresantes*, pese a su variedad, comparten ciertas características:

- Son breves (acontecimientos puntuales: suceden y finalizan) e inesperados.
- No son deseados.
- Son incontrolables.
- Suponen un cambio importante en la vida de la persona.
- Acarrearán estrés, es decir, una demanda a la que el organismo debe enfrentarse con cuantos recursos personales y sociales tenga disponibles.

Algunos de los acontecimientos vitales con esta función desencadenante de un episodio de esquizofrenia en personas ya vulnerables a ella son los siguientes:

- Muerte de un ser querido.
- Pérdida afectiva: separación, divorcio, etc.
- Enfermedades graves propias o de allegados.
- Pérdida del trabajo.
- Inicio de una relación afectiva.
- Cambio de residencia.
- Problemas económicos.
- Problemas legales.
- Fracasos en los estudios o en el trabajo.

- Deudas económicas.
- Cambio de rutinas en la organización laboral o doméstica.
- Participación en actos de violencia física.
- Pérdida de capacidades físicas y de autonomía.

Los ambientes que generan un estrés crónico o tensión que puede facilitar una crisis esquizofrénica en personas vulnerables se caracterizan por los siguientes comportamientos:

- Menosprecio del paciente como persona: “Eres un vago, siempre lo fuiste”.
- Críticas frecuentes al paciente por conductas irrelevantes: “Estás todo el día fumando”.
- Sobreprotección o protección injustificada del paciente: “Tengo que estar en casa todas las tardes para prepararle una tila porque él no sabe prepararla bien”.
- Atribuir al paciente la causa de todas las desgracias personales y familiares: “Desde que está enfermo se acabó el poder salir de vacaciones”.
- Ausencia de claridad en la expresión de las emociones y/o en la comunicación.

Los ambientes con alta tensión o estrés crónico hacen que cualquier pequeño incidente o cambio en la vida cotidiana, sin llegar a ser un acontecimiento vital estresante, puedan llegar a explicar que aparezca la enfermedad.

5.7. La evolución de la enfermedad: señales que avisan de las recaídas

En la evolución de la enfermedad, una vez producida una primera crisis e iniciado el tratamiento y la recuperación, es especialmente importante tratar de prevenir futuras recaídas o que éstas sean lo menos graves y frecuentes posible.

Para la *prevención de recaídas* es muy importante conocer la forma con que cada paciente suele expresar su empeoramiento. Estas señales o síntomas muy concretos y particulares de cada persona se conocen como *pródromos*, algunos de los cuales son los siguientes:

- Nerviosismo generalizado.
- Pérdida del apetito.
- Aislamiento acentuado.
- No quiere ver ni a sus amigos.
- Insomnio.

- Dificultad extrema para concentrarse.
- Tristeza extrema.
- Problemas de memoria.
- Mayor misticismo o interés por la religión.
- Sospecha que las personas se ríen de él o le menosprecian.
- Reiterativo con uno o dos temas.
- Otros.

Debe saberse que también ayuda a prevenir las recaídas:

- Tomar la medicación prescrita.
- Participar en Programas de rehabilitación y de apoyo y soporte comunitario.
- Vivir en un ambiente tranquilo y estable, con escasa tensión.
- No consumir drogas (alcohol, porros, etc.)

5.8. Cómo actuar ante una crisis

Como regla general debe decirse que *las crisis deben resolverse conjuntamente entre el paciente, los profesionales y la familia.*

Cuando se precipita una crisis y la situación no puede ser controlada en la casa debemos pensar en un ingreso. En esos momentos, trate de mantener la calma y de actuar de la forma más tranquila que pueda. Para ello resulta útil tener previsto con antelación los pasos a dar. Por ejemplo:

- Tener a mano el teléfono de los profesionales que habitualmente atienden al paciente para poder tomar una decisión conjunta acerca de lo necesario del ingreso.
- No pierda de vista su objetivo principal, el ingreso. No es buen momento para discutir otros asuntos que pueden surgir con la tensión del momento:
 - Si alguna persona le pone especialmente nervioso o violento al paciente es mejor que se retire.
 - Si el paciente insiste en sus delirios no es el momento de criticárselos. Es mejor decirle: “Yo estoy ahora contigo y debes estar tranquilo; yo te cuidaré porque entiendo por lo que estás pasando”.
- Tener decidido qué miembro de la familia va a explicarle al paciente lo que ocurre, cómo vamos a decírselo y cómo nos comportaremos. Evitemos enfrentarnos al paciente: al contrario, mostrémonos siempre próximos.

- Tener a mano el teléfono de las ambulancias. Ante las dudas, no olvide que en el teléfono del INSALUD, 061, se ocuparán de todo.
- Saber a qué hospital debe acudir. Sobre todo si es la primera vez que ingresa, asegúrese de que los ingresos psiquiátricos también se realizan en el Hospital General que le corresponde según la zona donde vive. No siempre es así.
- Conocer cómo y dónde pedir una autorización del ingreso al juez, en el caso de que el paciente se niegue a ser ingresado. Si no puede programarse con tanta antelación el ingreso y los acontecimientos se precipitan, el propio psiquiatra de guardia del Hospital podrá autorizar el ingreso y, más tarde, él mismo solicitará la imprescindible autorización judicial en caso de ingresos involuntarios.

Existen otras crisis menos llamativas que las que requieren un ingreso inmediato, pero ante las que debemos actuar con idéntica celeridad: cuando se acentúa su aislamiento, su inhibición, su desinterés por todo. También en esos casos se debe pedir ayuda y trabajar por mejorar las cosas.

5.9. La importancia de la medicación

Los medicamentos son parte esencial e imprescindible para todas las personas con esquizofrenia. De hecho, la principal causa de las recaídas es no tomar la medicación recetada. Esto no quiere decir que a todos los pacientes les produzcan los mismos efectos beneficiosos.

La medicación correcta para cada paciente es algo que siempre debe decidir su psiquiatra, siendo lo más recomendable no tomar ni otros medicamentos ni en otras dosis que las que él prescriba.

Los psiquiatras podrán recetar, dependiendo de la persona, de su problema general y de su situación en cada momento, distintos tipos de medicamentos, pero los más importantes y específicos para la esquizofrenia son los llamados *neurolépticos* o *antipsicóticos*.

- Actúan, a modo de *filtro*, impidiendo que pase un exceso de información de una neurona a otra en el cerebro.
- Son la intervención más eficaz que existe frente a los delirios y las alucinaciones pero no ante los síntomas negativos como la falta de gusto por las cosas y el aplanamiento afectivo.
- Sus efectos positivos desaparecen en cuanto se abandona la medicación.
- Un gran inconveniente de estos medicamentos son sus efectos indeseados (*efectos secundarios*) por las molestias que producen.

- Clásicamente, suelen clasificarse como *sedantes* o *incisivos*, según tengan un efecto más tranquilizante o más directo sobre los síntomas positivos, respectivamente.
- Existe una modalidad de neurolépticos, denominados *depot*, que se inyectan y cuyo efecto dura entre 15 y 30 días, porque el medicamento va unido a una molécula de grasa que se va disolviendo durante este tiempo, poco a poco, en el organismo.

Otro tipo de medicamentos que no son específicos para la esquizofrenia, pero habitualmente prescritos junto a los neurolépticos, son:

- *Antiparkinsonianos*. Ayudan a corregir los efectos secundarios de los neurolépticos que afectan a los músculos: movimientos rígidos o sin coordinación, temblores, incapacidad para estarse quietos, movimientos de los ojos “como si se fueran hacia atrás”.
- *Ansiolíticos*. Sirven para tratar la ansiedad que sienten los pacientes en muchas situaciones.
- *Antidepresivos*. Es frecuente que las personas con esquizofrenia tengan momentos de depresión y que por tanto se receten medicamentos específicos para este problema.
- *Hipnóticos*. Sirven para facilitar el sueño.
- *Reguladores del estado de ánimo*. Cuando la persona tiene grandes oscilaciones en su estado de ánimo se usan las *sales de litio* para facilitar que se estabilice.

5.10. Cómo favorecer que tomen la medicación

Son muchas las razones para que los pacientes no quieran tomar la medicación. Es por eso que la prescripción debe contemplar las posibilidades reales de que el paciente tome las medicinas.

A continuación se exponen algunas de las principales objeciones a la medicación junto a algunas recomendaciones para favorecer que la acepten.

- *No reconocen tener ninguna enfermedad*. El caso más complicado. Muchas veces no hay otra solución que esperar a que tengan una crisis o recurrir al tratamiento involuntario previo ingreso hospitalario con autorización judicial. En cualquier caso, cuando se consigue que acepte tomar la medicación es fruto de una *negociación* con el paciente, a través de una relación cálida y

- empática y nunca fruto de la amenaza o de la violencia. Esto no se contradice con lo adecuado de una actitud firme por parte de los familiares: deben exponer al paciente la necesidad de que tome la medicación como un requisito imprescindible para que él mejore y la convivencia funcione.
- *Se encuentran mejor y quieren dejar de tomarla.* Se les debe explicar que los efectos positivos desaparecen si deja de tomarla. Pueden usarse otros pacientes como modelo de toma a largo plazo.
 - *No le atribuyen ningún efecto positivo.* Cuando está en una recaída sin tomar medicación, debemos tratar de que, al tomarla de nuevo, sea consciente de que es la medicación la que le devuelve a la normalidad y le alivia el sufrimiento de los síntomas.
 - *Les desagrada la imagen que dan de personas enfermas.* Debemos hacerles ver cómo otras personas también toman de forma permanente medicación a diario sin por eso ser menospreciados socialmente.
 - *Se confunden con tanta variedad de pastillas y de dosis.* Debemos simplificarle al máximo la toma. Puede valorarse, si se carece de quien pueda supervisar la toma correcta, la posibilidad de un neuroléptico *depot*.
 - *Sienten grandes molestias o efectos secundarios.* Se trata de encontrar la solución óptima en cada caso, partiendo de la empatía con el paciente y nunca negando su experiencia. Además, con la regularidad en la toma los efectos secundarios tienden a disminuir al adaptarse el organismo a los fármacos.

En todos los casos, profesionales y familiares deben, *para favorecer la toma de la medicación*:

- Escuchar las razones que da el paciente para no tomar la medicación. Suelen tener mucho sentido.
- Intentar convencerle mediante la información y la comprensión en vez de obligarle. A la larga da mejor resultado.
- Conseguir un ambiente tranquilo y lo menos intrusivo posible para el paciente.
- Mostrarle satisfacción cada vez que tome la medicación, relacionándolo con lo bien que él se encuentra.
- (Para los familiares.) Consultar con el psiquiatra cuantas veces sean necesarias.
- (Para los profesionales.) Saber reconocer cuándo la medicación no produce efectos positivos que compensen los negativos y valorar un cambio de prescripción.

Algunos *consejos para el paciente* a la hora de tomar la medicación:

- Hacer caso al médico: tomar lo que él mande, ni más ni menos.
- Preguntar al médico todo lo necesario sobre la medicación hasta comprender perfectamente su utilidad, problemas, etc.
- No saltarse dosis, pero si se olvida una, no añadirla a la siguiente.
- De tener que inyectarse una medicación *depot*, anotarlo en lugar bien visible de la casa para recordarlo.
- Para no olvidarse de las dosis diarias, asociarlas a las comidas.
- De tener que comer fuera, llevar la medicación.
- Tomar la medicación siempre con agua o zumo.
- Preguntar al médico, en caso de tener que tomar alguna otra medicina, si es compatible con los neurolépticos.
- No consumir alcohol ni otras drogas.
- De atribuir cualquier molestia a la medicación, comentárselo al psiquiatra.
- Tener cuidado de no quedarse sin pastillas o sin recetas para conseguirlas.
- Vigilar no tomar medicamentos que pudieran estar caducados.

5.11. Algunas ideas para superar los efectos secundarios

Aunque, recientemente, los denominados *antipsicóticos atípicos* han logrado reducir bastante estos efectos indeseados de la medicación para la esquizofrenia, muchas veces son la principal causa de que los pacientes se nieguen a tomar la medicación pese a sus indudables beneficios.

La mayoría de los efectos secundarios no revisten gravedad y pueden ser *combatidos por el paciente de forma más o menos casera*. A continuación se citan los problemas más habituales y la forma en que los pacientes intentan superarlos ([cuadro 5.1](#)).

Otros efectos secundarios encuentran su alivio solamente acudiendo al médico para que éste recete alguna medicación, generalmente antiparkinsonianos. Es el caso de las rigideces y espasmos musculares, de las crisis oculogiras (los ojos *se ponen en blanco*, como si se giraran hacia atrás) y de la visión borrosa.

Quizás el efecto secundario más grave, que se produce en algunas personas, es el denominado *discinesia tardía*, producido por el uso muy prolongado de los neurolépticos y a altas dosis, y que consiste en movimientos involuntarios de los músculos de la cara, de la boca y de la lengua. La prevención más eficaz de este problema como de todos los demás *es acudir al psiquiatra con la periodicidad que él establezca* pues en sus consultas él valorará los efectos positivos y negativos de la medicación y tomará las decisiones oportunas.

Cuadro 5.1. Estrategias de manejo de los efectos secundarios

<i>Problema</i>	<i>Línea de actuación para solucionarlo</i>
1. Mareos	Cuando estamos acostados o agachados, levantarse despacio.
2. Sequedad de boca	Fumar menos, tomar abundantes líquidos, masticar chicle sin azúcar y caramelos mentolados o de limón sin azúcar.
3. Estreñimiento	Dieta rica en fibra, fruta, zumo de naranja y laxantes.
4. Reacciones alérgicas al sol	Evitar largas exposiciones al sol, evitar las horas de mayor intensidad solar, usar cremas de alta protección solar (20 o más).
5. Fotosensibilidad	Usar gafas de sol y pasar de zonas de luz a las de sombra de forma progresiva.
6. Nerviosismo o acatisia	Ejercicio físico moderado, tisanas (tila alpina y valeriana), baños calientes y consultar al médico para posibles benzodiazepinas.
7. Aumento de apetito (y de peso)	Vigilar el exceso de calorías en la dieta, realización de ejercicio.

5.12. En qué consiste la rehabilitación y el soporte comunitario

En un sentido amplio podemos decir que la rehabilitación *ayuda a llevar una vida de mayor calidad a los pacientes y a sus familiares en sus entornos habituales, usando las instituciones lo menos posible.*

A los pacientes les ayuda a que recuperen lo más posible la actividad e independencia que tenían antes de enfermar. Por tanto, la rehabilitación intenta ayudarles a:

- Conocer mejor lo esencial de su enfermedad.
- Detectar y manejar el estrés en sus vidas.
- Prevenir recaídas, favoreciendo que aumenten los *factores protectores* ante la enfermedad y que disminuyan los *factores de riesgo* (ver apartado siguiente de esta Guía).
- Recuperar y mantener su aseo e higiene personal.
- Disfrutar del tiempo libre, a ser posible con amigos.

- Mejorar su convivencia con la familia.
- Plantearse y enfrentar los retos de la formación y del trabajo.
- Prepararse para una posible vida independiente de su familia.

A los familiares, la rehabilitación, trata de ayudarles a:

- Conocer lo que le pasa a su familiar enfermo.
- Manejarse en situaciones difíciles de la convivencia:
 - Cuando el paciente no quiere tomar la medicación.
 - Cuando se enfada tanto que se pone violento.
 - Cuando no quiere salir, ni hacer nada, ni ver a nadie.
 - Cuando no quiere ingresar y debe hacerlo.
- Encontrar respuestas para el futuro de los pacientes.
- Expresar sus emociones de forma que favorezca un clima de baja tensión en la casa.

5.13. Factores de riesgo y protectores de las recaídas

Igual que en una balanza, la aparición de crisis o recaídas se explican por el equilibrio entre factores protectores (que evitan que se produzca la crisis) y factores de riesgo (que facilitan o ayudan a que la crisis se produzca).

Cuanto más y más importantes sean los factores de protección y menores los de riesgo, menores posibilidades de recaída tendrán los pacientes. Y, al contrario, si los factores de riesgo superan a los protectores, la menor dificultad o contratiempo será capaz de desencadenar una crisis en el paciente.

Podemos decir que esta relación o equilibrio entre factores protectores y de riesgo es la que acaba por modular la evolución de la enfermedad a la que cada paciente presenta una cierta predisposición.

a) Factores protectores:

- *Cumplir la medicación.*
- *Aprender a reconocer*, cuanto antes, *las señales de recaída o pródromos* y pedir ayuda a los profesionales.
- *Disponer de recursos sanitarios y sociales para el tratamiento, la*

rehabilitación integral y el ocio y apoyo diario de los pacientes (centros de rehabilitación, camas hospitalarias y recursos residenciales alternativos, clubes de ocio, etc.), así como para la atención, el apoyo y el descanso de los familiares (programas psicoeducativos, asociaciones de familiares afectados por el problema, opciones residenciales para el paciente con el fin de facilitar el descanso familiar, etc.).

- *Disponer de estrategias para enfrentar las situaciones difíciles y/o cotidianas que se nos presenten:* habilidades para la relación social, para el trabajo, para tomar la medicación, para disfrutar del ocio, para resolver problemas, etc.
- *Reducción de la tensión que pudiera existir en el entorno.* Veamos, a continuación, cómo hacerlo suponiendo la situación más frecuente: que el paciente vive con sus familiares:

- No meterse en su vida más de lo que su situación de necesidad aconseje y respetar, siempre que sea posible, sus decisiones.
- Respetar su aislamiento, aprovechando sus *mejores momentos* para proponerle actividades que sabemos de su agrado.
- Intentar asumir la gravedad del problema y su larga duración.
- Valorar lo que pudiera hacer positivo. Casi siempre hacen algo digno de reconocimiento.
- No descalificarle globalmente por alguna conducta concreta que pudiera hacer.
- No renunciar a la vida personal y habitual de la familia por la enfermedad del paciente. No dejar de ver a familiares y amigos.
- No ridiculizarle comparándole con otros familiares o destacando sus incapacidades.
- Reducir el tiempo que pasa con el paciente el familiar con quien más tensión se genera mientras esto no cambie.
- No intentar cambiar *de golpe* al paciente: seleccionar unos objetivos prioritarios de cambio y no ser críticos respecto a otras conductas.
- Disponer de alguien con quien compartir los malos momentos. Es muy importante, en este sentido, la misión de los grupos de autoayuda para familiares.

b) *Factores de riesgo:*

- *Abandonar de la medicación.* Es la principal causa de recaídas.
- *Convivir en un clima familiar con alta tensión y exigencia.* La relación entre tensión y recaídas está confirmada. Cuando conviven en un ambiente tenso y estresante, sus recaídas se ven facilitadas por

pequeños cambios y/o contratiempos de su vida diaria, perdiendo la medicación habitual su efecto protector, siendo preciso mayores dosis para alcanzar parecidos efectos con los efectos negativos que esto supone.

- *Consumir hachís, alcohol y otras drogas.* En la experiencia clínica, la relación entre el consumo de drogas, incluyendo, por supuesto el alcohol, y las recaídas es indudable.
- *Vivir situaciones estresantes.* Cualquier situación que suponga una demanda para el paciente mayor que recursos personales o apoyos tenga para enfrentarla, le estará situando en una situación de riesgo de recaída.
- *Carecer de recursos especializados.* Lógicamente, igual que ante cualquier otra enfermedad, la inexistencia de medicinas, profesionales, hospitales, residencias, centros de rehabilitación, etc., adecuados y necesarios para atender las múltiples necesidades de los pacientes, colocará a éstos en una posición de vulnerabilidad extrema para sufrir una recaída tras otra y un deterioro progresivo.

5.14. Algunas sugerencias para facilitar la convivencia y solucionar los conflictos

— *Técnica para resolver problemas:*

- Inspirada en una propuesta ya clásica de Golfried y D’Zurilla, su técnica para resolver problemas ayuda a enfrentarlos y resolverlos con los mínimos efectos negativos para quienes están afectados por ellos. El proceso a seguir podría ser el siguiente:
 1. *No quieran resolver todos los problemas a la vez.* Elijan un solo problema y céntrense en él. Generalmente, hay muchas cosas que nos gustaría que cambiaran en la vida del paciente y todo ello produce una sensación general de malestar. Pero para cambiar las cosas debemos *empezar por un solo problema.*
 2. *Reúnase toda la familia a resolverlo.* De esta forma será más difícil para todos no aceptar las decisiones alcanzadas.
 3. *Escriban en un papel el problema elegido y traten de “comprenderlo”.* Tener que escribirlo ayuda a seleccionar sólo un problema y a recordar, en el proceso de su resolución, qué estamos tratando de resolver y qué no. Es fácil *cambiar de problema.*

Traten de entender las razones por las que este problema existe, desde cuando existe, cómo les afecta, etc.

4. *Propongan varias soluciones al problema. Al menos una cada uno, incluido el paciente.* No tengan prisa por encontrar la solución. Dedicar tiempo a esta fase es aumentar las posibilidades de éxito. Traten de que el paciente proponga una solución. Denle tiempo.
5. *Estudien, una a una, las opciones. ¡Prohibido reírse de alguna!* Si están ustedes reunidos es porque la solución no es evidente. No desprecien ninguna propuesta porque en ella puede esconderse la solución o parte de ella.
6. *Elijan la que les parezca mejor de todas las opciones o una combinación de varias.*
7. *Organícense para poner en marcha la solución. Felicítense por su trabajo. ¡Se lo merecen!*
8. *Vuelvan a reunirse en un tiempo para ver cómo va el problema.*

— *Reglas para la comunicación adecuada:*

- Estas conductas favorecen el ambiente relajado en la casa y deben practicarse entre todos los miembros de la familia y no solamente con el paciente, aunque éste es más vulnerable a las confusiones, las dudas y ambigüedades que genera una comunicación poco clara. Estas son los componentes principales de una buena comunicación:

1. *Compruebe que el momento es el adecuado para lo que tiene que expresar.* Muchas veces, debemos posponer nuestros planes de decir una cosa desagradable a otra persona, porque le vemos preocupado o triste por otro asunto. Claramente, ése no es el mejor momento para expresarle una emoción negativa.
2. *Mire a la persona cuando le hable.* Nunca hable a nadie sin mirarle. Si es posible, sitúese frente a él y mírele a la cara. No hable nunca a nadie mirando en otra dirección.
3. *Diga lo más clara y brevemente posible lo que tenga que decir.* Si es necesario repita el asunto principal varias veces, pero no introduzca otros temas o asuntos, aunque sea debido a que el otro le pregunta por otros asuntos.
4. *Evite emitir opiniones negativas sobre el otro, sacar a relucir otros problemas o defectos de esa persona.*
5. *Evite discutir.* Su objetivo es hacerse entender, no iniciar una discusión. No lo olvide.

6. *Compruebe que el otro ha entendido su mensaje.* Puede pedirle a la otra persona que le repita lo que acaba usted de decirle, para asegurarse de que ha comprendido lo esencial de su mensaje.
- Hay algunos síntomas del paciente relacionados especialmente con el lenguaje: cuenta sus delirios, habla solo, repite lo que se le dice:
7. *Cuando el paciente insista en contarnos un delirio,* debemos intentar de forma respetuosa y con sensibilidad ayudarle a cambiar de tema, nunca llevarle la corriente, profundizar en dicha conversación o contradecirle abierta y radicalmente. Suele dar resultado el cambiar de ambiente e iniciar una conversación sobre algo que observemos en el nuevo lugar.

— *Fijar límites a las conductas problemáticas:*

- Igual que la anterior, esta técnica es adecuada para que las cosas *funcionen* en la casa y no sólo habría que plantearse su aplicación con el paciente.
- El objetivo de esta técnica es evitar que ciertas conductas, síntomas o rituales extraños alteren significativamente la convivencia.
- La estrategia general funciona *como un semáforo*:
 - a) *Conductas de luz verde: “¡adelante!”.* Son los comportamientos de cualquier tipo pero adecuados que realiza el paciente o cualquier otro miembro de la familia. Debemos premiarlas para que aumenten las probabilidades de que se repitan en el futuro. De esta forma, aumentando las conductas adecuadas, suelen reducirse las inadecuadas. Por ejemplo, un día el paciente recoge la mesa sin que nadie se lo mande. Debemos expresarle ampliamente nuestra satisfacción y, si es posible, facilitarle alguna consecuencia material agradable para él (como un regalo).
 - b) *Conductas de luz naranja: “¡cuidado, precaución!”.* Estas conductas no son adecuadas pero tampoco son inadmisibles y no hay que reprimirlas a toda costa; solo hay que vigilarlas. Por ejemplo, cuando toda la familia se reúne a ver la televisión, el paciente se retira a su habitación, solo.
 - c) *Conductas de luz roja: “¡alto!”.* Son las conductas que no se deben tolerar por el bien de su autor que debe aprender a convivir bajo ciertas normas y por el bien del resto de miembros de la

familia. Es en estos casos cuando debemos fijar claramente los límites a quien se los salta con este tipo de conductas, según las siguientes directrices:

1. Decir claramente lo que no se puede hacer en la casa. Sin rodeos *ni medias tintas*. Asegúrese de que la regla ha quedado clara para todos. Acepte sugerencias: es *mejor consensuar y acordar que obligar*.
2. Intente que no se den ciertas conductas, proponiendo otras conductas alternativas positivas, con las que sustituir a las *prohibidas*. Por ejemplo, si el paciente come con las manos, además de impedirselo con firmeza siempre que lo haga, debemos mostrarle cómo usar los cubiertos.
3. Las reglas que se establezcan tienen que ser *razonables y adecuadas a cada persona y a cada momento*. Si, por ejemplo, se pide al paciente que recoja el baño después de ducharse, posiblemente habrá que darle más tiempo para que lo haga que al resto de la familia e, incluso, en algunos momentos en que su estado sea peor, liberarle de dicha obligación. Igual que haríamos con cualquier otra persona cuando sufriera cualquier otra enfermedad.
4. *No sea tampoco muy exigente* con las conductas *nuevas* que intente el paciente como alternativa a las *prohibidas*. En el ejemplo anterior, déjele comer de *mala manera* con los cubiertos y prémiele por ello. Ya irá mejorando.
5. Si se prohíbe una conducta es para *hacer cumplir este límite*. Si no se está dispuesto a vigilar si se cumple o no una regla, es mejor no establecerla.

5.15. Aclarando algunas dudas

A continuación, se intenta responder con la mayor claridad posible a algunas de las cuestiones que más preocupan a pacientes y familiares.

- “Las personas con esquizofrenia, ¿son agresivas o violentas?”
- No.

Cuando disponen de un tratamiento y plan de rehabilitación y lo siguen, los porcentajes de actos violentos en ellos son bastante menores que los que se dan en la población general. Al contrario, les caracteriza la inhibición y la pasividad. Se puede, por

tanto, negar que sea cierta la imagen que, a menudo, dan los medios de comunicación de las personas con esquizofrenia.

- “¿Por qué tienen tan poca fuerza de voluntad?”
- No son vagos, ni tienen poca fuerza de voluntad o constancia, sino que están enfermos.

A veces, se olvida que la salud es un concepto integral y que se puede estar enfermo aunque no aparezca una patología orgánica o física, claramente observable en las pruebas diagnósticas. Éste es el caso de la esquizofrenia. Cuando, quienes la padecen, se quedan más tiempo de lo debido en la cama, rechazan realizar tareas domésticas o incluso acudir a lugares de ocio y recreo a los que antes iban con gusto, se debe ver en ello un síntoma de su enfermedad y no la expresión propia de una persona de carácter débil o sin voluntad.

- “¿Sirve para algo el electrochoque?”
- Puede ayudar cuando el resto de intervenciones han fracasado.

Esta intervención busca mejorar el funcionamiento cerebral del paciente, sin que se sepa muy bien la forma en que lo consigue, cuando la medicación y las intervenciones psicosociales ya fracasaron y el riesgo para la vida del paciente es alto. Hoy día se usa pocas veces y, cuando se hace, bajo la supervisión médica necesaria, no tiene demasiados riesgos. Pero, por ser una técnica muy agresiva, es necesario que el paciente y sus familiares sean informados ampliamente de su finalidad y posibles consecuencias y resulta conveniente que dispongan de más de una opinión profesional sobre la idoneidad de la técnica.

- “¿Pueden llegar a curarse?”
- Aproximadamente la tercera parte de las personas con esquizofrenia se recuperan totalmente. El resto siempre puede mejorar en su calidad de vida si se dispone de los recursos necesarios para un tratamiento integral.

Pese a la gravedad de la enfermedad, hoy día hay que considerarla como un *proceso abierto* donde la evolución dependerá de multitud de factores. Por tanto, hay que intentar siempre que quien padece una esquizofrenia reciba la mejor de las intervenciones posibles.

- “¿Pueden curarse con alguna dieta o algún otro tratamiento especial?”

— No.

Las únicas estrategias que han mostrado su eficacia frente a la enfermedad y sus consecuencias son las intervenciones farmacológicas y psicosociales, de corte psicoeducativo, tanto con el paciente como con sus familiares (ampliamente descritas en este libro y resumidas en esta *Guía*), así como la provisión de apoyo y soporte social a largo plazo en la comunidad. Ni una alimentación especial, ni la hipnosis, la relajación, la música, el yoga o cualquier otra técnica o intervención aportará soluciones mínimamente estables a los problemas que plantea la esquizofrenia. Incluso podría producir un empeoramiento. No obstante, lo adecuado es que cualquier iniciativa de este tipo, ya venga del paciente o de sus familiares, sea consultada con el profesional de referencia del paciente que valorará exactamente qué beneficios o riesgos podría acarrear dicha actividad.

- “Cuando no quiere tomar la medicación, ¿es bueno dársela sin que se entere?”
- No. A largo plazo, casi nunca da buen resultado.

Aunque es fácil comprender la desesperación de los familiares cuando el paciente se niega a tomar la medicación que podría ayudarle y que suele llevarles a administrársela sin que él lo sepa, esta práctica tiene más inconvenientes que ventajas. Para empezar, además de ser ilegal en el caso en que el paciente no esté incapacitado legalmente para decidir sobre su tratamiento, el paciente suele enterarse y esto acarrear múltiples enfrentamientos y mayor desconfianza. Por otro lado, no puede aparecer en él la opinión de que la medicación le ayuda, pues nunca le atribuirá beneficio alguno por no saber que la está tomando. Finalmente, la medicación así administrada nunca puede controlarse (dosis, frecuencia, efectos secundarios, etc.) con la precisión que requiere para que resulte eficaz. Por tanto, resulta más aconsejable enfrentar el problema hasta resolverlo, en vez de dar un rodeo que casi nunca lleva a buen fin.

- “¿Pueden tener pareja y hacer una vida sexual como cualquier persona?”
- Sí.

No sólo pueden, sino que se debe trabajar para que esto sea así. Las relaciones afectivas y sexuales suelen ser para ellos motivo de estrés. Si se consigue convertirlas en fuente de satisfacción y placer, se habrá dado un paso adelante en su recuperación. Cuando la enfermedad acarree incapacidad para asumir las responsabilidades que supone ser padre o madre, cosa muy habitual, la familia, con la ayuda de los profesionales, deberá facilitarles el acceso a los medios anticonceptivos pertinentes.

- “¿Qué pasa si en una fiesta, por ejemplo en Navidad, toman una copa de vino con toda la familia?”
- Nada.

Otra cosa es que se esté hablando de un paciente que tuvo o tiene problemas de algún tipo con el alcohol. Si no es así, como regla general, se puede decir que es más conveniente que perjudicial compartir un brindis familiar, aunque sea con alcohol. Estas situaciones excepcionales son de las escasas ocasiones en que los pacientes se sienten integrados, en igualdad de condiciones, en un grupo social; en este caso, en su propia familia.

- “¿Qué pasará con ellos cuando no estén sus familias para cuidarles?”
- Es de esperar que la administración disponga de recursos para atenderles.

Es imprescindible desarrollar una red completa y adecuada de recursos. En este sentido la responsabilidad de la administración es ineludible. Por ello, tanto los profesionales como las Asociaciones de Familiares y Usuarios deben trabajar y reivindicar este derecho que asegure el cuidado y la adecuada integración de las personas con esquizofrenia.

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la Rehabilitación*. Madrid: S. XXI Editores.

En este libro se recogen los principales avances en la investigación y en las intervenciones de relevancia en la atención y la rehabilitación de personas con esquizofrenia.

Ballus-Creús, C. y García, M. (2000). *Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia*. Barcelona: Grijalbo-Mondadori, colección Salud y Bienestar.

Se trata de una guía actual de carácter divulgativo y práctica. Ofrece información sobre la esquizofrenia y su tratamiento y rehabilitación. Especialmente pensada para ofrecer información y ayuda a las familias de las personas afectadas por esquizofrenia. Muy interesante también para los profesionales.

Colodrón, A. (1990). *Las esquizofrenias*. Madrid: S. XXI Editores.

Se trata de un libro muy completo sobre las esquizofrenias. Ofrece una profunda revisión conceptual de las cuestiones tanto de etiología y psicopatología, como de diagnóstico y tratamiento.

Liberman, R. P. (1988/1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

Es un manual de referencia. Ofrece una visión amplia sobre la atención y la rehabilitación de las personas enfermas mentales crónicas. Expone los principales ámbitos de intervención con esta población, en especial los relativos a la rehabilitación y apoyo comunitario.

Obiols, J. E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.

Ofrece de un modo sintético y riguroso los principales aspectos de la esquizofrenia: definición, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Se trata de un manual que recorre todos los aspectos y áreas de intervención en el campo de la rehabilitación y apoyo comunitario. Combina la exposición de los fundamentos teóricos de cada tema y área de aplicación con la exposición de las estrategias de intervención y las prácticas más eficaces. Incluye casos prácticos en la mayoría de los capítulos.

Bibliografía

- Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la Rehabilitación*. Madrid: S. XXI.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anderson, C.; Reiss, D. y Hogarty, G. (1986/1989). *Esquizofrenia y Familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anthony, W. A. y Liberman, R. P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Benton, M. K. y Shroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Birchwood, M. J. y Tarrrier, N. (Comps.) (1992, 1997). *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Madrid: Ariel.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las Personas con enfermedades mentales crónicas: Delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (Coord.): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (pp. 33-55). Madrid: Editorial Pirámide.
- Brenner, H. D.; Hodel, B.; Roder, V. y Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-27.
- Brokër, W.; Brenner, H. D. y Würgler (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 155, 128-135.
- Brown, G. W.; Monck, E. M.; Carstairs, G. M. y Wing, J. K. (1962). The Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal Of Preventative Social Medicine*, 16, 55-68.
- Chamove, A. S. (1986). Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal Of Clinical Psychology*, 25, 125-133.
- Costa, M. y López, E. (1991). *Manual para el Educador Social* (vols. 1 y 2). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes: Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *British Journal Of Psychiatry*, 160, 304-308.
- De la Hoz, M. A. y col. (1997). La familia como recurso en rehabilitación. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con enfermedades mentales crónicas*. Madrid: Pirámide.
- Desviat, M. (1995). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor.
- Falloon, I. R. H. (1981). Communication and problem solving skills training with relapsing schizophrenics and their families. En M. R. Lausky (Ed.), *Family therapy and major psychopathology*. Nueva York: Grune y Straton.
- Falloon, I. R. H. y Liberman, R. P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W. R. Mcfarlane (Ed.), *Family Therapy In Schizophrenia* (pp. 117-140). Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H. (1985). Behavioral family therapy: A problem solving approach to family coping. En J. Leff y C. Vaughn, *Expressed Emotion in Families*. Nueva York: The Guilford Press.
- Florit, A. y Linos, P. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de enfermos mentales crónicos. *Anales de Psiquiatría*, 14, 339-346.
- Frith, C. D. (1995). *La Esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Godwin, J. (1980). Stressful life events and schizophrenia: A Review of the research literature. *Psychological Bulletin*, 83, 408-425.
- Halford, W. K. y Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- Hatfield, A. B. (1981). Self Help groups for families of the mentally ill. *Social Casework*, 26, 408-413.
- Jackson, H. J. (1995). Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode patients: prevalence and specificity. *Comp. Psychiatry*, 36, 241-250.
- Lamb, D. (1991). Psychosocial family intervention studies in schizophrenia: A review of empirical studies.

- Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1989). The interaction of life events and relatives. Expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. En T. W. Miller (Ed), *Stressful Life Events*. Connecticut: International University Press.
- Liberman, R. P. (1988/1993). Afrontar los trastornos mentales crónicos: Un marco para la esperanza. En R. P. Liberman: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico* (pp. 23-43). Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R. P. y Eckman, T. A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilisation of a rehabilitation innovation. *British Journal Of Psychiatry*, 155, 117-122.
- López, B. y Florit, A. (1998). Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. En J. Botella y V. Ponsoda (Ed.): *La Atención, Un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.
- Malla, A. K. y Norman, R. M. (1992). A Relationship of mayor life events and daily stressors to symtomatology in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 664-667.
- McFarlane, W. R. (1983). Multiple Family Therapy in Schizophrenia. En W. R. Mcfarlane (Ed.), *Family Therapy In Schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- McGorry (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 92, 62-69.
- McGorry, P. D. y Edwards, J. (1997). *The early psychosys training pack...*, Macelesfield: Gardiner-Caldwell Communications Limited.
- Montejo, J. y Espino, A. (1998). Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En J. García; A. Espino y L. Lara. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Monti, P. M. y Fingeret, A. L. (1987). Social perception and communication skills amog schizophrenics and nonschizophrenics. *Journal Of Clinical Psychology*, 43, 197-205.
- Moreno B. (1990). Rehabilitación de pacientes crónicos mentales: entrenamiento en habilidades sociales comunicacionales, percepción de la realidad y variables ambientales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, 41-49.
- Neuchterling, K. H.; Garmezy, N. y Devien, V. T. (1989). Sustained Focused attention under high-processing loads: relevace to vulnerability to schizophrenia. En S. C. Schulz y C. A. Tamminga (Ed.), *Schizophrenia: Scientific Progress*. Nueva York: Oxford University Press.
- Obiols, J. E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Paul, G. L. y Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Peralta, V.; León, J. y Cuesta, M. J. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal Of Psychiatry*, 62.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and community care*. Londres: Routledge.
- Roder, V.; Brenner, H. D.; Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Rodríguez, A. (1997). A Modo de Epílogo. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 455-464). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A.; Sobrino, T.; Galilea, V.; Colis, J.; González, J. y Orviz, S. (1997). Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 329-362). Madrid: Pirámide.
- Santos, J. L.; Ramos, J. A. y Fuentenebro, F. (1989). Aspectos bioquímicos de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 9-17.
- Singer y Doane (1967). Family transations In schizophrenia. Parts I y II. En J. Romano (Ed.) *The Origins of Schizophrenia*. Nueva York: Excerpta Medica Foundation.
- Sohlberg M. M. y Mateer C. A. (1986). *Attention Process Training (Apt)*. Puyallup, W. A.: Association For Neuropsychological Research And Development.
- Strachan (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia. Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 678-698.
- Stroul, B. (1989). A Community Support Systems for persons with longterm mental illness: a conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3), 10-26.

- Vizcarro, C. y Arévalo, J (1987). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología* (26, 27) 89-109.
- Wixted, J. T.; Morrison, R. L. y Bellack, A. S. (1988). Social skills training in the treatment of negative symptoms. *International Journal Of Mental Health*, 17, 3-21.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal Of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J. (1987). Possible implications of the vulnerability hypothesis for the psychosocial management of schizophrenia. En J. Strauss; W. Boker y H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial Treatment Of Schizophrenia*. Toronto: Hans Huber Publishers.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

1. Heroína, cocaína y drogas de diseño
Becoña Iglesias, E. y Lino Vázquez González, F.

2. Fobia social
Bados, A.

3. Disfunciones sexuales femeninas
Carrasco M.^a J.

4. Rehabilitación neuropsicológica
Muñoz Céspedes, J. M. y Tirapu Ustárroz, J.

5. Esquizofrenia
*Cañamares, J. M.; Castejón, M. Á.; Florit, A.;
González, J.; Hernández, J. A. y Rodríguez, A.*

6. Parafilias y violación
Cáceres, J.

GUÍAS TÉCNICAS

1. Técnicas de relajación y respiración
Vázquez, M.^a I.

2. Hipnosis
Capafons Bonet, A.V.

3. La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes
Ezpeleta, L.

4. Entrenamiento en inoculación de estrés
Muñoz, M. y Bermejo, M.

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
Presentación	9
Capítulo 1. Introducción	11
1.1. Descripción clínica	13
1.1.1. Criterios diagnósticos	14
1.1.2. Sintomatología	16
1.2. Curso y pronóstico	18
1.3. Epidemiología	20
1.4. Diagnóstico diferencial e implicaciones del diagnóstico	21
1.5. Comentarios sobre la entidad diagnóstica	23
Cuadro resumen	23
Exposición de un caso clínico	24
Preguntas de autoevaluación	25
Capítulo 2. Etiología	27
2.1. Variables etiológicas	27
2.1.1. Modelo biológico	27
2.1.2. Modelo psicológico	31
2.1.3. Modelo sociológico	34
2.2. Un modelo explicativo integrador: el modelo de vulnerabilidad	39
2.3. Comentarios al modelo de vulnerabilidad	43
Cuadro resumen	45
Exposición de un caso clínico	45
Preguntas de autoevaluación	47
Capítulo 3. Evaluación	50
3.1. Aspectos a evaluar	51
3.1.1. Sintomatología	51
3.1.2. Funcionamiento psicológico	53
3.1.3. Desempeño y ajuste psicosocial	54
3.1.4. Evaluación del entorno	57
3.2. Instrumentos	58

3.2.1. Entrevista	58
3.2.2. Cuestionarios y escalas	59
3.2.3. Observación directa, registros y autorregistros	65
3.3. Proceso de evaluación y planificación de la intervención	65
Cuadro resumen	67
Exposición de un caso clínico	69
Preguntas de autoevaluación	76
Capítulo 4. Pautas para la intervención I: guía para profesionales	78
4.1. La atención integral en la comunidad a personas con esquizofrenia	78
4.1.1. Problemática y necesidades	79
4.1.2. La reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo de atención comunitaria	82
4.1.3. La atención integral en la comunidad	85
4.2. Planteamiento global de la intervención: principales objetivos y áreas de actuación	86
4.3. Intervenciones farmacológicas y estrategias para el manejo de síntomas	88
4.3.1. Los fármacos antipsicóticos	89
4.3.2. Otras estrategias psicológicas para el manejo de los síntomas positivos	92
4.4. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario	96
4.4.1. Definición, objetivos y principios básicos	96
4.4.2. Metodología y fases de la intervención psicosocial	99
4.4.3. Consideraciones prácticas sobre motivación y enganche	105
4.5. Principales áreas de intervención en rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario	109
4.5.1. Actividades de la vida diaria	109
4.5.2. Psicoeducación con personas diagnosticadas de esquizofrenia	117
4.5.3. Habilidades sociales	128
4.5.4. Manejo del estrés	132
4.5.5. Aspectos cognitivos	139
4.5.6. Ocio y tiempo libre	144
4.5.7. Integración sociocomunitaria	151
4.5.8. Rehabilitación laboral	160
4.5.9. Apoyo, asesoramiento y psicoeducación con las familias de personas con esquizofrenia	166
Cuadro resumen	179

Exposición de un caso clínico	181
Preguntas de autoevaluación	186
Capítulo 5. Pautas para la intervención II: guía para afectados y familiares	189
5.1. Qué es la esquizofrenia	189
5.2. Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia	190
5.3. Qué siente la persona con esquizofrenia	192
5.4. Qué sienten los familiares	192
5.5. Causas de la esquizofrenia	193
5.6. Los desencadenantes de la esquizofrenia: acontecimientos vitales y ambientales estresantes	194
5.7. La evolución de la enfermedad: señales que avisan de las recaídas	195
5.8. Cómo actuar ante una crisis	196
5.9. La importancia de la medicación	197
5.10. Cómo favorecer que tomen la medicación	198
5.11. Algunas ideas para superar los efectos secundarios	200
5.12. En qué consiste la rehabilitación y el soporte comunitario	201
5.13. Factores de riesgo y protectores de las recaídas	202
5.14. Algunas sugerencias para facilitar la convivencia y solucionar los conflictos	204
5.15. Aclarando algunas dudas	207
Clave de respuestas	211
Lecturas recomendadas y bibliografía	213