



**Caja Costarricense de Seguro
Social**

Hospital Nacional Psiquiátrico



**Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social**

(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

(SEP)

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA**

**PROPUESTA DE UNA GUÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE EN
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DIRIGIDA A LA
INTERVENCIÓN DE USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON
ESQUIZOFRENIA**

TUTOR:

DR. ROBERTO LÓPEZ CORE

POSTULANTE:

LICDA. CINTHYA CAMPOS ROJAS

Febrero 2012

DEDICATORIA

*Para Mamí y Ericka,
Las personas más importantes en mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios, que es el que me tiene donde estoy, y me hace esperar cada día cosas mejores.

A mi familia por su amor y apoyo incondicional en cada proyecto que emprenda.

Mi gratitud y afecto al Dr. López Core, así como a los profesores y supervisores con quienes compartí momentos no solo de aprendizaje sino de amistad.

Mi afecto y agradecimiento a mis compañeros de residencia, con quienes compartí estos dos años de aprendizaje, camaradería y lindos momentos.

Y a mis amigos y amigas, que se alegran de los logros que alcance.

Gracias.....



Caja Costarricense de Seguro
Social

Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social

(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

(SEP)

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

APROBACIÓN

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

En calidad de Coordinador Nacional del Posgrado en Psicología Clínica, informo que el Trabajo Final de Graduación **Propuesta de una guía clínica para el abordaje en Rehabilitación psicosocial dirigida a la intervención de usuarios diagnosticados con Esquizofrenia**”, elaborado por la Licda. Cinthya Campos Rojas, fue sometido a revisión, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el Título de Especialista en Psicología Clínica.

Dr. Roberto López Core
Coordinador Nacional
Director del Posgrado en Psicología Clínica
Universidad de Costa Rica
Tutor de Trabajo Final de Graduación

RESUMEN EJECUTIVO

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que la padecen alrededor del 1% de la población mundial. Es una de las enfermedades más deteriorantes con pronóstico reservado que lleva a la persona a una disminución gradual de sus capacidades afectando el pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensopercepción y la vida cotidiana del paciente y su familia. Su pronóstico varía en relación con la frecuencia de los episodios, el tratamiento oportuno, el abordaje interdisciplinario y los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación psicosocial.

La esquizofrenia en Costa Rica tiene antecedentes importantes, tal y como se constata desde los primeros ingresos de pacientes al Hospital Nacional Psiquiátrico, el diagnóstico de casos con esquizofrenia es predominante desde sus inicios registrando alrededor del 20% del total de pacientes ingresados (López, 1986). Datos más recientes afirman que tan solo durante el año 2003 los egresos de usuarios diagnosticados con esquizofrenia representaron el 30,93%. Algunos estudios en el país destacan cifras de hasta el 2% de la población general que sufrirían de este trastorno (Zoch, 2004)

Esta situación no solo ha generado una situación crítica a nivel hospitalario, sino que ha establecido una situación de dependencia económica entre familiares e instituciones del Estado. Es por ello que, dados los índices de asistencia, los altos costos sociales y económicos, así como la demanda de intervención institucional, la esquizofrenia podría considerarse una prioridad a nivel de Salud Pública.

Asociado a la incidencia social de este trastorno, ha habido esfuerzos importantes a nivel clínico por encontrar aquellos tipos de factores psicosociales o estresores ambientales que juegan un rol central en la evolución de la esquizofrenia.

Esto ha llevado a un cambio en el enfoque terapéutico en las últimas décadas que, desafortunadamente, no ha tenido el mismo impacto y prioridad en todos los países. Dicho enfoque recalca la necesidad de prácticas complementarias de diagnóstico e intervención, en donde la labor de distintos profesionales en la salud no solamente contribuye a una perspectiva holística del trastorno, sino que además propicia una rehabilitación del usuario en sus capacidades de funcionalidad y autonomía.

En este sentido, vemos como la *intervención psicosocial*, en tanto una de las dimensiones de intervención para el trastorno de la esquizofrenia, ha demostrado una efectividad en la mejora de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Esto se debe fundamentalmente a que la rehabilitación psicosocial toma en consideración elementos relacionados con la adaptación social de la persona con la finalidad de llevarlo a una integración social, de tal manera que dicha mediación permite reducir el impacto que tienen los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia en la vida del sujeto, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener la propia persona y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares (Muesser et.al, 1990).

Por otra parte, la intervención psicosocial en términos de rehabilitación supone además una superación de modelos tradicionales y el énfasis de la complementariedad en términos

analíticos y de mediación del trastorno de la esquizofrenia (Verdugo, 2002), asimismo, este tipo de rehabilitación implica una integración psicosocial que va más allá de una suma de técnicas (Franco, 2011).

Es a partir de la anterior problematización que el presente estudio tiene como objetivo principal: *contribuir en la intervención psicosocial mediante una propuesta de guía clínica en rehabilitación psicosocial para usuarios que son diagnosticados con Esquizofrenia y que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico*. En particular, se han propuesto como objetivos específicos: a) la recolección de información reciente acerca de las necesidades psicosociales y psicológicas en pacientes esquizofrénicos; b) la determinación de aquellos instrumentos de evaluación funcional más utilizados para medir el funcionamiento de los pacientes con Esquizofrenia, y; c) la realización de una propuesta de métodos y técnicas de intervención psicosocial apropiadas para trabajar con las personas diagnosticadas con esquizofrenia y su respectivo entorno familiar.

Metodológicamente, el presente estudio se ha desarrollado bajo las pautas del tipo de investigación descriptivo, con un enfoque cualitativo.

Para la realización de la propuesta hemos realizado una revisión exhaustiva de la literatura más reciente sobre modelos de rehabilitación efectivos, los cuales permitieron establecer los tipos de pautas y de factores que intervienen y que se son tomados en consideración a la hora de realizar una práctica clínica mucho más operativa. En este sentido, no sólo se tomaron en cuenta aspectos relacionados con la recuperación o afrontamiento del déficit,

sino que se contemplaron todos los aspectos relacionados con una intervención psicosocial que ayudan en el mediano plazo a potencializar aquellas habilidades conservadas por las personas así como a promover aquellos recursos facilitados por su entorno, permitiendo la adaptación del paciente a los contextos que le rodean.

Finalmente, el presente estudio recalca entre sus conclusiones que la implementación de programas de atención psicosocial para pacientes con trastornos mentales ha mostrado generar una serie de ventajas importantes que van desde la reducción de hospitalizaciones, una mayor adherencia al tratamiento, la reducción de abandonos, hasta el mejoramiento de las relaciones en el entorno familiar.

Sin embargo, para que estos resultados hayan podido ser efectivos se hizo necesaria la implementación de tres tipos de elementos: coordinación, integración y evaluación.

A nivel de coordinación, es necesario que el programa de rehabilitación psicosocial tome en cuenta aquellos elementos que orienten el trabajo de aquellos que ayudan a personas con enfermedades mentales a integrarse psicosocialmente. La intervención psicosocial por parte de un equipo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas físicos y ocupacionales) con el fin de llevar a cabo los objetivos propuestos de rehabilitación psicosocial con base a una propuesta de intervención debe ser complementaria y coordinada. En este sentido, también es fundamental la participación coordinada del entorno familiar del paciente esquizofrénico en su proceso de recuperación e integración social.

La coordinación también implica el establecimiento y organización de una completa red de recursos intermedios, comunitarios e institucionales entre los cuales podemos señalar a

modo de ejemplo el Hospital Nacional Psiquiátrico, el Hospital Chacón Paut, los hospitales diurnos, las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, los recursos de Rehabilitación Psicosocial y soporte social, entre otros.

A nivel de integración, destacamos la labor interdisciplinaria para la intervención completa del trastorno esquizofrénico, en donde el psicólogo clínico tiene un papel fundamental para que dicha integración logre una implementación efectiva de una guía de manejo en los programas de rehabilitación psicosocial.

A nivel de evaluación destacamos la necesidad de realizar una valoración de necesidades, así como del tipo de discapacidad y de funcionamiento psicosocial antes de implementar alguna guía de manejo. La evaluación de la efectividad del abordaje en la recuperación de las enfermedades mentales debe ser uno de los estándares que se deben realizar.

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia, son antes que nada, personas con derechos que presentan problemas y dificultades específicas de distinto tipo (sanitario, social, laboral, residencial, familiar, emocional, abandono etc). Por tanto, requieren una atención de sus diferentes necesidades desde los diferentes servicios de salud bajo una guía adecuada.

TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo I. Introducción	1
1.1 Justificación	2
1.2 Antecedentes académicos	6
Capítulo II. Metodología	11
2.1 Objetivos y diseño metodológico	12
Capítulo III. Marco Teórico	14
3.1 Antecedentes históricos	15
3.2 Conceptos generales de la esquizofrenia	22
3.2.1 Definición	22
3.2.2 Síntomas característicos de la esquizofrenia	23
3.2.3 Tipos clínicos	25
3.3 Evolución de la Esquizofrenia	26
3.3.1 Esquizofrenia con un episodio único	26
3.3.2 Esquizofrenia con evolución episódica	27
3.3.3 Esquizofrenia con evolución continua	27
3.4 Factores asociados al Trastorno	28
3.4.1 Factores biológicos	28
3.4.2 Factores psicosociales	31
3.5 Antecedentes históricos de la rehabilitación	38
3.6 Conceptos de rehabilitación psicosocial	44
3.7 La Reforma psiquiátrica y desarrollo del modelo de Rehabilitación	47
3.8 Aspectos generales en el manejo de la Esquizofrenia	48
3.9 Rehabilitación Psicosocial en personas con trastorno mental	51
Capítulo IV. Desarrollo	54
4.1 Necesidades psicosociales y psicológicas en pacientes esquizofrénicos	55
4.2 Instrumentos de Evaluación Funcional	63
4.2.1 Aspectos que se deben evaluar	64
4.2.2 Evaluación en Rehabilitación Psicosocial	66
4.3 Modelos de rehabilitación	72

4.3.1 Modelos de potenciación e incentivación de comportamientos	73
4.3.2 Modelos de entrenamientos de habilidades sociales	73
4.3.3 Modelos Psicoeducativos	75
4.3.4 Modelo de Ciompi	76
4.3.5 El Modelo Italiano	77
4.3.6 Modelo de Rehabilitación Psicosocial en Zamora, España	82
4.4 Consideraciones para una guía en rehabilitación psicosocial en el manejo de la esquizofrenia	84
4.4.1 Plan individualizado de rehabilitación	92
4.4.2 Plan del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial	96
4.4.3 Apoyo familiar	97
4.4.4 Áreas enfocadas al trabajo de Rehabilitación Psicosocial	98
Capítulo V. Conclusiones	108
Bibliografía	114
Anexos	121

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1 Justificación

En todo trastorno mental crónico, la práctica hospitalaria tiene como objetivo principal propiciar la rehabilitación del usuario en cuanto a su funcionalidad y autonomía. En este sentido, resulta importante destacar que el carácter permanente de este tipo de padecimientos conlleva a priorizar el aspecto biográfico del sujeto y su respectivo proyecto de vida. Por consiguiente, tanto el diagnóstico como la intervención que se realice en torno a este problema han de considerar estos dos aspectos de manera complementaria y social. (Verdugo, 2002)

En el caso de las personas que presentan un diagnóstico de esquizofrenia, éstas suelen manifestar un cambio cualitativo en todas las áreas de su vida, influyendo así en el desarrollo normal de la persona, tanto en el funcionamiento psicosocial como en su integración con la comunidad. Como señala Sartorius (1995), esta situación ha conllevado a renovar los modelos de rehabilitación más tradicionales con el fin de implementar otros tipos de estrategias y metodologías de intervención.

Durante las últimas décadas, el enfoque terapéutico de la esquizofrenia ha presentado cambios importantes. Desafortunadamente, los avances con respecto al trabajo clínico no se han realizado por igual en todos los países. Pero queda claro que para llevar a cabo una labor integral y exitosa se requiere de un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales en psiquiatría, psicología, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros.

En comparación con los tipos de tratamiento exclusivamente farmacológicos, estudios realizados por Cohi (1990) han demostrado la efectividad de los tratamientos psicosociales en la mejora de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

De acuerdo con Muesser, y otros destacados investigadores (1990), los objetivos principales de la intervención psicosocial consisten en reducir el impacto que tienen los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia en la vida del sujeto, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener la propia persona y su familia, favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales así como proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares.

En otras palabras, la Rehabilitación Psicosocial es más que un conjunto de técnicas con un determinado objetivo: *“es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanto importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente con estar enfermo, es tan importante como el control de los síntomas”*. (Franco, 2011:2)

Aparte de su patología, la rehabilitación psicosocial toma en cuenta elementos relacionados con la adaptación social de la persona con la finalidad de llevarlo a una integración social.

Por consiguiente, tal y como lo señala Franco (2011), la intervención psicosocial no deberá ser considerada como una alternativa al modelo u objetivo clínico tradicional dirigido a la supresión del síntoma, sino que debe entenderse como un complemento integrador del citado modelo.

De acuerdo con la investigación realizada por Zoch (2004), en nuestro país, la esquizofrenia constituye la primera causa de internamiento entre los desordenes psiquiátricos en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Según los datos proporcionados por este destacado investigador, el 2% de la población general sufre este trastorno, convirtiendo así a este trastorno en un alto costo económico, social y familiar.

Asimismo, los datos más recientes afirman que en el año 2003 los egresos de usuarios diagnosticados con esquizofrenia representaron el 30,93%. De este grupo, 643 egresaron con el diagnóstico de algún tipo de esquizofrenia, lo que representa un 48,02 %. Si consideramos todos los egresos, que fueron 4.328, la esquizofrenia ocupó el 14,85 %. De los 643 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, 334 fueron paranoides para un 51,94 %; la indiferenciada registró 216 egresos para un 33,59 %; la hebefrénica registró 29 egresos para un 4,51 % y el resto se distribuye en los otros tipos de esquizofrenia menos frecuentes.

Por otra parte, según refiere el Dr. López (1984), los primero ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico predomina el diagnóstico de esquizofrenia en el 20% de los casos, provocando una situación de dependencia económica entre sus familiares y las instituciones del Estado.

Con base en lo anterior, resulta importante destacar el aporte que la disciplina psicológica pueda ofrecer a la elaboración de guías de práctica clínica con el fin de proporcionar una propuesta de intervención psicosocial en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Así pues, dicha contribución no solamente enriquece la práctica clínica como tal, sino que

permite implementar un enfoque más objetivo en torno a las decisiones que diariamente se toman en los casos de pacientes específicamente diagnosticados con este tipo de padecimiento. Por esta razón, el objetivo principal de este trabajo de investigación radica en realizar una propuesta de una guía clínica en rehabilitación psicosocial para la intervención de usuarios que son diagnosticados con Esquizofrenia y que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Para lograr este propósito, se revisará la literatura reciente de los modelos de rehabilitación más efectivos los cuales permitan establecer las pautas y los factores que intervienen y que se deben tomar en cuenta para realizar una práctica clínica mucho más operativa. De este modo, no sólo se tomarán los aspectos relacionados con la recuperación o afrontamiento del déficit, sino que se contemplarán todos los aspectos relacionados con una intervención psicosocial la cual ayude a potencializar aquellas habilidades conservadas por las personas así como promover aquellos recursos facilitados por su entorno, permitiendo la adaptación del paciente a los contextos que le rodean y obtener así una mejora en su calidad de vida.

1.2. Antecedentes académicos

Para elaborar el estado de la cuestión de esta investigación, se revisaron los trabajos de graduación realizados en la Universidad de Costa Rica (UCR) y en la Universidad Fidélitas, así como la literatura acerca de la Rehabilitación Psicosocial relacionada con el tema específico de la Esquizofrenia. El objetivo de la revisión fue descartar que existiera otro trabajo igual sobre la temática y también para indagar acerca de alguna investigación que se haya realizado sobre el tema presente.

Entre los trabajos recientes, encontrados en la base de datos de la Universidad de Costa Rica, se localizó la tesis de la Dra. Dinia Ramírez Orias (2009), quien realizó para su trabajo de graduación en Psiquiatría una descripción en torno a las experiencias de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico con 3 usuarios y 2 usuarias que asisten al Hospital Diurno.

En este estudio brindan su aporte 19 profesionales de distintas disciplinas entre ellos psiquiatría, enfermeras, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional como informantes acerca de los ejes temáticos y conceptos claves de la investigación. Entre estos: trastorno mental crónico, experiencia, factores facilitadores de rehabilitación psicosocial.

También se tomaron en cuenta la información relevante acerca de la hospitalización, medicamentos, relaciones familiares, relaciones interpersonales, trabajo, estudios y situaciones críticas entre otros y la significación que ellos le atribuyen a sus experiencias.

El principal aporte de este trabajo radica en brindar una visión subjetiva sobre el trastorno mental crónico, la cual ha sido abordada desde la objetividad descriptiva del modelo médico. La metodología empleada fue por medio de un estudio de casos, mediante el instrumento de recolección de datos por medio de una entrevista semiestructurada al profesional anteriormente mencionado.

La investigación tuvo un enfoque de tipo cualitativo, el cual busca explicar las características, evoluciones, mejoras que se presentan dentro del proceso de rehabilitación psicosocial en las personas en estudio. Brinda de forma explicativa la interpretación de las características y procesos que se utilizaron en la evolución satisfactoria de los casos estudiados.

Por otra parte, en el campo de la rehabilitación, existe otro trabajo de graduación de la Facultad de Psicología de la Universidad Fidelitas, para optar por el grado de Licenciatura, donde se realiza un trabajo en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Este trabajo fue elaborado por el Lic. Gustavo Canales Víquez y Lic. Carlos Sandoval Chacón (2007), donde realizan un análisis de una experiencia de convivencia comunitaria alternativa a la institucionalización psiquiátrica.

En esta investigación se da un aporte de tipo descriptivo del desempeño psicosocial de un grupo de personas con problemas de salud mental desinstitucionalizadas que viven bajo la modalidad de residencias privadas. La investigación es exploratoria de tipo descriptivo con una muestra dirigida, donde busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de la población (22 usuarios), 12 mujeres y 10 hombres, que habitan en residencias privadas con diagnóstico primario de trastorno mental crónico que en el 2006 vivieran en el área metropolitana y que se encuentran en un proceso de rehabilitación psicosocial iniciado en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La información es obtenida mediante entrevistas a las cuidadoras a cargo, no a los usuarios puesto que no contaban con autorización. El instrumento utilizado es la Escala de desempeño psicosocial (Social Behavior Assessment Schedule, S.B.A.S) en su versión española adaptada por Otero(1995), la cual pretende evaluar la conducta y desempeño de los roles sociales de los sujetos y su efecto en los demás por medio de una entrevista semiestructurada realizada a un pariente o amigo (informante) de la persona, (en su caso el cuidador), y mediante una escala flexible y adaptable que evalúa el funcionamiento social reciente de la persona y los cambios en su desempeño resultado de la evolución de sus problemas o acontecimientos de vida.

Ambos autores realizaron una detallada descripción del procedimiento y muestran mediante el análisis de los resultados importante información acerca de las conductas, desempeño, actitudes, conocimiento del trastorno, medicación como apoyo preventivo, estabilizador y

mejoría de su trastorno y capacidad de adquisición de habilidades así como un desempeño positivo en las actividades de vida diaria.

No obstante, perciben un pobre apoyo familiar que afecta a los usuarios permitiendo con ello una desvinculación, lo que conlleva a una alta dependencia con el personal del Hospital Diurno.

Finalmente, otro trabajo de graduación que resulta importante nombrar es el de MPsc. Fabián Badilla Quesada (2012), quien realiza un estudio de caracterización sobre las necesidades socio demográfica, y psicológica de pacientes que asisten a la clínica de Clozapina del Hospital Nacional Psiquiátrico, en él se presenta la población a la cual va dirigido y los procedimientos a seguir en la recolección de la información para llevar a cabo este estudio.

Este estudio hace referencia, que por medio de una entrevista estructurada a los pacientes y familiares o cuidadores es como se obtendrá la información para la caracterización, y tomando como referencia el Test S.I.S (Escala de intensidad de apoyos), la cual permite evaluar qué ayudas y en qué grado necesitan las personas con discapacidad intelectual o con trastornos del desarrollo.

La información que se extrae permite organizar y planificar las ayudas necesarias de la vida diaria, en el hogar, su participación en la comunidad, aprendizaje, empleo y otros. Por lo

que el trabajo se torna un estudio descriptivo acerca de las necesidades de los pacientes que asisten a la Clínica de Clozapina, en su mayoría son diagnosticados con esquizofrenia.

CAPÍTULO II
METODOLOGIA

OBJETIVOS Y DISEÑO METODOLÓGICO

Objetivo general

1. Realizar una propuesta de una guía clínica en rehabilitación psicosocial para la intervención de usuarios que son diagnosticados con Esquizofrenia y que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Objetivos específicos

- 1.1 Recolectar información reciente acerca de las necesidades de las personas diagnosticados con esquizofrénicos.
- 1.2 Determinar los instrumentos de evaluación más utilizados en la rehabilitación psicosocial para medir el funcionamiento y las necesidades de las personas con Esquizofrenia
- 1.3 Establecer los métodos y técnicas de rehabilitación psicosocial apropiadas para trabajar con las personas diagnosticadas con esquizofrenia y su familia.

Objetivo externo

Ofrecer a los profesionales en psicología una propuesta de guía clínica en Rehabilitación Psicosocial la cual permita mejorar la atención de personas diagnosticadas con esquizofrenia y su familia.

Enfoque o tipo de investigación

Con base en el objetivo general de este trabajo, la metodología de esta investigación corresponde a un enfoque cualitativo de carácter descriptivo. De acuerdo con Barrantes (2003), la investigación descriptiva tiene como objetivo central la descripción de un fenómeno y se basa en la observación, estudios correlacionales y de desarrollo. Por su parte, en cuanto al criterio cualitativo de esta investigación este mismo autor sostiene que este tipo de enfoque se basa en una concepción fenomenológica e inductiva.

Fuentes de la información

En relación con las fuentes de información utilizadas en esta investigación, se abarcaron diversos trabajos bibliográficos los cuales ofrecían una comprensión especializada del objeto de estudio. El criterio de búsqueda y de sistematización que se utilizó para recolectar la información bibliográfica requerida corresponde al diseño respectivo de los objetos específicos. Para lograr la consecución de cada uno de los objetivos, las fuentes de información utilizadas abarcaron la revisión de fuentes primarias y secundarias.

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes históricos

El concepto de esquizofrenia, aún sin ser nombrada como tal, se remonta al siglo XIX, y quizá el primer caso documentado de ello es el de Conolly en 1849, mencionado por Frenk (2002), cuando describe:

No es raro encontrar personas jóvenes que caen en un estado que se asemeja al de la melancolía, sin que se pueda comprobar que les haya sucedido algo que pudiese causar una aflicción o pesadumbre; estos jóvenes se vuelven indolentes y desempeñan sus diversas ocupaciones mecánicamente y sin interés, el intelecto, los afectos, las pasiones, todo parece inactivo, muerto y los enfermos completamente apáticos (Frenk, 2006:11)

El término de *demencia precoz* fue utilizado por primera vez en 1856 por Morel, Fue el resultado de un caso clínico. Al respecto de lo anterior, véase a continuación la siguiente descripción que realiza este psiquiatra belga en relación con un paciente diagnosticado con los síntomas de este trastorno:

“El sujeto en cuestión era un muchacho de estatura baja. Se pensó que el sentimiento que le producía su falta de crecimiento ocasionó que el paciente evitara la compañía de otros y que por ello tuviese una regresión que lo hizo volverse introspectivo, taciturno y tímido. Sus facultades psíquicas quedaron estancadas, su memoria de hechos recientes se tornó deficiente. Prácticamente olvidó lo que antes había aprendido. Antes del padecimiento aquel niño había sido el primero en su clase. Tenía el antecedente de una madre que había presentado cuadros psicóticos”. (Frenk,2006:11).

Morel, que defendía la teoría de la degeneración, concibió la afección del muchacho como una consecuencia heredobiológica degenerativa y llamó al estado del paciente como *démence précoce*. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse, junto con la debilidad mental, entre las variantes de la degeneración intelectual, física y moral que resultan de factores hereditarios.

Destaca Zoch (2004), que en 1870, Hecker, describió la hebefrenia, distinguiéndola de la *démence précoce* por la necedad de los hebefrénicos, por lo que en algún tiempo se le denominó *démencia necia*.

Hecker describió ampliamente esta entidad hablando de su etiología, sintomatología, curso y pronóstico. Los rasgos característicos de la hebefrenia son: su aparición ligada a la pubertad, su aparición cambiante (melancolía, manía, confusión), la rápida evolución del padecimiento que termina en un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final.

En 1874 Kahlbaum aisló o describió la catatonía, estableciendo tres síntomas que describían el trastorno: la melancolía, que representa la última consecuencia de un contacto prolongado con circunstancias penosas, la manía que de ordinario sigue a la melancolía y es transitoria y el estado estuporoso asociado a flexibilidad cérea.

"Estado en el cual el paciente se sienta tranquilamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar de posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin ninguna volición aparente, ni reacción ante los estímulos sensoriales" (Frenk,2006:12)

Kahlbaum supuso que la catatonía era el síntoma de un trastorno de la estructura cerebral.

Menciona Castilla del Pinto (2006) que en 1880, Schüele, psiquiatra alemán lleva el pensamiento de Morel a su país, con lo que se convierte en el enlace de la psiquiatría

francesa con la de Kraepelin, piedra angular del concepto de esquizofrenia que en la actualidad se toma en cuenta.

Contemporáneo a Kraepelin y eclipsado por éste, Clouston propuso la teoría de las alteraciones del neurodesarrollo como parte de la explicación del padecimiento, teoría que en la actualidad es la que está apuntando con mayor fuerza. Documentó una historia familiar en el 65% de los casos. Así el padecimiento que describía no era el de una demencia, sino una alteración en el desarrollo, con un componente hereditario fuera de toda duda.

Kraepelin en 1899 agrupa, bajo el rubro de dementia praecox los tres desórdenes que habían aparecido aislados: la hebefrenia, la catatonía y la paranoide. Estos tres desórdenes, pensó, tenían una causa única, por sus características en común: aparición en un periodo temprano de la vida y un desarrollo progresivo de la afección hasta llegar a alcanzar un estado demencial. Tuvo entonces que diferenciar su demencia precoz de otro tipo de demencias y del trastorno maníaco-depresivo, como se denominaba al trastorno bipolar.

Sin embargo, aún sin encontrar la relación causa-efecto, hizo una descripción de los rasgos clínicos y se opuso siempre a cualquier teoría que intentara explicar la conducta del paciente desde un punto de vista psicológico. Años más tarde modificó su percepción sobre el curso del trastorno, al observar que un bajo porcentaje de casos tenían una asombrosa recuperación.

En 1906 Meyer, a quien se le considera como el puente entre la psiquiatría europea y americana, propuso que la demencia precoz no era una entidad patológica, sino una reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse, *"el cúmulo de hábitos defectuosos de reacción conduce a un deterioro de dichos hábitos"*. El concepto de esquizofrenia de Meyer contribuyó a eliminar la dicotomía artificial que se ha dado entre la mente y el cuerpo y a establecer el concepto de que el trastorno mental es una función de la conducta biológica.

En 1911, Bleuler, basándose en este marco teórico, acuñó el término de esquizofrenia; dentro de este concepto designó todos los casos de trastorno mental funcional, con excepción de las psicosis maníaco depresivas. Consideró que el trastorno de base era un desplazamiento de la personalidad y un trastorno del pensamiento.

Difirió de Kraepelín sobre la edad de inicio y la evolución del padecimiento al mencionar que este proceso podría detenerse en cualquier momento y desaparecer en gran parte. De hecho consideró que era un error la definición de demencia, ya que las reacciones psicológicas del enfermo eran muy complejas, para siquiera compararlas con los retrasados mentales o los pacientes demenciados. Pensó que el trastorno era un estado inarmónico y una división de la mente.

Clasificó los síntomas de la esquizofrenia en primarios (autismo, alteración de las asociaciones del pensamiento, ambivalencia y aplanamiento afectivo) y secundarios (alucinaciones e ideas delirantes). Planteó que los síntomas primarios se relacionaban

con causas orgánicas, mientras que los síntomas secundarios eran atribuidos a las alteraciones psicológicas.

Los síntomas secundarios, las alucinaciones e ideas delirantes, eran los intentos del paciente por adaptarse a su sistema orgánico primario. Por lo tanto, convencido del papel de los aspectos psicológicos en la evolución del padecimiento, propuso el abordaje psicoterapéutico, que aún en nuestros días genera controversia.

A diferencia de otras áreas de la medicina, en la psiquiatría en particular, el estudio de la esquizofrenia sufrió un estancamiento durante la primera mitad del siglo XX, muchos autores han considerado dicho proceso debido a las limitaciones que en este terreno ocasionó el psicoanálisis.

Aparece luego la clasificación por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1918, la APA da a conocer un listado de 22 padecimientos con el intento de organizar la especialidad. Para 1935 se produjo la "Standart Classification", en la que surgieron tres nuevas clasificaciones que compitieron con la anterior. Para 1948 la OMS publicó el ICD-6 pero de acuerdo a la poco satisfactoria sección de padecimientos psiquiátricos, la APA propuso su clasificación, originándose en 1952 el DSM-I, donde se pudo observar la influencia de la psicobiología de Meyer al describir los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores sociales y biológicos. Varios síndromes, incluyendo la

esquizofrenia, se presentaron de manera vaga a diferencia de la tendencia europea que definía claramente entidades nosológicas.

En 1968 el DSM-II, sustituyó el término “reacción” por el de “neurosis”, influenciado por la ideología psicoanalítica. Las entidades nosológicas continuaban con descripciones vagas y límites poco definidos.

En 1980 apareció el DSM-III y con ello el sistema multiaxial, donde se regresa al énfasis de Kraepelín sobre la presencia de síntomas específicos para la realización de un diagnóstico.

En la actualidad, la mayoría de servicios psiquiátricos en el mundo entero encuentran más práctico el diagnóstico multiaxial del DSM-IV¹ (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ahora en su versión revisada (DSM-IV-RT), por considerarlo un sistema descriptivo y más objetivo, sin olvidar que los reportes internacionales continúan refiriéndose en los términos del manual de la OMS, el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión).

Otro avance fundamental en el conocimiento de la enfermedad, fue la división de dos síndromes dentro de la esquizofrenia, así desde 1975 Strauss expuso que existían dos tipos diferentes; los que presentaban sintomatología positiva (ideas delirantes y

¹ Ver a Anexo No 1.

alucinaciones) y los que presentaban sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, abulia, etc.).

En 1980 Crow organizó la información y propuso los tipos I y II de la esquizofrenia, donde el tipo I presenta predominio de los síntomas positivos, mientras que el tipo II predominio de los síntomas negativos. Años más tarde Andreasen propuso el tipo III, que mezclaba los tipos anteriores, por considerar que era la condición más frecuente que se observaba en la práctica. La división en dos subtipos ha sido muy provechosa, principalmente en las áreas de investigación, atención y tratamiento; sin embargo, es importante recordar que con fines de casuística, el registro corresponde a los Tipos Clínicos Kraepelinianos que se mencionaron anteriormente.

Otro factor que ha influido en la esquizofrenia es la introducción de los psicofármacos, especialmente los antipsicóticos. En los años cincuenta la introducción de la clorpromacina por Delay y Deniker fue fundamental para el nuevo enfoque que se le dio al concepto y con ello al tratamiento.

Unos años más tarde apareció el antipsicótico más utilizado hasta nuestros días, el haloperidol, medicamento que junto con las fenotiacinas ha cambiado el curso histórico del concepto de esquizofrenia y en general de la psiquiatría. Asimismo, los hallazgos realizados por Carlsson y Lindqvist en cuanto al mecanismo de acción de los neurolépticos, abrieron las puertas de la investigación sobre la esquizofrenia y su tratamiento. Desde ese entonces a la fecha la investigación sobre esquizofrenia ha dado

pasos gigantescos. Los aspectos neurobioquímicos, neurofisiológicos, neuropatológicos y clínicos han propuesto nuevos modelos del trastorno y con ello un concepto de esquizofrenia más complejo, pero a su vez más útil para la psiquiatría actual.

Muchos factores han contribuido a reducir de manera significativa el tiempo medio de ingreso psiquiátrico de los pacientes esquizofrénicos, entre otros la aparición de neuroleptica y el desarrollo de alternativas comunitarias a la hospitalización.

En la actualidad, la actitud ante la esquizofrenia es diferente, la posibilidad de identificar factores asociados al trastorno sugiere la realización de prevención primaria y detección temprana, asimismo el gran avance psicofarmacológico con medicamentos cada día más eficaces y con menos efectos secundarios ofrece una mejor calidad de vida del paciente esquizofrénico y de sus familiares.

3.2 Conceptos generales de la esquizofrenia

3.2.1 Definición

En relación con el concepto de esquizofrenia existe la opinión generalizada de que es ésta un trastorno crónico determinado por causas no suficientemente conocidas, pero con un resultado generalmente pronosticado como sombrío.

El concepto de Esquizofrenia se ha asociado tradicionalmente a un trastorno crónico del pensamiento y los sentimientos, en el cual un comienzo insidioso, determinadas características de la personalidad premorbida y la presencia de los rasgos fundamentales descritos por Kraepelin y Bleuler definen la entidad clínica, permitiendo que los síntomas accesorios diferencien determinados subtipos de la enfermedad.

El carácter crónico atribuido a la Esquizofrenia, determinado por factores endógenos, así como una moderada o inexistente modificación del cuadro clínico frente a los diferentes procedimientos terapéuticos a largo plazo, configura el cliché más extendido de esta enfermedad.

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la APA (DSM-IV), se describe a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos. Para el CIE –10, la esquizofrenia presenta uno o dos de los nueve grupos de síntomas propuestos, cuya duración sea mayor a un mes. La esquizofrenia es una desorganización de un nivel previo de funcionamiento que implica múltiples procesos cognoscitivos, características psicóticas durante episodios determinados y tendencia hacia la cronicidad.

3.2.2 Síntomas característicos de la esquizofrenia

Actualmente, se han dividido los síntomas observados en la esquizofrenia en dos grupos, a) los síntomas positivos, que son los que aparecen principalmente en la fase denominada episodio; y b) los síntomas negativos, que aparecen tanto en la fase aguda, como en la fase crónica (interepisodio). Ambos tienen una fisiopatología específica y por tanto la respuesta al tratamiento es diferente. Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones mentales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de estas mismas funciones.

a) Síntomas positivos

Los síntomas positivos están presentes en los episodios agudos y desaparecen o disminuyen considerablemente en los periodos interepisódicos del padecimiento. Estos síntomas están relacionados a la hiperfunción dopaminérgica en ganglios basales y sistema mesolímbico. Incluyen dos dimensiones distintas del trastorno que a su vez pueden estar relacionadas con mecanismos neuronales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la dimensión psicótica y la dimensión desorganizada.

Dentro de los síntomas psicóticos se encuentran las alucinaciones, las ideas delirantes y la desorganización del pensamiento y/o de la conducta. Estos síntomas responden satisfactoriamente en la mayoría de los casos a los medicamentos antagonistas dopaminérgicos (haloperidol) o bien a los antagonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos (risperidona, olanzapina y clozapina).

b) Síntomas negativos

Los síntomas negativos se observan tanto en el episodio como en el periodo interepisódico, sin embargo son más notorios en este último y representan el mayor reto de la psiquiatría en la actualidad, ya que no se ha demostrado la efectividad de los medicamentos sobre estos síntomas. Se menciona que la fisiopatología de los síntomas negativos se caracteriza por una hipofunción dopaminérgica a nivel cortical.

Dentro de los síntomas negativos se observa la restricción como común denominador, restricción afectiva, restricción del pensamiento y del comportamiento. Los síntomas negativos se han dividido en primarios, propios del padecimiento y secundarios,

ocasionados por los medicamentos, principalmente neurolépticos, o bien secundarios a los síntomas positivos.

3.2.3 Tipos clínicos

Los subtipos de la esquizofrenia se han mantenido desde que Kraepelín los unificó en 1899; la catatonía y la paranoide sin sufrir ninguna modificación, mientras que la hebefrénica, ha sido llamada actualmente desorganizada por el DSM-IV. En cuanto a la esquizofrenia simple propuesta por Bleuler en 1911, desapareció para el DSM-III-R, no así en el CIE-10 que continúa contemplándola.

La esquizofrenia que presenta características tanto de un subtipo como de otro, ha sido denominada como indiferenciada, mientras que el CIE-10 contempla a la depresión post-esquizofrénica dentro de los subtipos. La clasificación de la esquizofrenia en subtipos ha sido de utilidad clínica, principalmente en lo que se refiere al tratamiento y al pronóstico de la enfermedad.

La esquizofrenia residual es un subtipo contemplado tanto por el DSM-IV, como por el CIE-10, pero que genera confusión en gran parte de los psiquiatras, por lo que es generalmente clasificada más que como un subtipo, como una forma de evolución del padecimiento.

Existen otros intentos de clasificación que no han podido desplazar a la realizada por Kraepelín hace más de 100 años. Sin embargo, la clasificación de Crow en 1980, agrupa

dos subtipos de acuerdo al predominio de la sintomatología: tipo I, en el que predominan los síntomas positivos y el tipo II, con predominio de los síntomas negativos; se añade el tipo III para la presentación mixta.

3.3 Evolución de la esquizofrenia

Dentro de la evolución de la esquizofrenia podemos identificar tres situaciones: el episodio único, el episódico y la evolución continua con deterioro grave. En cualquier caso, se trata de pacientes que utilizan los servicios de salud de modo intenso y prolongado.

3.3.1. Esquizofrenia con un episodio único

Un episodio único es raro, representa el 10% de la evolución de los pacientes con esquizofrenia. Para considerarse esta evolución debe descartarse que se haya tratado de un trastorno esquizofreniforme, o sea que el padecimiento haya tenido una duración menor a seis meses. Por otro lado, el periodo de observación debe ser mayor a un año.

Existen dos posibilidades que pueden observarse en un paciente con un episodio único; que éste haya remitido totalmente y no existan síntomas residuales (la menor de las ocasiones), o que la remisión haya sido parcial y se observe sintomatología negativa o positiva atenuada.

El primer caso es tan remoto que cuando llega a suceder, el clínico debe revisar el diagnóstico y pensar que posiblemente se haya tratado de un episodio afectivo. El

pronóstico del episodio único en la esquizofrenia está determinado por la ausencia o presencia de la sintomatología residual.

3.3.2. Esquizofrenia con evolución episódica

El tipo de evolución más observado en la esquizofrenia es la episódica, se estima que el 50 a 60% de los pacientes presentan esta evolución. El paciente se puede encontrar en un episodio o bien en un periodo interepisódico, siendo este último el que reflejará el pronóstico del paciente.

Mientras el episodio se caracteriza por la presencia de dos o más síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, etc.), el periodo interepisódico se caracteriza principalmente por los síntomas negativos. El comportamiento del periodo interepisódico está directamente vinculado al pronóstico del padecimiento. De esta manera se puede observar un periodo interepisódico caracterizado por la presencia de síntomas residuales (negativos y positivos atenuados) y un periodo interepisódico sin la presencia de síntomas residuales, donde este último presenta un mejor pronóstico al anterior, independientemente de la fase episódica de cada uno.

3.3.3 Esquizofrenia con evolución continúa.

Aproximadamente, entre un 10 a 15% de los pacientes con esquizofrenia presentan un curso continuo, es decir la perpetuidad de los síntomas positivos a pesar de estar bajo diferentes esquemas de tratamiento. A estos pacientes se les ha denominado refractarios o que no responden a diversos tipos de tratamiento.

Se han identificado como factores de riesgo para presentar esta evolución el sexo masculino, la edad temprana de inicio, el subtipo desorganizado, alteraciones neuropsicológicas determinadas, antecedentes genéticos del padecimiento y anormalidades estructurales cerebrales. De hecho estos pacientes son los que ocasionan una gran disfunción social, ya que la mayoría son abandonados por sus familiares y requieren de una estancia hospitalaria para toda la vida, por la incapacidad que el padecimiento genera.

3.4 Factores asociados con el trastorno

La investigación del último medio siglo acerca del origen del trastorno coincide en señalar diversos factores biológicos, sociales asociados a la esquizofrenia, como posibles responsables de su causa.

3.4.1 Factores biológicos

Los factores biológicos se dividen en genéticos y ambientales.

a) Factores genéticos

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia, el factor de mayor peso es el genético; aunque se desconoce el mecanismo de transmisión, la mayoría de los expertos en la materia han señalado a la esquizofrenia como un modelo poligénico y multifactorial. De ahí que los parientes de primero y segundo grado tienen un mayor riesgo de desarrollar el trastorno, que se incrementa si presentan uno o más de los factores ambientales señalados anteriormente.

Por lo tanto, los grupos de mayor riesgo para presentar esquizofrenia son los familiares de pacientes con esquizofrenia y que tuvieron alteraciones pre y perinatales.

Adicionalmente existen estudios que sugieren que los habitantes de las comunidades urbanas con nivel socioeconómico bajo y los hijos de inmigrantes pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento. El género no es un factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno, pero diversos estudios han señalado que el hombre presenta un inicio más temprano del padecimiento y un peor pronóstico.

Los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de sufrirla. El riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco. El riesgo aumenta desde el 1% esperado en la población general hasta el 35-48 % en caso de tener un hermano gemelo monocigoto o ser hijo de ambos padres esquizofrénicos. Esto queda confirmado por los estudios de adopción, pues, independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos, su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de su cercanía genética con sus padres biológicos.

El estudio de Gottesman, que es actualmente del consenso general, establece el riesgo de sufrir el padecimiento de acuerdo con el parentesco que se tenga con un paciente esquizofrénico.

A pesar de que la evidencia epidemiológica está a favor del factor genético como una de las causas de esquizofrenia, aún no se ha detectado un cromosoma o gen responsable, ni un tipo de transmisión determinada. Por lo que se ha llegado a la conclusión que la

esquizofrenia es una enfermedad poligenética y multifactorial. Al respecto de lo anterior, véase a continuación el cuadro No.1:

Cuadro 1

Riesgo genético en esquizofrenia Familiar con esquizofrenia	Riesgo de padecer la enfermedad
Gemelo monocigótico	48%
Gemelo dicigótico	18%
Ambos padres	35%
Un padre	12%
Hermano	12%
Tíos o primos	4%
Población general	1%

Fuente: Jones P. Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North Am. 1998, 21: 1-25.

b) Factores biológico - ambientales

De los diversos estudios que se han realizado al respecto, se sabe que existen factores biológicos - ambientales más frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia que en las personas normales (controles); en primer lugar se propone al traumatismo obstétrico (TO) como uno de estos factores, de hecho, el que un niño presente TO eleva el riesgo de presentar esquizofrenia de 4 a 6 veces más.

El trauma obstétrico conlleva en la mayoría de los casos a la hipoxia neonatal, lo que ocasiona un daño en la formación del tálamo y el hipocampo, que años más tarde se manifestará con sintomatología característica de la esquizofrenia.

Otro factor biológico - ambiental que se ha relacionado con la esquizofrenia es la infección viral prenatal; los virus más involucrados son el de la influenza y el citomegalovirus; diversos estudios han señalado que la infección viral prenatal aumenta el riesgo de esquizofrenia al doble de lo que se observa en la población general.

Otros factores ambientales biológicos asociados, aunque menos estudiados y determinados, son la desnutrición prenatal, la incompatibilidad a RH o a grupo sanguíneo y la exposición a sustancias tóxicas en la etapa perinatal. Al respecto de lo anterior véase el siguiente cuadro:

Cuadro 2

Factores de riesgo biológico ambiental y Esquizofrenia Situación biológico-ambiental	Riesgo
Preclampsia	9%
Trauma obstétrico	7%
Incompatibilidad Rh o grupo	3%
Desnutrición (2do. Trimestre)	2%
Infección viral materna (2do trimestre)	2%

Fuente: Jones P. Cannon M. The new epidemiology of schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North Am. 1998, 21: 1-25.

3.4.2 Factores psicosociales

La mayoría de los estudios al respecto coinciden en que si bien el estrés social puede desencadenar un episodio psicótico, el ambiente social ha sido descartado como

etiología de la esquizofrenia. Los estudios de adopción han sido uno de los modelos que han respaldado esta tesis. Por muchos años la idea de que el trato de la madre al producto era el responsable de la esquizofrenia ocasionó una mayor desintegración familiar, y llevó a pensar en el mecanismo de la madre como única responsable en lo referente al paciente con esquizofrenia. Actualmente esta idea ha quedado desechada.

Actualmente, diversos estudios han destacado que las familias con niveles altos de emoción expresada (EE) aumentan el número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia.

A partir del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS, iniciado en 1968 y reportado de 1973 en adelante, se acepta que la frecuencia de la esquizofrenia es de 1 % de la población (Salomon 1976, citado por Zoch, 2004). Esto quedó confirmado con investigaciones ulteriores como la del Condado de Monroe, en el estado de Nueva York, USA y la investigación binacional USA/UK, realizada en Estados Unidos y la Gran Bretaña. Sin embargo un estudio más reciente (1992), el National Comorbidity Survey, en Estados Unidos, confirmó la impresión generalizada de que la esquizofrenia podía haber sido sobrediagnosticada y que se esperaba una cifra un poco menor: entre 0.5 y 0.7 % de la población entre los 15 y 54 años de edad.

Cabe destacar, que en la diferente literatura que se revisó, no hay una diferencia significativa en la prevalencia por género; sin embargo, un hallazgo frecuente en los estudios de surgimiento, inclusive reportado por Kraepelin en 1909, es que el inicio de la enfermedad es más temprana en hombres que en mujeres. La edad de inicio del

padecimiento en hombres es de 15 a 25 años, mientras que en las mujeres se observa entre los 25 y los 35 años. Es consenso general que el hombre tiene una peor evolución con tendencia a mayor número de episodios psicóticos.

Hace unos años existía la impresión de que la esquizofrenia se distribuía en forma homogénea en países desarrollados y subdesarrollados, sin embargo, se observa en la actualidad una declinación del trastorno en los países industrializados en las últimas dos décadas. En estas naciones, la esquizofrenia se observa más comúnmente en los grupos de nivel socioeconómico bajo. Desde 1939 (Faris y Dunham) se encontró que la mayor prevalencia de la enfermedad se observaba en las áreas marginadas de los Estados Unidos. Así, de 7 a 9 por 1,000 (0.9 %) en distritos marginados, la prevalencia disminuía a 2.5 por 1,000 (.25%) en las áreas más prósperas. Estos resultados se replicaron en la mayoría de los estudios, incluyendo el ya referido de la OMS. Por otro lado, la mayoría de los estudios concuerdan en que la prevalencia de la esquizofrenia es mayor en las zonas urbanas que en las regiones rurales en una proporción de 2: 1. La incidencia (número de casos nuevos que aparecen en un determinado periodo de tiempo) varía entre 0.3 a 1.2 por mil habitantes, por año. Zoch (2004).

En cuanto al estado civil, se nota que en las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con el diagnóstico de esquizofrenia existe un alto porcentaje de solteros, separados, divorciados o viudos.

Se considera que debido a la enfermedad, que implica dificultad en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y

obligaciones propias del matrimonio, se presentan con mayor frecuencia separaciones y divorcios.

Si se toma en cuenta la condición socio-económica, se observa que la esquizofrenia se presenta con más frecuencia en miembros de las clases socioeconómicas bajas, mientras que el trastorno maniaco-depresivo lo hace en las altas. Este hallazgo se puede explicar por dos hipótesis: a) las dificultades económicas y sociales de las clases bajas favorecen la aparición del trastorno en un individuo genéticamente predispuesto a ella y b) la esquizofrenia es más frecuente en familias y por la naturaleza desorganizante e improductiva de la misma, se van perdiendo recursos económicos e intelectuales que hacen que vayan cayendo en una pobreza cada vez mayor. Zoch (2004)

Otro factor social que influye en los índices es la migración de la gente, que hace que ésta se reubique en otras culturas a las que no están acostumbrados generándose gran cantidad de estrés que puede conducir a la aparición de los síntomas del trastorno.

En la evolución a largo plazo de la enfermedad, la influencia de los factores psicosociales o estresores ambientales parecen jugar un rol fundamental. La más alta prevalencia de la Esquizofrenia en las clases socioeconómicas más bajas ha sido un hallazgo consistente en los estudios realizados en Europa y América del Norte. Menciona el autor que suponiendo que esta diferencia es real y no un artefacto del muestreo o del sistema de valoración, podría explicarse o por una mayor vulnerabilidad genética, o por influencias ambientales o por ambas causas existentes en las capas socioeconómicas más bajas de la población.

Por otra parte, los estudios recientes hacen mayor énfasis en los importantes efectos de las condiciones y actitudes sociales en el curso y tasa de recaídas de los pacientes esquizofrénicos, más bien que en su etiología, Brown y Birley (1968) señalan que los pacientes que refieren acontecimientos vitales en las tres semanas anteriores al episodio agudo del trastorno, es más probable que provenga de hogares con altos niveles de tensión crónica; considerando de que la tensión del hogar pueda, en algún modo, ocasionar más sucesos independientes.

Es entonces, que parece razonable suponer que la red social de la persona esquizofrénica, y especialmente el medio intrafamiliar, es probable el lugar crítico para variables intervinientes que ayuda a explicar la resistencia al enfrentarse con los acontecimientos vitales, propuesto por Schwarts y Myers (1977).

Es importante recalcar que según la bibliografía consultada coinciden en admitir que determinados ambientes en el hogar, lugar de trabajo o instituciones terapéuticas, han demostrado estar correlacionados con elevadas tasas de recaídas en la Esquizofrenia, y especial importancia tiene el ambiente familiar. Aunque según expone Linn, Klett y Caffey (1980), no existe evidencia de que la interacción familiar cause la Esquizofrenia, sin embargo, se admite, que la intensa expresión emocional y la complejidad de la comunicación desempeñan un papel decisivo en el mantenimiento de la enfermedad.

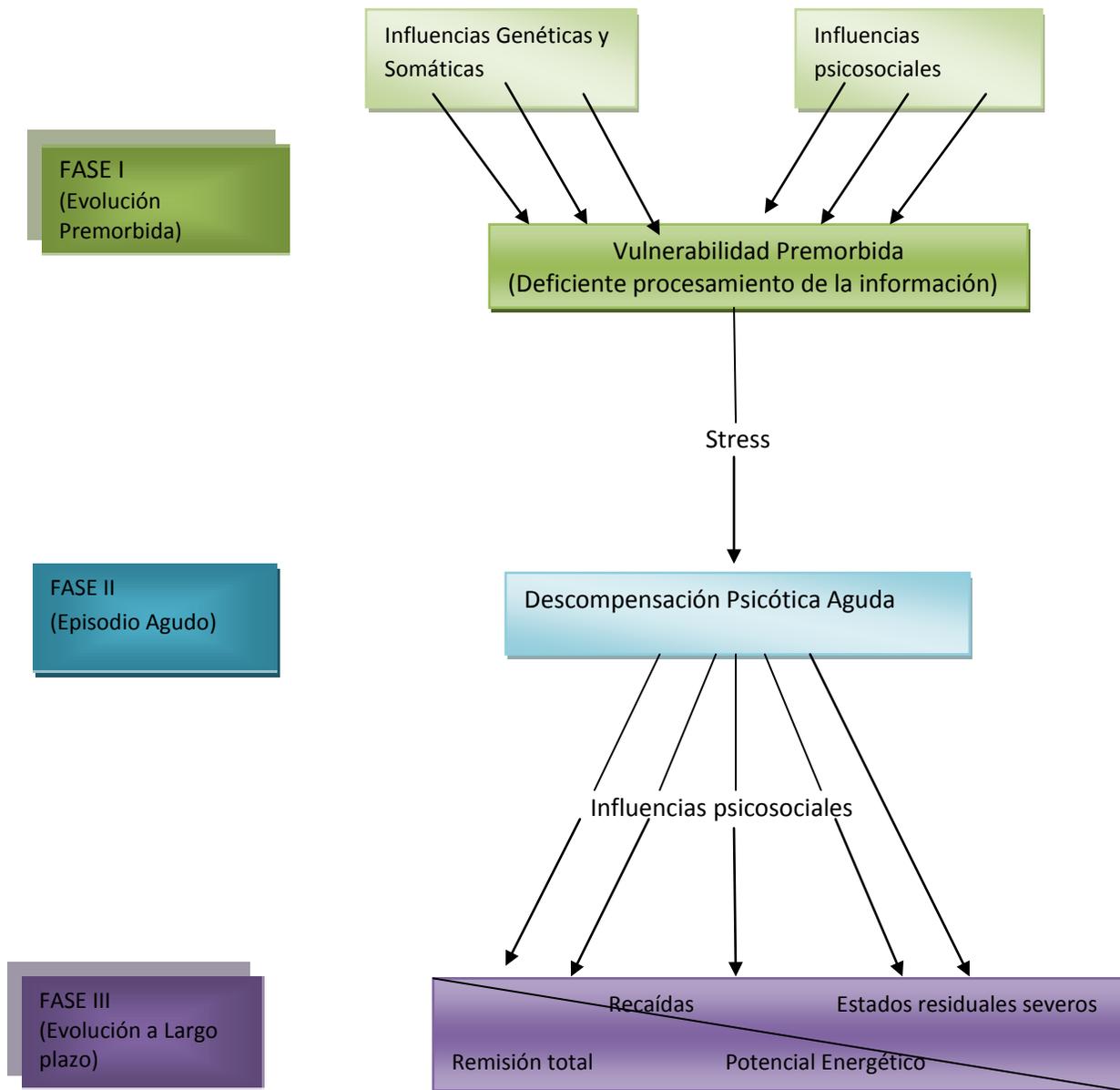
La investigaciones en torno a lo anteriormente mencionado han demostrado la enorme influencia que ejerce sobre el paciente esquizofrénico la Expresión Emocional de los familiares más allegados Brown, Birley y Wing (1972), definiendo la expresión emocional, como un conjunto de actitudes de crítica, hostilidad e intolerancia con respecto a los

síntomas o sobre implicación emocional, manifestados hacia el paciente y valorados mediante una entrevista semiestructurada. Vaughn y Leff, (1976).

Los hallazgos sobre las reacciones de las familias en personas con Esquizofrenia, permiten explicar la conducta de aislamiento, que con frecuencia se observa en los esquizofrénicos, como un mecanismo protector ante la tensión ambiental. La tendencia a la evitación de la interacción social es una característica de los pacientes que se relacionan con familias de alta expresión emocional, Kuipers et al (1983). Importante recalcar que el grado de tensión familiar puede variar de acuerdo con el medio cultural. El contacto con familiares de alta expresión emocional predispone a la persona con trastorno esquizofrénico a las recaídas, independientemente del medio cultural. Sin embargo, resulta interesante, lo señalado por Wing (1978) “en los países subdesarrollados la esquizofrenia parece ser más benigna”. Según su opinión, “en estos países, la mayoría de las familias muestran bajos niveles de expresión emocional y por tanto, son menos críticos y más tolerantes hacia sus parientes esquizofrénicos”.

Con todo lo anterior y tomando en cuenta la bibliografía consultada, se puede afirmar que a las condiciones en las que se desenvuelve la persona con esquizofrenia, los factores de vulnerabilidad personal y estresores ambientales, interactúan para dar lugar al comienzo y curso episódico o continuo del trastorno mental el cual se puede explicar con el modelo causal múltiple descrito por Ciompi (1983), representado en el siguiente esquema:

MODELO CAUSAL DE LA ESQUIZOFRENIA (Adaptado por Ciompi 1983).



El modelo se establece por medio de tres fases inducidas por diferentes conjuntos de causas. En la fase premorbida, la combinación de los factores biológicos y sociales preparan el terreno de una vulnerabilidad caracterizada por la hipersensibilidad y disminución de la capacidad para procesar la información compleja.

En la fase II el sistema defensivo se desequilibra como consecuencia de una relativa saturación de estímulos y demandas que abruman al paciente generando con ello un creciente estrés, hasta que los complejos cambios bioquímicos y los procesos psicosociales conducen en círculo vicioso a la aparición de los síntomas esquizofrénicos.

La fase III implica la evolución, a largo plazo con gran diversidad de resultados que dependerán de las influencias psicosociales y de las capacidades de enfrentamiento preexistentes en el paciente y no deterioradas. La persistencia de los síntomas o evolución del trastorno hacia un estado de deterioro conductual, son fenómenos de difícil explicación.

Por ende, resulta razonable, que ello se deba a un debilitamiento de las capacidades defensivas del paciente hacia el estrés, por carecer de habilidades de enfrentamiento en su personalidad premorbida; a la persistencia de estímulos estresores ambientales crónicos y agudos de baja intensidad pero constantes, que acentúan la vulnerabilidad del sujeto, y a factores producidos por una prolongada hospitalización.

La influencia negativa de la hospitalización prolongada, permite pensar que en el concepto de “esquizofrenia crónica”.

3.5 Antecedentes históricos de la Rehabilitación

Benedetto Saraceno (2003), en su libro “La liberación de los pacientes psiquiátricos”, expone que hasta hace aproximadamente 10 años, la noción de rehabilitación entró a formar parte del discurso psiquiátrico. Desde entonces, ha recibido la atención relevante por parte de los profesionales de salud mental y ha sido reconocida como una subdisciplina de la psiquiatría.

A raíz de esto, han aparecido diversas propuestas teóricas sobre rehabilitación, y con ellas se han multiplicado una gama de estudios e intercambio que caracterizan a la comunidad médica (congresos, seminarios, cursos de formación etc.), con el objetivo común de rehabilitar a los pacientes con trastorno mental.

Recurrir con frecuencia a la bien conocida noción de lo bio-psico-social da testimonio de este paralelismo, donde lo que no es explicado con lo bio es explicado con lo psico o lo social, es así, una suerte de ilusión que, al invocar la complejidad, mitiga la incomodidad de la ignorancia y de la impotencia terapéutica. De hecho, a la riqueza de los modelos y de las subdisciplinas no corresponde la misma riqueza en las respuestas ofrecidas a las necesidades de los pacientes.

La condición real del común denominador de los pacientes con trastorno mental, hospitalizados o no, es penosamente similar en todos los países: existe violencia y falta de recursos en las instituciones psiquiátricas, abandono, y una respuesta farmacológica contundente para los pacientes considerados ambulatorios, que a la larga mejoran, empeoran, o quedan estancados, según el plazo de las tecnologías empleadas.

La psiquiatría institucional es perpetuada y autorreproducida intuyendo sus propia insuficiencia terapéutica Saraceno (2003), enriqueciéndola con fragmentos de conocimientos provenientes de diversas disciplinas.

El peso relativo de las tecnologías terapéuticas específicas parece influir en menor grado en el desarrollo de los trastornos, y parece estar más relacionado con las variables intrínsecas del paciente (en el micro y el macro contexto) siempre y cuando en el contexto sean incluidas también las estrategias asistenciales de los servicios antepuestos.

Por supuesto, debemos considerar las diferencias relevantes entre los países que tienen una alta tecnología sanitaria y los que tienen una baja tecnología. Saraceno (2003), afirma que si la aparición de la Esquizofrenia estuviera estrechamente relacionada con un trauma aparecido durante el parto o periodo neonatal, sería razonable esperar mayor incidencia en los países más pobres debido a que los partos en algunos casos son realizados por parteras y por lo tanto los neonatos reciben menos asistencia.

Así mismo, si el tratamiento farmacológico tuviera mayor contundencia en la evolución de la psicosis, se debería esperar que la prevalencia de este trastorno mental fuera menor en los lugares donde los tratamientos farmacológicos son más complejos. Pero no es así. Por tanto los adelantos tecnológicos de las instituciones disciplinarias o los sistemas de curación más avanzados no modifican la evolución de los trastornos mentales, aunque es indudable que pueden modificar su curso.

Todo lo anterior se puede observar en el creciente interés por la rehabilitación del paciente con trastorno mental. Y la razón de este interés no es tanto por investigar la transformación teórica de la esquizofrenia o en las técnicas utilizadas actualmente de tratamiento, “sino los cambios que tienen que ver con las dinámicas sociales, culturales y económicas que han influido en la condición de los pacientes psiquiátricos que los “descubrimientos” de la psiquiatría”. Saraceno (2003).

A continuación, se presentan tres razones que llaman el interés de la comunidad psiquiátrica por el tema de la rehabilitación.

1. A partir de los años sesenta se disminuye la población interna de pacientes en los hospitales psiquiátricos. Los motivos son complejos y no hay una causa que lo justifique.

En relación con lo anterior, es importante señalar que a principios de los años setenta hubo una reducción de pacientes internos italianos. Este fenómeno fue producto de los efectos del movimiento de crítica a las instituciones psiquiátricas iniciado en Gorizia en la misma década por Franco Basaglia. Movimiento difundido durante los siguientes años en diversas partes de Italia (Trieste, Parma, Arezzo, Ferrara, Perugia) y anexado a las leyes de reforma de 1978.

Desde entonces, a partir de la década de los sesentas, la percepción de las personas con trastornos mentales y las condiciones han mejorado debido a diversos factores históricos como lo son: los movimientos ideológicos de la época, que han transformado las formas de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y psicológico en cierta medida, más eficaces debido a los diversas intervenciones terapéuticas donde se toman en cuenta los factores familiares sociales y culturales del enfermo mental.

Así mismo, la disminución desde 1955 a 1985 de 80% de la población de los manicomios en Estados Unidos (Bacharch, 1983, mencionado por Saraceno (2003), tiene por el contrario antecedentes muy diferentes. En parte, por consecuencia de los movimientos pro de los derechos civiles de los pacientes internos en los manicomios, que caracterizaron la realidad Estadounidense en esos años y por otro lado, a las políticas sanitarias que tenían por objetivo la reducción del presupuesto de los hospitales psiquiátricos. (Wagner, 1986).

La disminución de los internos en Inglaterra es un fenómeno reciente en el que la razón principal es más enfocada a lo económico (el racionamiento del gasto, que considera más conveniente, la asignación de recursos para instalaciones terapéuticas hospitalarias), y una razón más técnica como la afirmación de que los hospitales psiquiátricos son lugares de baja productividad terapéutica.

En resumen, y según afirma De Girolamo:

“En los últimos veinte años se han observado a nivel internacional cambios dramáticos en el ámbito de la psiquiatría comunitaria pública. Se ha producido en la mayor parte de los países de Europa, Australia y América del Norte una tendencia a la desinstitucionalización, que ha implicado un intenso redimensionamiento de las instituciones manicomiales”. (De Girolamo, 1989).

El objetivo real no es la desinstitucionalización de los pacientes, (asumiendo que este proceso consiste en superar las condiciones de dependencia de los paciente psiquiátricos de las instituciones hospitalarias y todo lo que ello conlleva) sino, deshospitalizarlos, transfiriendo a los pacientes del abandono manicomial al abandono extramanicomial.

Por ende, el interés principal por la rehabilitación es mejorar la calidad de la asistencia, de los pacientes, la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración al medio, ofrecerle una alternativa a la soledad cotidiana y coadyuvar en las intervenciones terapéuticas o farmacológicas.

2. Responder a las exigencias de los pacientes hospitalizados y no hospitalizados constituye una de las nuevas necesidades de rehabilitación. El que exista una necesidad rehabilitadora se debe a diversos factores atribuidos a una defensa mal definida de los derechos de los pacientes psiquiátricos que se encuentran en instituciones; la conciencia creciente de los derechos de los internos, concierne a médicos, psicólogos, administradores, políticos, familiares y los pacientes mismos.

Durante los últimos veinte años se ha observado, sobre todo en los países industrializados, un crecimiento de la defensa de los pacientes con trastorno mental. De acuerdo con Sacareno, y su libro: *“La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible.”* (2003), este crecimiento se debe a la convergencia de diversas motivaciones tales como la presencia de un mayor respeto a los derechos de las fracciones de la población, reconocidas como débiles, por padecer un trastorno mental. También se hace evidente, que el aumento de la tolerancia, depende también de las luchas ocurridas a fin de aumentar los derechos y volver dinámicos los fenómenos de inclusión/exclusión.

Este fenómeno de deshospitalización y el aumento de los derechos de los enfermos mentales constituyen, así, dos factores determinantes en la instauración de una necesidad de rehabilitar (es decir, la respuesta a necesidades y derechos antes ocultos tras la internalización).

Es importante señalar que la comunidad psiquiátrica ha contribuido a determinar estos fenómenos (movimientos de crítica a la institución psiquiátrica), pero estas contribuciones están limitadas geográficamente a ciertos países como lo son: Italia, Inglaterra, países del Norte de Europa, Australia y Brasil.

3.6 Conceptos de rehabilitación psicosocial

De acuerdo con diversas investigaciones consultadas, se han observado distintas definiciones con respecto a la Rehabilitación Psicosocial, pero todas ellas destacan los siguientes puntos, que concretan las acciones del tema:

- ✚ Promueve la integración de la persona en su entorno natural.
- ✚ Se apoyan en una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos: derecho al estudio, trabajo, ocio, vivienda, vacaciones, independencia familiar, posición económica que le posibilite un medio de vida
- ✚ Atienden al principio de la Autonomía e independencia de la persona
- ✚ Se orienta hacia el principio de Normalización, desarrollando pautas de vida lo más normales posible. Rodríguez (2001)
- ✚ Refieren intervenciones a largo plazo, considerándose la Rehabilitación Psicosocial como un proceso.
- ✚ Implican una actitud positiva acerca de las posibilidades, destrezas y potencialidades del individuo
- ✚ Dan importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a su implicación activa en el proceso, promoviendo la autodeterminación de la persona.
- ✚ Aluden a la intervención no solo sobre las habilidades de una persona, sino también sobre el medio específico en el que vive.
- ✚ 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

- ✚ Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
- ✚ Asesorar y apoyar a las familias de los enfermos crónicos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les presentan e incidir positivamente en el proceso rehabilitación y ajuste social de sus familiares

Sin embargo, agrega Franco (2011), en algunos centros e instituciones muy fácilmente se cae en el error de confundir los objetivos de la rehabilitación. Entre ellas cita las siguientes:

- a) **“No puede ser entendida como asistencia en el entorno comunitario”**. Ya que la rehabilitación la definen los métodos, y no el lugar donde se hace. Lo que significa que hacer la intervención en el entorno no garantiza que se esté haciendo rehabilitación.
- b) **“No se puede identificar rehabilitación con la eliminación de síntomas o conductas problemáticas”**. El profesional debe tener identificados los objetivos que persigue, que deberán ir dirigidos más a la integración psicosocial que a la reducción de síntomas en personas con una psicopatología crónica.
- c) **“Considerar la rehabilitación psicosocial como sinónimo de entrenamiento en habilidades”**. Esto, porque de lugar a no considerar la intervención como un proceso que se dirige a la generalización de las adquisiciones.

- d) **“No distinguir entre el punto final de una rehabilitación exitosa, que puede ser la reubicación de la persona en la Comunidad, y el proceso de rehabilitación, que implica la mejora de los niveles de socialización”**. Ya que existe cierta tendencia a intentar la rehabilitación solo de aquellos pacientes que pudieran ser reubicados, o bien llevar a cabo dicha reubicación sin rehabilitación previa. Por tal razón hay que tomar en cuenta, que, no toda intervención de rehabilitación psicosocial va a lograr el éxito esperado, ya que se debe tomar en cuenta, las condiciones de la persona y su enfermedad, lo que puede interferir en que los objetivos no se alcancen, pero no se debe de insistir sobre la necesidad de la aplicación de la terapia.

En cuanto al trabajo clínico en las intervenciones psicosociales se pretende reducir el impacto que tiene en la vida de la persona tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener la persona y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir las recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familias, (Lieberman, Muesser,1990).

Así, Florit, (2007), Coordinador Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial. (Hermanas Hospitalarias, Madrid), refiere que la intervención debe enfocarse en potenciar las fortalezas de los usuarios afrontando los déficit de la persona y desarrollando una intervención sobre el propio entorno. Reintegrándola a la comunidad

y mejorando su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. Rodríguez, (1997).

La normalización de las personas con esquizofrenia no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario); lo que se pretende es ofrecer oportunidades y apoyo para permitir a estas personas un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad.

Todo lo anterior implica, una individualización del proceso, la participación activa por parte de la persona y una actitud de esperanza, por parte del profesional. En este sentido, tal y como se indica en el Documento de Consenso sobre Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave (IMSERSO, 1993), la rehabilitación psicosocial debe contemplarse como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del Trastorno Mental Grave

3.7 La Reforma psiquiátrica y desarrollo del modelo de Rehabilitación Psicosocial

Las personas con trastornos mentales crónicas entre ellas la Esquizofrenia, han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de los pacientes con esta enfermedad, se organizaba en torno al internamiento durante largos periodos de tiempo e incluso de por vida en instituciones psiquiátricas.

Estas instituciones u hospitales psiquiátricos generalmente localizados fuera del área central de las ciudades se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una asistencia asilar y custodial. Gisbert (2002). La asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internos eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por tal razón, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de carnificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. (Gisbert, 2002).

El desarrollo de los procesos de la Reforma Psiquiátrica² constituye el principal elemento en el que se concentra y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población con trastornos mentales severas. Las políticas de la Reforma Psiquiátrica puesta en marcha en los años sesenta y setenta en la mayor parte de los países desarrollados (Estados Unidos, Francia, Italia, Inglaterra) y en España a lo largo de los años ochentas, plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando atender los problemas de salud mental dentro de un entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización. (Desviat, 1995).

3.8 Aspectos generales en el manejo de la esquizofrenia

En la esquizofrenia se presentan problemas muy complejos, que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan, otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

Aunque de alguna manera se comparten problemas más o menos comunes, estos se concretan en cada individuo, encada persona, de un modo particular e individualizado en

² Ver al respecto el Anexo No.2: La Reforma Psiquiátrica: principios básicos.

función de la interacción de múltiples factores, biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y vida de cada persona y en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía a lo largo de un “continuum dentro de este colectivo”, desde situaciones de completa remisión sintomatológica a un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal harán necesarios una atención intensa y una supervisión constante, e incluyendo a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Así, los elementos comunes que presentan las personas con esquizofrenia puede resumirse en:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse automáticamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo, que en muchos casos se limitan solo a su familia y a situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y sociales.

- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación AEN, Gisbert (2002:11,12))

En todo paciente ha de realizarse un estudio diagnóstico completo que incluya los siguientes aspectos:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar
- Examen del estado mental
- Evaluación física que incluya exploración neurológica cuando esté indicada.
- Exploraciones complementarias necesarias: En un paciente que presente una primera crisis: análisis de laboratorio básicos, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.
- En función de las circunstancias de cada paciente: test de embarazo, electrocardiograma, TAC o resonancia magnética, EEG.
- Estudios neuropsicológicos y psicometría general.
- Tratamiento específico por uso de alcohol u otras drogas.
- Valoración del riesgo de auto o hetero-agresión (acceso a medios con finalidad suicida u homicida).
- Evaluación de la presencia de alucinaciones de contenido imperativo.

Para el diagnóstico se emplean tanto los criterios del DSM-IV-TR como los del CIE-10³

³ Ver al respecto el Anexo No.1

Además los síntomas de la esquizofrenia se agrupan en tres tipos de categorías:

- Síntomas positivos: delirios y alucinaciones.
- Síntomas negativos: Afecto aplanado, alogia, abulia/apatía y dificultades de atención.
- Desorganización: habla desorganizada (trastornos del pensamiento), conducta desorganizada y falta de atención.

Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, las relaciones con los otros y los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para llevar una vida normal.

3.9 Rehabilitación psicosocial en personas con trastorno mental

La situación actual muestra a la persona que padece un trastorno mental crónico con dependencia familiar y administrativa. Su condición y su enfermedad los lleva a depender económicamente de su familia y en algunos casos de una pensión no contributiva que con costos les permite cubrir sus necesidades básicas. Además, las dificultades cognitivas y de habilidades relacionales les dificulta la participación social activa en áreas como el ocio, relaciones afectivas, interpersonales y otros. (Franco, 2011).

Todo lo anterior constituye un ejemplo de la necesidad de considerar que la intervención en el trastorno mental va más allá de la atención sanitaria y supresión de la psicopatología, y ha de dirigirse a lograr también el funcionamiento psicosocial autónomo y la integración social y laboral normalizada.

Por lo tanto, se hace necesario buscar, además de un seguimiento clínico que establezca los síntomas, una seguridad económica a través de un empleo, como medio de lograr la participación social, con algunas posibilidades económicas que faciliten la reintegración a la comunidad de la que forma parte. De esta manera se constituye el empleo como parte importante de la intervención terapéutica dirigida a la integración social.

Una de las formas para lidiar con las dificultades es la Rehabilitación psicosocial, la cual se define como “un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos crónicos, adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida” Franco, (2011:6)

Por consiguiente, continúan resaltando Franco (2001), es mucho más que un conjunto de técnicas con un determinado fin. Es una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con trastornos mentales, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente con estar enfermo, es tan importante como el control de los síntomas. Además toma en cuenta factores que tienen que ver con la adaptación social del individuo, y su patología con el objetivo inicial a una integración social.

Distinguir entre síntomas y funcionamiento social es de vital importancia para comprender la naturaleza de la rehabilitación, y es importante la independencia entre ambos. En otras

palabras es posible lograr una mejoría sintomática aunque la persona siga discapacitada socialmente y viceversa. Pero la reducción en la psicopatología en la persona con esquizofrenia no es suficiente para lograr superar o compensar la discapacidad que produce el trastorno mental.

Por tanto, la intervención sicosocial, aclara Franco (2002) no debe ser considerada como una alternativa al modelo u objetivo clínico tradicional dirigido a la supresión del síntoma, sino, que debe entenderse como un complemento integrador del modelo.

CAPITULO IV
DESARROLLO

4.1 NECESIDADES PSICOSOCIALES Y PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Como menciona Aburrea (2000), el incremento de la necesidad de ayuda de determinados colectivos constituye uno de los problemas prioritarios al que deben enfrentar las políticas sociales de todos los países, incluido el nuestro. Por ende, se podría afirmar que la existencia de patologías crónicas y deteriorantes generan un uso mayor y prolongado de servicios sanitarios y sociales.

No obstante, esta demanda de servicios no puede asociarse directamente con el tema de las prestaciones sanitarias o sociales, ya que se conjugan necesidades de alojamiento, supervisión de la vida cotidiana, desarrollo personal e integración social y aspectos relacionados con la atención sanitaria.

La atención a las personas con trastornos mentales en Costa Rica comienza a finales del siglo XIX con la inauguración del *Hospicio Nacional de Locos*, fundado el 04 de mayo de 1890 en San José. Posteriormente, durante la década de los cincuentas, se realizan reformas en la atención y funcionamiento de esta institución y se clasifican y ubican a las personas internadas de acuerdo con el tipo de patología y tiempo de estancia. En 1961, la junta de Protección Social aprueba un reglamento donde se elimina el nombre de Asilo y se le da el nombre de Hospital Nacional Psiquiátrico. (Morice, 1997, mencionado por López *et al*, 2005)

El 15 de setiembre de 1974 se inaugura el nuevo Hospital en Pavas basado en el modelo asilar que con los años ha ido permeando un nuevo modelo orientado a la rehabilitación y a la desinstitucionalización.

Con la puesta en marcha del “Programa Hogares Transitorios” (1974), la creación del “Programa de Hospital Diurno” (1974) y posteriormente el “Programa de Vida Diaria Básica e Instrumental” (1994) se da inicio a los programas de rehabilitación y desinstitucionalización orientados a mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas en algunos pabellones de larga estancia, con una perspectiva de derechos humanos. Para ello se cuenta con la ayuda de la misión italiana a cargo del Dr. Sarraceno, el Dr. Scalfari, entre otros, la cual tenía como objetivo principal capacitar el personal. (López, 2005).

Desde entonces, tras la consolidación del Plan de Salud Mental, el Hospital Nacional Psiquiátrico ha asumido funciones no exclusivamente clínico-sanitarias, sino que ofrece una serie de servicios residenciales, actividades ocupacionales y laborales de ocio a personas que están más rehabilitados.

Asimismo, cabe destacar que se supera la concepción puramente sanitaria para asumir la práctica desde una perspectiva más integradora cuyo eje fundamental radica en el traslado de los cuidados de Salud Mental desde el hospital Psiquiátrico a la comunidad.

Luego del período de desinstitucionalización, se constata la existencia de pacientes enganchados por largo tiempo a los servicios asistenciales ambulatorios; pacientes que,

superadas sus crisis, mantienen síntomas permanentes limitadores de su capacidad de vivir y cuya calidad de vida en la comunidad no es satisfactoria. Estos pacientes presentan cuadros clínicos muy variables, serios déficit de adaptación social, requieren atención sanitaria continuada y atención social intensa, la cual garantice su mantenimiento en la comunidad y con una buena calidad de vida.

Todo lo anterior pone de manifiesto que, a pesar de que existen programas de rehabilitación a pacientes, todavía se presentan algunas debilidades relacionadas con la rehabilitación psico-social. Entre ellas:

- Insuficiencia y falta de adecuación de programas alternativos sanitarios y sociales en la comunidad.
- Persistencia de antiguos enfermos y aparición de “nuevos crónicos”, todos ellos con serias limitaciones y carencias
- Inexistencia de programas definidos de tratamiento de la cronicidad en la comunidad e inexistencia de recursos sociales que favorezcan la integración y el mantenimiento en la comunidad.
- Severas dificultades para desarrollar y ensayar modelos de intervención integrada en los que se coordinen las distintas agencias implicadas en la atención a esta población.

Frente a esta situación, es importante estudiar las necesidades sociales y psicológicas satisfechas o no de los pacientes que acuden a los dispositivos de red de salud mental y

evaluar, por medio de una Escala de Funcionamiento de Apoyo, sus respectivas necesidades con el fin de describir y cuantificar el perfil de los enfermos atendidos

En relación con otras personas que padecen otro tipo de trastornos mentales, las personas que padecen esquizofrenia son la población más desfavorecida de acuerdo con su capacidad de mantenerse incorporadas a dispositivos normalizados de la comunidad, ya que necesitan recursos más tuteladores, protectores y de carácter más específico en el ámbito ocupacional-laboral, residencial, de ocio y de mantenimiento en la comunidad. (Aburrea, 2000)

Las necesidades sociales de estos enfermos se detectan en los primeros años de aparición del trastorno. No obstante, a medida que transcurren los años, se da una variación en el tipo de recursos aconsejables en la cual se aprecia un mayor grado de discapacidad así como la prescripción de recursos cada vez más específicos, con mayor grado de tutela y más alejados de los recursos de mantenimiento proporcionados por la comunidad.

El énfasis en la prevención primaria y secundaria en la atención sanitaria posiblemente incidiría en favorecer menor discapacidad y facilitaría el mantenimiento de estos enfermos en dispositivos más normalizados.

Uno de los mayores retos que enfrenta actualmente la psiquiatría en todos los países es mejorar la calidad de la atención de las personas con enfermedades mentales que la requieran así como incentivar la mayor participación de las familias y la sociedad.

La rehabilitación es un proceso de larga duración que conoce grados y en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades. (Otero, 1992, mencionado por Martínez, 1996). Algunos enfermos logran niveles de funcionamiento similares a los que tenían antes de enfermar, otros mejoran parcialmente, y otros permanecen con discapacidades importantes el resto de su vida (Ferguson, 1992, mencionado por Martínez, 1996).

El eje del proceso de rehabilitación es ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima, mejorar su funcionalidad y suscitar en ellos la esperanza de lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

En países avanzados, como en España, se han ofrecido dos tipos de opciones asistenciales a la población de enfermos mentales crónicos:

1. Externar a las personas recluidas en las grandes instituciones y darles atención en unidades pequeñas, generalmente pisos ordinarios, dispersos en la comunidad, que han sido acondicionadas y que cuentan con el respaldo de hospitales y servicios sociales.
2. Otra opción es la que favorecen algunos expertos como J. Wing (1981), en Inglaterra, y que se denomina centralizadora. Consiste en desarrollar en el propio hospital, remodelado y reorganizado, áreas nuevas que alojen a las personas más rehabilitados, dotados de instalaciones tales como tiendas, club social, facilidades de recreación.

De acuerdo con Martínez (1996), estos modelos han mostrado tener ventajas y desventajas en distintos países y lugares, permitiendo a su vez formas de vida más autónomas y

satisfactorias a cierto tipo de enfermos. No obstante, las condiciones de vida de algunas personas con trastornos mentales crónicos siguen siendo insatisfactorias, en algunos casos deplorables y son objeto de preocupación.

Para una mejor atención y rehabilitación en los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, los Hospitales Psiquiátricos han de contar con las instalaciones, los servicios, los programas y el personal que se requiere para mejorar sustancialmente el manejo terapéutico y humano de este sector de la población psiquiátrica.

El tratamiento médico y la rehabilitación psicosocial son complementarios e inseparables en el manejo médico de las personas con trastornos crónicos. Según el estado de la persona lo permita, la rehabilitación rinde mejores frutos de acuerdo con el escenario hospitalario o extra hospitalario que responda mejor a las necesidades de cuidado y protección.

La persona que sufre esquizofrenia se ausenta de la realidad y no tiene conciencia de tener un trastorno mental. En estas condiciones, la persona no puede manejar su vida de manera autónoma, y el asignarle tareas que no pueden cumplir le conduce al fracaso reiterado y al desaliento. (Rimmerman, 1991 mencionado por Martínez, 1997).

La adaptación social de un paciente se muestra en su capacidad de funcionar bien en roles claves: compañero, amigo, conyugue, trabajador, padre, y en funcionamiento ocupacional.

De este modo, se pretende cubrir todas aquellas necesidades detectadas en la población con esquizofrenia y que son resumidas en un documento elaborado por la red Maristán en la

Conferencia Internacional para el Consenso sobre los Cuidados y las Necesidades de las personas afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que Viven en la Comunidad.

(Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999):

1. Alojamiento, en primer lugar en lugares comunitarios o familia de origen. Si esto no fuera posible, se asignarían otros espacios específicamente diseñados en función de las necesidades de la persona atendida, desde un mínimo de supervisión, hasta 24 horas al día, los 365 días del año.
2. Educación o re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales, en las que se incluyen el cuidado e higiene personal, el cuidado diario del hogar y otras tareas domésticas, la alimentación (incluyendo la compra de alimentos y preparación de comidas), la administración y el uso del dinero, la realización de compras y la gestión de asuntos de índole personal y el desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales.

En aquellos casos en que no se puedan recuperar las habilidades necesarias, la intervención psicosocial deberá contemplar el diseño de un programa de apoyo suficiente que asegure una adecuada calidad de vida

3. Ocupación, promoción de empleo y ayudas sociales, asegurando una cobertura económica suficiente. En este sentido, se buscará prioritariamente el empleo ordinario, de lo contrario, se orientará la intervención hacia el empleo protegido. Sin

embargo, otras personas no podrán acceder a ningún tipo de empleo, en cuyo caso habría que articular los apoyos necesarios para que puedan recibir las ayudas sociales que garanticen su independencia económica

4. Ocio y tiempo libre que procure su inserción en el tejido social incluyendo las formas naturales del asociacionismo.
5. Movilidad y comunicaciones. Es necesario asegurar el uso del transporte y otros medios de comunicación necesarios para mantener el contacto con la comunidad.
6. Formación laboral y profesional. El proceso educativo ha sido a menudo truncado con la aparición de la esquizofrenia, siendo necesario recuperarlo.
7. Vida diaria. Las personas que tienen diagnóstico de esquizofrenia refieren como uno de los elementos más preocupantes su aislamiento y soledad, la falta de amistades, problemas de pareja (o inexistencia) etc. En este sentido, se debe potenciar la intervención necesaria para movilizar los recursos existentes en el sujeto y su entorno.
8. Intervenciones terapéuticas. Es necesario contemplar el apoyo en el seguimiento del estado de la salud física de las personas desde atención primaria
9. Información acerca del estado de salud y tratamiento. Todo sujeto tiene derecho a ser informado sobre su salud y los tratamientos recibidos así como consentir en ellos. En el caso de las personas con esquizofrenia y sus familias se constata con demasiada frecuencia el enorme desconocimiento que tienen sobre el trastorno y su tratamiento
10. Relación con la familia y otros. Se trata de trabajar con y para la familia

4.2 Instrumentos de Evaluación Funcional

La evaluación en rehabilitación psicosocial es la primera fase del proceso de rehabilitación. Una vez que se logra un compromiso con el usuario, y un cierto grado de motivación hacia el proceso rehabilitador, se comienza la fase de evaluación, la cual debe ser guiada por un profesional, responsabilizándose así de todo el proceso, aun si este se realiza de forma interdisciplinaria por el equipo.

La evaluación debe esclarecer el sentido de este “cambio”, porque la alteración en una medida no implica cambios en otras variables relacionadas o un cambio positivo en una medida puede ir asociado con un cambio peor en otra. (Vásquez *et al*, 2000, mencionado por Gisbert 2003), de ahí la importancia de observar las relaciones funcionales.

La evaluación en rehabilitación es el proceso que va a guiar la intervención. La evaluación es preliminar a la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) A partir de éste se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan intervenciones y se controlan los resultados. (Fernández, 1997)

Se suelen utilizar múltiples instrumentos que logran extraer información acerca de las necesidades sociológicas, psicológicas, patológicas y demográficas de las personas, pero en primera instancia lo más adecuado es utilizar la entrevista semiestructurada y la observación clínica tanto con el usuario como con los familiares o personas a cargo.

Asimismo, se puede completar la información por el usuario y aumentar la validez convergente mediante el uso de pruebas conductuales, cuestionarios, escalas de funcionalidad y apoyos y test validados. Estos últimos suelen ser útiles para comparar intervenciones o servicios así como para valorar y profundizar en áreas muy concretas del funcionamiento de la persona o de su entorno.

La evaluación funcional del paciente es un área que debe potenciarse a fin de poder obtener mayor información sobre las áreas a intervenir y sobre la efectividad de las intervenciones en el área de la rehabilitación. (Casas, 2008)

4.2.1 Aspectos que se deben evaluar

De acuerdo con Gisbet (2003), las personas con trastornos mentales crónicos tienen afectadas múltiples y distintas áreas del funcionamiento. Las áreas vitales, serían áreas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada.

Estas áreas son las siguientes: ·

- ✓ Área de autonomía económica: formación, capacitación e inserción laboral.
- ✓ Área social y de ocupación del tiempo libre.
- ✓ Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.
- ✓ Área de autonomía doméstica: mantenimiento de la casa.
- ✓ Área de autonomía en el entorno comunitario: desenvolvimiento en el medio.
- ✓ Área de salud: incluye evaluación clínica, prevención de recaídas, hábitos de salud, uso de drogas, aseo personal.

La utilización de estas escalas, cuestionarios, y diferentes test, permiten obtener información fiable, estandarizada, y comparable con otras personas que presentan el mismo trastorno y, en algunos casos, otros trastornos asociados se hace imprescindible en el área de rehabilitación psicosocial.

La evaluación inicial de la persona que entra en un *Programa Individual de Rehabilitación* o de *Reinserción psicosocial*, el seguimiento de su evolución es uno de los estándares que deben plantearse los servicios; ya que nos permite evaluar el estado de cada una de las áreas susceptibles de ser intervenidas. Así mismo, nos permitirá evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas. Por otro lado, toda la información recogida a lo largo de las distintas intervenciones terapéuticas, nos permite revisar la eficacia y la eficiencia los programas de rehabilitación que se han desarrollado.

En este sentido, es interesante poder realizar una aproximación a los instrumentos disponibles así como las características y la utilización de estos en la práctica clínica.

Para evaluar todo lo anterior, se cuenta en la actualidad con un gran número de escalas que se expondrán posteriormente y que se utilizan en la valoración de programas de rehabilitación, las cuales fueron diseñadas para la evaluación de personas con esquizofrenia.

4.2.2 Evaluación en Rehabilitación Psicosocial

Existen una serie de instrumentos validados para personas con trastornos mentales severos que nos permiten evaluar el estado de estos en su totalidad, teniendo en cuenta sus capacidades o limitaciones, su estado psicopatológico y sus relaciones sociales.

La escala **SCHIZOM** es una entrevista semiestructurada que evalúa proceso y déficits asociados a la esquizofrenia a lo largo del tiempo. Tiene 3 versiones distintas: línea base usuario, línea base informador y seguimiento (4-6 meses). Evalúa las siguientes áreas: ajuste previo a la enfermedad, historia familiar de trastornos mentales, síntomas recientes, funcionamiento cognitivo, actividades de ocio, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades sociales, vivienda, actividad educativa, actividad laboral, abuso de sustancias, problemas legales, violencia y suicidio, adherencia a la medicación, adherencia a la intervención psicosocial, apoyo familiar, uso de servicios, y los componentes del tratamiento.

La duración de la entrevista es de 30-35 minutos, para cada uno de los informantes. Su principal ventaja es que evalúa todos los elementos identificados de la esquizofrenia: estado clínico, funcionamiento social, satisfacción vital y sensación de bienestar en la comunidad.⁴

⁴ Actualmente la escala SCHIZOM, se encuentra traducida y adaptada al castellano por M. Muñoz *et al.* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

La escala **HONOS**⁵, es un instrumento de evaluación desarrollado por la Unidad de Investigación del Royal Collage of Psychiatrists británico en el marco del proyecto *Health of the Nation* del Departamento de Salud británico. Está constituida por un conjunto de escalas diseñadas para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados al trastorno mental y diseñada para la evaluación de adultos en contacto con servicios de asistencia secundaria y terciaria de Salud Mental.

Puede ser utilizado por diferentes profesionales: psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Es un instrumento de evaluación clínica. Contiene 12 ítems que abarcan cuatro áreas: problemas conductuales (agresividad, auto agresión, uso de sustancias), deterioro (disfunción cognitiva y discapacidad física), problemas clínicos (depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas) y problemas sociales (funcionamiento general, alojamiento y problemas ocupacionales).

No obstante, la escala HONOS presenta limitaciones, ya que no debe usarse en la atención primaria y no se concibió específicamente para evaluar costes, estadísticas de dispositivos asistenciales, o el uso del tiempo de los profesionales, pero puede emplearse como parte de la evaluación de estos aspectos si se utiliza de manera combinada con otras herramientas.

Como lo expone Casas (2008), una de las escalas especialmente útil en la evaluación de las personas con trastornos mentales crónicos es la escala **REHAB**, desarrollada para personas institucionalizadas pero que puede también ser usada para evaluar pacientes que viven en el

⁵ Esta escala se encuentra traducida y adaptada al Castellano por Uriarte (1998) *et al.*

hospital, que asisten a un centro de rehabilitación psicosocial o que viven en casas residenciales. Es una escala que ha demostrado ser fiable y válida.

Puede ser utilizada para las siguientes funciones: identificar pacientes institucionalizados con potencial para vivir en la comunidad, realizar una medida general de la discapacidad en grupos de pacientes con problemas similares, ayudando por tanto para la composición de unidades, planificar el programa de rehabilitación y establecer una línea base y evaluar los cambios en la conducta del usuario en un tiempo dado y detectar las áreas más significativas de intervención.

La REHAB está formada por 23 ítems en total que conforman dos subescalas: la escala de Conductas Desviadas, que evalúa la frecuencia con que se presentan conductas difíciles o perturbadoras (incontinencia, abuso verbal y físico, auto agresión, conducta sexual escandalosa, salidas no previstas y hablar/reír a solas) y la escala de Conducta General, el contenido de sus ítems hace referencia a características de la comunicación, interacción social, auto cuidado, actividad social y utilización de diversos servicios públicos.

La evaluación de las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental severo se ha convertido en un área imprescindible de detección, ya que determina el nivel de ayuda que necesitan para diferentes ámbitos de su vida; así como quién está facilitando este apoyo.

Las necesidades individuales se han evaluado con diferentes instrumentos, tales como el *Needs for Care Assessment Schedule (NFCAS)*, el *Cardinal Needs Schedule* y el *Camberwell Assessment of Need (CAN)*. De todos ellos, únicamente el CAN, diseñado en el *Institute of Psychiatry Health Services (PRISM)* de Londres, está validado en población española.

Los resultados obtenidos mostraron una alta concordancia entre evaluadores y unas puntuaciones óptimas en la valoración test-retest, pero detectaron que el instrumento era más sensible si existe un conocimiento de la persona evaluado, por lo tanto, suele ser más útil en la versión clínica. También ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, además del inglés, sueco, italiano, holandés y danés, presentando óptimas características psicométricas.

La novedad que presenta el CAN es la doble valoración de cada una de las necesidades por parte del usuario y del profesional, así que se puede decir que el instrumento constituye en realidad dos escalas independientes. Esto permite realizar las valoraciones de uno de los dos evaluadores en función de los objetivos del estudio propuesto.

El CAN consta de 22 áreas de necesidades: alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información, angustia, seguridad en sí mismo, seguridad en los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales.

De cada una de estas áreas, se valora la presencia o ausencia de necesidad. En el caso de que exista una necesidad, ya sea grave o moderada con ayuda, se valorará la ayuda informal y formal que recibe la persona y si la ayuda formal recibida es la adecuada. Cuando se habla de ayuda formal se refiere a que son los servicios sanitarios y/o sociosanitarios los que facilitan la ayuda para cubrir la necesidad presente. Respecto a la ayuda informal, se refiere a que es la familia o los amigos los que están facilitando la ayuda para cubrir la presencia de una determinada necesidad.

Existen dos versiones del CAN, relativamente semejantes, para la utilización clínica y para la investigación. Por este motivo, el CAN presenta un cuestionario útil tanto para la práctica diaria como para la evaluación de las necesidades desde la investigación. Además existe una versión abreviada (CANSAS) que consiste en evaluar únicamente la primera pregunta del cuestionario (presencia de necesidad, cubierta o no cubierta) en cada una de las necesidades relacionadas con el profesional y el con el usuario.

Escala de Intensidad de Apoyos (**SIS**). La SIS es un instrumento de planificación exclusivo y novedoso, diseñado para ayudar a los profesionales a determinar las necesidades de apoyo que las personas con discapacidad intelectual manifiestan en su vida cotidiana. Parte de la teoría de que toda persona es única y requiere su propio sistema de apoyos para prosperar. El estudio consta de dos partes: el proceso de adaptación transcultural y el análisis de las propiedades psicométricas.

Con esta propuesta, la concepción de discapacidad intelectual se aleja de los enfoques psicopatológicos que atribuyen la explicación de las limitaciones a las características de la persona hacia un enfoque que se centra en los apoyos que la persona necesita y que cree firmemente en la capacidad de la persona y promueve su autonomía.

El paradigma de apoyos es la principal referencia a tener en cuenta en la aplicación de prácticas de evaluación e intervención en las personas con discapacidad en el momento actual.

Se plantea una evaluación funcional vinculada directamente a las necesidades de la persona. En vez de centrarnos en los déficit que una persona tiene, la SIS requiere que, como profesionales, nos enfoquemos en el tipo de apoyos que una persona necesita para participar plena y diariamente de una variedad de actividades y contextos de la vida. Por ejemplo, en vez de examinar si una persona carece de habilidades para usar determinados utensilios de cocina, la SIS examina cuanto apoyo necesita para preparar la comida. (Verdugo, *et al* 2007).

La Escala de Intensidad de Apoyos consta de tres secciones:

Sección 1: Escala de Necesidades de Apoyo.

Sección 2: Escala Suplementaria de Protección y Defensa.

Sección 3: Necesidades de Apoyo Medicas Y Conductuales Excepcionales.

A través de las escalas y subescalas correspondientes, se miden los apoyos que un individuo necesita en 57 actividades de su vida: vida en el hogar; vida en la comunidad;

aprendizaje para toda la vida; empleo; salud y seguridad; interacción social; y protección y defensa. Cada actividad se evalúa de acuerdo con los parámetros de frecuencia, tiempo de apoyo diario y tipo de apoyo que requiere la persona que participa en la actividad. La escala también mide 16 necesidades de apoyo médico y 13 necesidades de apoyo conductual excepcionales, evaluadas en función de la cantidad de apoyo.

Se aplica por medio de un entrevistador cualificado, bajo el formato de entrevista semiestructurada, preferiblemente a una o más personas que conocen bien a la persona objeto de estudio. Su aplicación tiene una duración de 45 minutos aproximadamente.

4.3 Modelos de rehabilitación

La disposición rehabilitadora, alejándose de la concepción que asume la persona como entidad individual autónoma, distingue los siguientes fenómenos patológicos: *trastorno*, entendida como la alteración o la anomalía que constituye el proceso patológico; *disfunción*, definido como el consecuente déficit funcional (ejemplo: trastornos del pensamiento, reducción de la atención); *discapacidad*, reconocida como la consecuencia social de la invalidez, más propiamente, producto interactivo de la relación individuo enfermo y ambiente. En palabras de Saraceno:

“En torno a estos conceptos guía se deberían organizar los objetivos y las competencias de la rehabilitación entendida como: el conjunto de todas las intervenciones directas tendentes a disminuir la invalidez, la discapacidad y el daño”. (Saraceno, 1994:8)

A raíz de esta organización conceptual y esquemática se presentan los siguientes modelos conceptuales y operativos de las principales estrategias rehabilitadoras:

4.3.1 Modelos de potenciación e incentivación de comportamientos socialmente competentes. (Spivak, 1987, 1990)

Estos modelos se encuentran inspirados en un conductismo menos rígido, que consisten en programas personalizados en las áreas de las competencias hogareñas, laborales, de autocuidado, de las relaciones sociales y familiares. La intervención debe incrementar la articulación social del individuo con el ambiente; las capacidades sociales se desarrollan en el interior de un ambiente protegido, tolerante y, sobre todo, adherente a la realidad externa (*isomórfica*).

Por lo tanto, para Spivak, el objetivo de la rehabilitación sería el de neutralizar los procesos crónicos que, originándose en las insatisfacciones de la vida personal y de relación, llevan a una progresiva retracción de la articulación social hasta alcanzar niveles funcionales muy bajos. En este modelo se da un peso significativo a la función de la *relación terapéutica*.

4.3.2 Modelos de entrenamientos de habilidades sociales (*Social skills training*)

Los exponentes más significativos de esta aproximación conductista se encuentran en Estados Unidos y durante todos estos años su trabajo ha influido notablemente en el trabajo de rehabilitación. Consiste en programas orientados al refuerzo y la modulación de prácticas de habilidades sociales. Es un modelo biopsicosocial según el cual el inicio, el desarrollo y el fin de los trastornos mentales están determinados por la intervención de cuatro factores: la vulnerabilidad, el estrés, la resistencia y la competencia.

Los entrenamientos de habilidades sociales están integrados a intervenciones de tipo cognitivo y presuponen *tomar a cargo integralmente* al paciente. Autogestión, autoayuda, conducción del espacio residencial y actividad laboral constituyen las áreas más comunes de las *social skills*. En estos modelos la rehabilitación coincide de hecho con el tratamiento integral de las personas con trastornos mentales crónicos

Antohny y Liverman (1986), afirman que una supuesta vulnerabilidad psicobiológica es activada (se traduce en síntomas psicóticos) cuando hechos particularmente estresantes o inesperados, o situaciones de prolongada exposición a un ambiente familiar, social o laboral tensos u hostiles, sobrecargan la habilidad de un individuo para sobreponerse a su propia vulnerabilidad. El proceso está condicionado por factores de mediación que desarrollan una acción protectora o bien potenciadora.

El desarrollo o potenciación de la habilidad de afrontar y de las habilidades interpersonales y profesionales, unido a un uso óptimo de los fármacos, constituyen el “paquete” de tratamientos que protegen al individuo de una recaída. (Lieberman, 1982 y 1988, citado por Saraceno 2003).

La rehabilitación es por tanto, una disciplina que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo (Anthony, 1989).

4.3.3 Modelos psicoeducativos

El modelo de las *emociones expresadas* (Expressed Emotions, EE), realizados por Brown y Wing en Londres en la década de los años sesenta, inspira las técnicas psicoeducacionales (que no entrarían propiamente en el dominio de la rehabilitación), proponiéndose incentivar la comprensión de los familiares, disminuir las emociones expresadas y reducir en consecuencia las recaídas. Terapias familiares, capacitaciones de padres, *problem solving* y cursos profesionales entran en la composición de este modelo de intervención.

Los seguimientos realizados por Brown en pacientes esquizofrénicos indicaban un papel preponderante en la *EE*, de los aspectos verbales y no verbales de la comunicación entre paciente y familiares claves, en relación con cuatro componentes: comentarios críticos, hostilidad, hiperinvolucramiento emotivo, empatía.

El objetivo del tratamiento psicoeducativo es esencialmente disminuir o impedir la recaída y aumentar el conocimiento de los familiares de las personas con esquizofrenia acerca del trastorno y aumentar la comprensión, y capacitar a la familia en el uso de un método estructurado de resolución de problemas.

En presencia de déficits comunicativos que obstaculizan tales actividades de aprendizaje, es importante una capacitación centrada en las habilidades de comunicación. De este modo, cada problema específico en cuanto a comportamientos antisociales, conflictos, déficit de habilidad sociales, etc., son trabajados mediante estrategias conductuales específicas.

4.3.4 Modelo de Ciompi (Ciompi 1987)

Sus estudios epidemiológicos fundamentales sobre el desarrollo y el resultado de los trastornos esquizofrénicos, constituye una figura que se encuentra en primer plano en el panorama psiquiátrico internacional.

Ciompi ha aportado una serie de argumentos que apoyan la hipótesis de que el proceso mediante el cual los trastornos esquizofrénicos se vuelven crónicos constituye un artefacto social. El concibe la rehabilitación como un trabajo cuyo objetivo es “reinsertar de la forma más completa posible en la vida social y laboral normal”, (Ciompi *et al*, 1987).

Ciompi distingue dos ejes alrededor de los cuales evalúa el progreso del proceso de rehabilitación: el eje casa (desde pabellón psiquiátrico hasta habitación no protegida) y el eje trabajo (de ningún trabajo a trabajo no protegido o competitivo). En ambos ejes se identifican comportamientos y funciones sobre los cuales se centra el trabajo de rehabilitación.

Por otra parte, destaca que la expectativa de los familiares, y sobre todo la de los médicos, ejerce una influencia mensurable sobre ambos ejes rehabilitantes, aún más cuando no concuerdan con las expectativas del paciente en cuestión.

El papel de las expectativas resulta central en el condicionamiento de los resultados de un proceso de rehabilitación, el cual es difícil de modificar en un sentido positivo sin

modificar también las condiciones materiales (y no solo psicopatológicas) que lo determinan: De acuerdo con Castelfranchi: “influyen en el éxito final tanto las expectativas en sí, en cuanto a fenómeno psicológico-relaciona, como los fundamentos dramáticamente materiales de estas expectativas (pobreza, relaciones, derechos, etc.) (Castelfranchi, 1993, mencionado por Saraceno, 2003).

En general, como lo comenta Acuña (1999), las estrategias son fuertemente empíricas, no codificadas. Son más bien determinadas por la política sanitaria, los recursos disponibles, los estilos organizativos y sobre todo los settings. Por tal razón, lo planteado por Saraceno de “prácticas en espera de teoría”, da cuenta en forma precisa de cuál ha sido el proceso de avance en materias. (Saraceno y Sternai, 1987).

La escuela de Trieste (Italia) subraya que:

- La rehabilitación debe ser contextualizada y coherente con el proceso de superación de la institución manicomial en todas sus formas de auto-perpetuación. La mira sería que la población objeto de las estrategias de rehabilitación debería ser altamente representativa de la población discapacitada del área.

4.3.5 El modelo italiano

En Italia, tras una crítica radical de las instituciones consideradas antiterapéuticas, se llega a la decisión (Ley 180 de 1978) de cerrar los hospitales psiquiátricos de toda la nación. Siendo muy atrasada la situación en que se encontraban dichos hospitales, la toma de conciencia de la necesidad de dar este paso se produjo gracias a las diferentes experiencias

reformadoras que habían llegado a madurar durante los años 60 y 70 en la psiquiatría pública pero mayormente gracias a los recorridos teórico-prácticos de Basaglia en sus escritos y en su trabajo, primero en el hospital de Gorizia, luego en el de Trieste.

La actuación de la Comunidad Terapéutica en Gorizia había puesto de manifiesto que el hospital psiquiátrico durante décadas se había convertido en un lugar de custodia de situaciones sociales sin salida, perturbadoras, que había que alejar de la comunidad (produciendo un plus de violencia para contenerlas).

La psiquiatría biológica manifestaba sus propias limitaciones frente a la complejidad de la psicopatología humana y, por consiguiente, a la necesidad de dar respuestas a varios niveles (bio-psico-sociales, etc.) e imponía su intervención coercitiva sobre los individuos ejercitando su poder de control social, más que con una efectiva base científica. Las personas, más que objetos de cuidado, se convertían en objetos numerados según sus síntomas o sus comportamientos higiénicos, echando a perder todos sus demás atributos residuales, aptitudes conocimientos, capacidad afectiva, deseos, etc.

En Trieste, particularmente, la estrategia básica de la intervención sobre el contexto, que en aquel entonces era el Hospital psiquiátrico, ahora es la familia y otros lugares de vida (trabajo, diversiones, servicios), ha sido la **desinstitucionalización**. Es decir la deconstrucción de los mecanismos que con el tiempo habían llevado las instituciones a enjaular en vez de liberar los recursos para los que habían surgido, y a convertirse en un obstáculo a los procesos de emancipación de las personas.

Aunque se haya declarado muerta a la familia, ésta sigue siendo un lugar de primaria importancia, en cuanto lugar de arraigo y reproducción social de las personas, si bien con el tiempo se constata cierta modificación (familias separadas, decapitadas, "familiastras"). (Pasquale, 2000).

Es precisamente en este lugar, real y simbólico a la vez, donde se crean relaciones, culturas, estilos de vida, comportamientos que fácilmente pueden desviarse hacia una rigidez atemporal, fuera del ciclo vital de los sujetos, y volverse una institución de segregación psicológica y física máxima en el momento de la emancipación en la adolescencia.

El grupo intenta proporcionar su aporte específico, mediante una lectura de las estrategias culturales y de las conductas de la familia, centrada en un enfoque institucional y en una intervención duradera sobre la institución misma, y mediante una estrecha presencia humana, cuyo objetivo es la transformar las dinámicas destructivas en reencuentros positivos.

Como lo comenta Pasquale (2000), el modelo de rehabilitación se basa en las siguientes etapas:

1. **Curso informativo** del Departamento de Salud Mental: 10 clases, 1 cada 15 días, sobre enfermedad, modelo vulnerabilidad-estrés, crisis, cura, rehabilitación, pronóstico,

derechos; para 10-20 familias de usuarios (los usuarios, por su parte, no presencian el curso, se quedan en casa),

2. Encuentros bisemanales de **participación-racionalización** de la **carga emocional**, en grupos pequeños, por cada Centro de Salud Mental (en Trieste son 4, para 250.000 habitantes). Las modalidades de conducción de los grupos son interactivas y de involucramiento horizontal; el objetivo es de disminuir la emotividad y aumentar el *coping* (=capacidad para adaptarse y hacer frente a situaciones críticas y nuevas) y la cooperación durante la cura.

3. Encuentros, por lo menos bisemanales, de **auto-ayuda**, con trabajadores de apoyo, en la sede específica del grupo de familiares que conviven desde hace años con un pariente con trastorno mental, para reducir el aislamiento, ampliar la red social y aumentar la calidad de la vida cotidiana de los familiares; reducir la presión de la familia sobre el paciente (y por consiguiente contener el riesgo de recaídas); proporcionar ayuda concreta a familias en dificultad (por parte de otras familias).

Esos encuentros tienen el objetivo de ocuparse de sí; se organizan a tal fin iniciativas lúdicas o culturales, para reducir la atención al trastorno y el tiempo de contacto con el paciente.

4. Organizar temporadas de **conferencias** a las cuales pueden acudir los familiares y los ciudadanos en general, sobre temas de trastorno mental, para modificar la cultura, reducir

el estigma, mejorar el clima de colaboración con los Servicios Públicos y favorecer la prevención del trastorno mental.

5 Estimar **asociaciones** autónomas de familiares para aumentar la visibilidad pública de los problemas relacionados con el trastorno mental, mejorar las peticiones de ayuda asistencial-administrativa-legislativa, colaborar con los Servicios en intervenciones de respaldo a la calidad de la vida y a la autonomía de jóvenes que viven solos o en grupo comunitario, ampliar la defensa de los derechos de los usuarios.

6. **Sensibilizar** todas las *equipos* del (Centro de Salud Mental, Servicio de Urgencias Psiquiátricas del Hospital Civil, Estructuras de la Rehabilitación) y demás trabajadores sociosanitarios, llamándoles a la confrontación con las familias, mediante un curso informativo, para superar las dificultades a menudo presentes entre profesionales, y asimismo a la confrontación con contextos más amplios y en mutación, para los cuales no existe formación escolar.

7. Intervención de **cura** del Centro de Salud Mental con cada usuario y su familia, para reducir el cargo objetivo, al reducirse los síntomas y el tiempo de contacto, para ofrecer elementos de transformación al usuario y a su familia, mediante: fármacos, coloquios terapéuticos, posibilidad de expresión, posibilidad de resocializar, posibilidad de inserción laboral, posibilidad de alejarse de la familia, colaboración real entre la familia y el Servicio en su manera de ponerse cara al trastorno mental y a los

problemas cotidianos relacionados con éste. Pasquale (2000)

4.3.6 Modelo de rehabilitación psicosocial en Zamora, España.

La experiencia de haber tenido la oportunidad de realizar una pasantía en el Complejo Asistencia de Zamora me permitió conocer la forma de trabajo en cuanto al modelo de rehabilitación psicosocial que se pone en práctica con pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

En los años setentas, debido a consideraciones ideológicas y sociales, se han realizado cambios en el modelo de asistencia psiquiátrica. Con el Informe de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica de Abril de 1985, se logran cambios relevantes en el sistema sanitario y psiquiátrico del país.

Dicha transformación se contextualiza en la Ley General de Sanidad 14/1986, 25 de abril, donde se configura la delimitación territorial de la asistencia sanitaria en Zonas básicas de Salud, y se incorpora la asistencia psiquiátrica y la salud mental como una prestación más del sistema público de salud.

En todo el área que abarca la Junta de Castilla y León, donde pertenece el Complejo Asistencial de Zamora, se plantea una red de asistencia psiquiátrica y salud mental cuyos objetivos no se van a reducir a la acción curativa de la enfermedad, sino que incluye tanto la prevención y promoción de la salud mental, como la reintegración social de la persona con trastorno mental. (Franco, 2011)

Para ese fin, se desarrollan dispositivos y terapias que permitan lograr este objetivo:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- Unidad de Rehabilitación.
- Centro Ocupacional o de Formación Laboral.
- Equipo de Apoyo Comunitario

A la vez cuentan con otros dispositivos de apoyo que contribuyen a hacer efectiva y duradera los objetivos alcanzados en la terapia:

- Pisos Supervisados
- Miniresidencias
- Centros Especiales de Empleo y Programas de inserción laboral (Toro y Coreces).

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son recursos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a la población con trastorno mental crónico y dificultades de integración social y funcionamiento personal, familiar, laboral y de socialización.

Dichos programas quedan definidos como un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos adquieran y o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos, posibles y con una mejora en su calidad de vida. (Franco, 2011)

Por consiguiente, continúa Franco (2011), la rehabilitación se considera un proceso de larga duración en los que el usuario pasará por diferentes fases de intervención hasta

alcanzar los objetivos principales de autonomía personal y social. Estos centros constituyen el eje de la intervención dirigida a la Rehabilitación e Integración Social, familiar y laboral.

Como menciona Franco, se trabaja en: *“establecer al igual que en la familia, rutinas que proporcionen regularidad, frecuencias que ordenen la vida y lleven a los pacientes a interiorizar ritmos y secuencias temporales. El respeto al ritmo de cada paciente y a su vivencia del tiempo es la mejor garantía para que se perciba único, diferente, valorado y aceptado”*.(Franco,2010:10)

4.4 Consideraciones para una guía en rehabilitación psicosocial en el manejo de la esquizofrenia

Los modelos de rehabilitación psicosociales descritos en el capítulo anterior, son un resumen de los puntos y herramientas que se toman en cuenta para los protocolos de rehabilitación en las personas diagnosticadas con esquizofrenia y la manera en que debe estar enfocado el trabajo.

En los artículos y trabajos consultados coinciden con las áreas que de acuerdo a la literatura deben evaluarse en personas con esquizofrenia, las cuales hacen referencia de los déficits cognitivos, necesidades y tipos de apoyo que la persona requiere para hacerle frente a las actividades de la vida.

Como se ha expuesto anteriormente, la Esquizofrenia es una de los 10 trastornos mentales más discapacitantes que existe según la OMS, Florit-Robles (2006). Se ha querido dejar claro que el trastorno causa angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y

problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en los propios usuarios como en sus familiares.

Por tal razón, el manejo de la esquizofrenia debe contemplar todo un equipo interdisciplinario para el tratamiento (psicofarmacológico, intervención psicosocial, rehabilitación psicosocial, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas físicos y otros) de una manera integrada.

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por distintos servicios o recursos exigiendo una buena coordinación interinstitucional así como una red integral con la colaboración de las diferentes administraciones públicas sanitarias y de servicios sociales. (Florit, 2006).

Cuando una persona inicia un proceso de atención en un programa de rehabilitación, lo indicado sería aplicar una evaluación sobre las necesidades del usuario por medio de una entrevista semiestructurada o por medio de la aplicación de algunas de las escalas anteriormente expuestas que brinde información acerca de su historia. Esto se puede lograr por medio de diferentes fuentes (propio usuario, distintos familiares, amigos, tutores, profesionales, revisión de expedientes etc.) Las actividades que se realizan en el centro de atención sirven de marco natural para valorar las habilidades y necesidades que presenta cada persona. A la vez se observa a la persona en su orientación, adaptación e interacción con los demás.

Las pruebas de evaluación deben escogerse en función del tipo de servicio (residencial, laboral, familiar, psicosocial, o de soporte) de forma que se unifiquen las áreas que han de evaluar, y tomando en cuenta que cada profesional sepa que es lo que debe valorar para así evitar duplicidades en las preguntas que se le realicen al usuario. (Florit, 2006). Al respecto de lo anterior se deben considerar los siguientes pasos:

1. Es importante conocer cuáles son las expectativas del usuario y su familia respecto al centro o la rehabilitación, y se debe incidir en ello a lo largo de todo el proceso de evaluación.
2. Por medio de la entrevista clínica semiestructurada , o aplicación de alguna de las escalas de necesidades de apoyo, al usuario, familiares y personas a cargo, conocer datos biográficos y clínicos. Esto nos permite conocer el contexto de la persona y los apoyos con los que cuenta o contará a lo largo del proceso de rehabilitación.
3. Es necesario conocer el ajuste de la persona ante su enfermedad y su conducta antes y después de los episodios que haya tenido, tomando en cuenta la escolarización (rendimiento y ajuste social y personal) su actividad laboral, relaciones interpersonales y de pareja
4. Inicio de la enfermedad, indagando acerca del cómo se desarrolló el primer brote esquizofrénico, edad de inicio, circunstancias precipitantes, las características de ese episodio, y la repuesta de la familia y del entorno. Aunado a todo lo anterior, se

contempla la evolución temporal del trastorno: curso, número de ingresos y gravedad de los mismos, tipo de diagnóstico recibidos a lo largo de la enfermedad, sintomatología predominante, historia de intentos autolíticos, dispositivos y tipo de internamiento en los distintos ingresos, tratamientos recibidos, respuesta de los mismos y adherencia. Por último, se revisan los datos biográficos de este periodo que pueda ser relevantes.

5. Importante también indagar sobre el trastorno mental actual, tipo de sintomatología positiva y negativa, así como la interferencia sobre su funcionamiento, ideación suicida y tratamiento farmacológico.
6. Conocimientos que tenga acerca de su enfermedad, diagnóstico, síntomas, causas, pronósticos y conciencia sobre la misma. Se deben analizar las expectativas.
7. Factores de riesgo y factores protectores de crisis (Modelo de Vulnerabilidad o de Diátesis-estrés Liberman (1993). El proceso de rehabilitación tiene que potenciar estos factores protectores. De este modo, se podrá mejorar la prevención de las crisis analizando los factores asociados a las descompensaciones, estrategias de prevención de recaídas que utiliza la persona y su familia a cargo
8. Verificar el grado de conocimiento que tiene la persona acerca del tratamiento farmacológico así como el tipo de información que maneja sobre las indicaciones y efectos secundarios

9. Se evalúa la competencia y autonomía de la persona para tomarse la medicación, según las indicaciones médicas y los problemas que presenta con respecto a tomarse la medicación y seguir las indicaciones (ejemplo: aumentar o disminuir las dosis en función del estado emocional) y el afrontamiento ante situaciones difíciles (olvidarse de tomar medicación o quedarse sin la misma).

10. Es necesario conocer si la persona sabe acerca de los recursos sanitarios con los que cuenta en su entorno (donde recurrir en caso de una emergencia, hospitalización, servicios de salud próximos a su lugar de habitación) y para qué sirve cada uno de ellos.

11. Competencias personales y afrontamiento. Autocontrol de los estados emocionales, tomando en cuenta la ansiedad, la disforia y la ira. Se realiza una valoración psicológica de los mismos, la afectación sobre la vida diaria de la persona, el autocontrol, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo con los que cuenta. Tomar en cuenta la autoestima de la persona (adecuada o pobre) que pueda afectar el proceso de rehabilitación ya que esto puede interferir con las intervenciones que se programan. La toma de decisiones, que está implicado en las decisiones que se puedan tomar a lo largo de toda la intervención.

12. Funcionamiento cognitivo: se realiza un screenign a nivel general enfocándose en la afección en su funcionamiento diario. Considerando la atención, memoria, función

ejecutiva, orientación temporo-espacial y otras capacidades como la lectura, escritura y el cálculo. No se trata de hacer una evaluación psiconeurológica completa, pero es necesario conocer el nivel de la persona, por si esto pueda influir en toda la intervención posterior.

13. Actividades de la vida diaria y de automantenimiento:

Es necesario realizar una valoración detallada por la implicación directa que tiene sobre el funcionamiento autónomo de la persona. Evaluando el funcionamiento actual y haciendo referencia al funcionamiento premórbido y a lo que podría ser considerado como normal para el entorno natural donde vive la persona. Poniendo énfasis a los siguientes puntos de interés:

Higiene personal: grado de autonomía (que hace, frecuencia y como lo hace) la conciencia y percepción de desarrollar una adecuada higiene personal así como los hábitos de su entorno son factores que se hacen necesarios conocer.

Hábitos relacionados con la alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias, (nicotina, alcohol, cafeína) y si la persona es capaz o necesita ayuda para cuidarse adecuadamente y afrontar sus problemas médicos. Franco (2007), Florit (2006).

14. En otros países es importante evaluar los conocimientos adquiridos en cuanto a herramientas tecnológicas que sirven para la comunicación, como la computadora, internet, teléfonos celulares etc.

15. Integración comunitaria. Conocer la capacidad de la persona para usar el transporte público, los diferentes recursos comunitarios en el entorno donde habita y el manejo y administración del dinero. Igual que en el apartado anterior, se evalúa en nivel de funcionamiento actual y pre mórbido de la persona con esquizofrenia: su desenvolvimiento en el hogar, para ello hay que conocer las características del domicilio y si su familia lo acepta. Además se valora la percepción de necesidad de la persona a la hora de desempeñar sus tareas domésticas y si las realiza (cocina, cuidado de la ropa, limpieza y orden) y el nivel de autonomía o no dentro del hogar, y la capacidad de la persona para prevenir accidentes domésticos.

16. Se recopila información también de las actividades que realiza la persona con respecto a personas que pueda tener a cargo, como hijos o padres mayores y cómo esto influye en sus rutinas diarias.

17. Conocimiento sociocultural. Conocer si la persona maneja conocimientos sobre temas de actualidad y la motivación e interés que muestre por estar informado del mundo que lo rodea, así como el nivel que posee de la utilización de los distintos medios de comunicación (periódicos, revistas, televisión, radio etc)

18. Actividades de Ocio y Tiempo Libre. Esto resulta ser un punto importante en los individuos. Los intereses anteriores, actuales, presentes y futuros de la persona son necesarios conocerlos para realizar una intervención individual. Para evaluar la

autonomía actual es preciso valorar la ejecución tanto a nivel individual como grupal, número de actividades que desarrolla, frecuencia, grado de gratificación que obtiene y si las realiza fuera o dentro de su domicilio etc. Además es necesario conocer la percepción que tiene la persona de la necesidad para desarrollar actividades de ocio.

19. Psicomotricidad: evaluar la motora gruesa y fina, la orientación espacio-temporal etc. Y la imagen que tiene de sí mismo y con respecto a los demás.
20. En el área social, valorar los siguientes aspectos con respecto a Competencia social (capacidad para analizar e interpretar situaciones sociales, la interpretación de las emociones y el estilo comunicacional de la persona.
21. Evaluar la cantidad como la calidad de las redes de apoyo con las que cuenta. Así como la percepción subjetiva del individuo del apoyo emocional e instrumental recibido y la necesidad percibida de cambio en esta área.
22. Convivencia: se describe detalladamente el núcleo familiar de convivencia, el estilo de comunicación que utilizan todos los miembros del núcleo, y las relaciones entre los miembros, la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones, conocer la cantidad de sobrecarga percibida en el seno familiar, el grado de conocimiento acerca del diagnóstico, tratamiento farmacológico y de rehabilitación psicosocial que posee la familia, la actitud y expectativas hacia los tratamientos.

El grado de implicación de la familia en el proceso de rehabilitación es lo que puede permitir que la persona pueda lograr el éxito.

Con los posteriores elementos es posible construir una entrevista semiestructurada que abarque los puntos nombrados. O bien, se puede utilizar algunas de las escalas que se utilizan para evaluar la rehabilitación psicosocial que según la literatura son muy utilizadas a nivel internacional, con la limitación de que algunas de ellas no están disponibles en Costa Rica, a excepción de la Escala de Intensidad de Apoyos(SIS), que si está disponible en el Hospital Nacional Psiquiátrico, pero con estándares españoles, y no se han realizados estudios de validación para la población meta que sería personas diagnosticadas con esquizofrenia de Costa Rica. Lo anterior sería una debilidad y podría cuestionar los resultados y las decisiones que se derivan de las valoraciones que utilizan estos instrumentos.

4.4.1 Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

Los programas de Rehabilitación y Seguimiento debe ser ante todo un trabajo en equipo. Han de ser servicios ofrecidos por el Centro de Salud a cargo de brindar atención y asistencia a los usuarios. Debe garantizar la cobertura de las necesidades de cada paciente en cuanto a supervisión de tratamiento, autonomía personal, alojamiento, actividades relacionales y de ocio y brindar por lo tanto el apoyo necesario en el acceso a las instituciones que ofrecen servicios de esta índole. Un grupo interdisciplinario de profesionales debe conformar el equipo para llevar a cabo estos programas y de dar continuidad y sentido a las diversas actividades que se proponen para cada paciente.

Para lograr este fin, es preciso que cuenten con objetivos, generales y específicos y obtener así resultados satisfactorios formulados por el equipo.

Como objetivo general se propone:

- Lograr que las personas diagnosticadas con Esquizofrenia puedan mantenerse integrados en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónomamente posible.

En relación con los objetivos específicos cabe señalar los siguientes:

- Detectar y conocer las necesidades de la población de personas con Esquizofrenia del sector o zona de atención.
- Organizar el conjunto de apoyos necesarios para evitar el deterioro provocado por la enfermedad.
- Posibilitar el mayor grado posible de autonomía de cada paciente en su entorno comunitario.
- Coordinar la atención integral de los pacientes, organizando el conjunto de actuaciones de los diferentes recursos específicos para dar la cobertura necesaria a la población de personas con esquizofrenia que asisten al Centro de Salud.

En cuanto al proceso metodológico se propone seguir lo siguiente:

- ✓ Planificar y elabora un programa de atención, rehabilitación y seguimiento individualizado para cada paciente.
- ✓ Efectuar una prospección de recursos con los que cuenta el usuario y una estimación de necesidades para desarrollar las distintas fases del programa.

- ✓ Psicoeducación: Docencia, apoyo y comprensión dirigida hacia las personas que tengan alguna responsabilidad en el proceso de rehabilitación del paciente.

Una vez terminada la evaluación se diseña un plan de trabajo definiendo los objetivos que se quieren conseguir y planificando las actividades a desarrollar y los recursos por utilizar.

Se puede definir un Plan individualizado de rehabilitación (PIR) como un programa sistemático en el que se proponen objetivos y formas de llevarlos a cabo. Este debe ser estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (donde se puedan hacer cambios).

El plan se fundamenta en los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación inicial. Por lo tanto, es el resultado del conocimiento de las respuestas obtenidas a partir de la evaluación conductual. (Fernández ,2002, mencionado por Florit 2006).

Este plan individualizado permite que todas las personas involucradas en el equipo (profesionales, usuario y familiares) actúen en la misma dirección. Las conclusiones que toman forma de objetivos pueden ser provisionales y están sujetos a modificaciones en función de los cambios y circunstancias del usuario

En cuanto al planteamiento de los objetivos del plan, es necesario subrayar que éstos deben ser claros y específicos, de modo que el usuario le sea posible alcanzarlos (funcionales y asequibles), tomando en cuenta la participación de éste y personas relevantes de su entorno.

Deben de estar conformados por plazos cortos (diarios, semanales), medios (mensuales) y largo plazo (anuales) de forma interrelacionada.

Dentro de la filosofía de la rehabilitación, es necesario comprometer al usuario y otras personas relevantes (familiares, profesionales de rehabilitación, clínicos de referencia, servicios sociales, etc.). Lo anterior permite aumentar la motivación e implicación de todos en el proceso de rehabilitación. (Kuehnel y Liberman, 1993).

Por medio de una junta de evaluación, o reunión donde participan todos los miembros del equipo (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros (as), terapia física), además de invitar a otros miembros implicados, se expone toda la información recopilada, se discute y se ordena para seleccionar los objetivos y su jerarquía.

El resultado del PIR, será luego presentado por los profesionales de referencia al usuario y su familia a la espera de la aprobación de sus demandas y objetivos y brinden su compromiso con el programa individualizado de rehabilitación.

Dentro de la propuesta, y revisando la literatura consultada, es importante mencionar que dentro de un plan de rehabilitación psicosocial cada usuario debería de tener un tutor que estará atento del progreso y avances en el programa. El tutor será el responsable de la coordinación para el paciente con el Equipo del Hospital y los Servicios Sociales, y será el contacto con la familia, realiza un seguimiento y análisis de todo el proceso de rehabilitación. Además, por medio del tutor se puede planificar terapias puntuales que brinden a la persona estrategias de afrontamiento ante los problemas que se le puedan presentar a lo largo del proceso de rehabilitación.

4.4.2 Papel del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial

En la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales, los psicólogos clínicos asumen diferentes tareas, incluyendo el diseño, dirección y aplicación de procedimientos rehabilitadores. La orientación en cuanto a su trabajo debe ser de índole comunitaria, aunque puede abordarse desde el ámbito hospitalario o desde la consulta ambulatoria.

Es trabajo del psicólogo clínico desempeñar una variedad de funciones en el desempeño de su actividad. El psicólogo de referencia es quien se encarga de realizar los contactos para el control y mantenimiento de los objetivos por medio de la comunicación telefónica, entrevistas en hospital, entrevistas en el entorno del paciente, contactos con los profesionales o cualquier otra acción encomendada por el psicólogo clínico al resto del personal (actividades de ocio, visita a domicilio)

Por otra parte, el psicólogo clínico decide sobre el formato de la intervención, planifica y desarrolla, utilizando técnicas psicológicas suficientemente contrastadas

Dentro del Equipo que conforma el plan de Rehabilitación Psicosocial con el que se trabaja en Complejo Asistencial de Zamora, específicamente en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), la parte asistencial y de tutoría forma parte del trabajo de los Profesionales que laboran para el Hospital Provincial, Residentes de Psicología Clínica y del Voluntariado que realiza prácticas en el Centro. Dicha persona se encarga de:

- Actividades de apoyo, acompañamiento y asesoramiento al paciente.
- Control de adherencia al tratamiento.
- Detección de posibles descompensaciones.

- Orientación a actividades grupales (psicoterapia, socioterapia, grupos de actividades de ocio, tiempo libre, etc.).
- Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas con el paciente.
- Coordinación con cada dispositivo específico donde se encuentre el paciente.
- Conexión y coordinación con los recursos sociales y comunitarios en los que se pretende integrar al paciente. (Alonso, 2011).

“Se trata de intentar el equilibrio entre los que el paciente puede, quiere, y le exige el ambiente”. Franco (2011:10).

Comenta Florit (2006), que la metodología cognitivo conductual es un excelente marco teórico de intervención, la mejor manera de aprender a vivir y desempeñar los roles y tareas adecuados, poniendo en prácticas los planes.

Se debe tomar en cuenta que la generalización de los resultados es fundamental, de nada vale que el usuario mejore sus competencias en los programas de intervención, si cuando sale del centro no mantiene unos hábitos de higiene básicos, consume sustancias tóxicas, agrede a su familia y no participa de ninguna actividad, no se relaciona con alguna persona. Esto se debe trabajar en cada una de las intervenciones. Cuanto más natural sea el contexto en que se realice la intervención se asegura así la generalización de lo aprendido.

3.4.3 Apoyo familiar

En el proceso de rehabilitación es importante mantener contacto frecuente con familiares y mantener una debida confidencialidad de la información ya que permite así realizar un trabajo coordinado entre el centro hospitalario, el usuario y la familia.

Trabajar en el asesoramiento para afrontar los problemas en relación con su familiar enfermo. Con la familia se puede realizar programas de familias, apoyo y acompañamiento familiar en el centro hospitalarios y en las visitas domiciliarias brindando información acerca de la enfermedad y su tratamiento, nociones básicas de control de contingencias, entrenamiento en habilidades de comunicación para poder negociar y llegar a acuerdos y realizar contratos conductuales. (Florit, 2011).

4.4.4 Áreas enfocadas al trabajo de rehabilitación psicosocial

El trabajo de rehabilitación psicosocial, según lo expone Franco (2003), debe abarcar áreas de entrenamiento y formación que configuran el entrenamiento integral de los enfermos mentales crónicos. Estas áreas de trabajo serían:

a) Programa de actividades de la vida diaria y entretenimiento para la vida autónoma

Se toma en cuenta los aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la salud, la independencia y la autonomía.

b) Programas de rehabilitación cognitiva

El objetivo es entrenar al paciente para que recupere o lograr un menor deterioro de sus capacidades cognitivas en cuanto a la atención, memoria, concentración, percepción, orientación espacio-temporal, funcionamiento ejecutivo etc. A través de programas de

rehabilitación, compensación y repetición. Dentro del Centro de Rehabilitación Psicosocial en Zamora, el trabajo con GRADIOR ha permitido resultados satisfactorios con los pacientes referidos. Soto (2011). Se entrena al sujeto en varios tipos de tareas (visuales, auditivas y táctiles) obteniendo diferentes respuestas por medio del ordenador (como hablar, apretar una tecla o escribir) en contextos distintos.

El programa GRADIOR es un sistema multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de funciones cognitivas superiores en personas que presentan déficits y/o deterioros cognitivos. Va dirigido a personas con traumatismos craneoencefálicos, demencias, trastornos neuropsiquiátricos de afectación cerebral, trastorno mental, retraso mental facilitando la rehabilitación de funciones cognitivas como Atención, Percepción, Memoria, Orientación, Cálculo, donde el usuario de la rehabilitación interactúa con una pantalla táctil y sigue una serie de instrucciones visuales y/o sonoras hasta completar cada una de las tareas cognitivas propuestas.

Se ha diseñado como un nuevo modo de acercamiento al conocimiento de la funcionalidad cerebral. Permite aplicar pruebas más ecológicas, familiares y cercanas a la realidad del sujeto que en los otros sistemas de valoración de la función cerebral.

Combina técnicas de intervención cognitivas y conductuales que estimulan las aptitudes conservadas del paciente y entrena estrategias para subsanar pérdidas funcionales.



Fundación INTRAS (2010)

El programa GRADIOR cuenta con una serie de módulos para la gestión de los usuarios que participan en los tratamientos de rehabilitación y de evaluación.

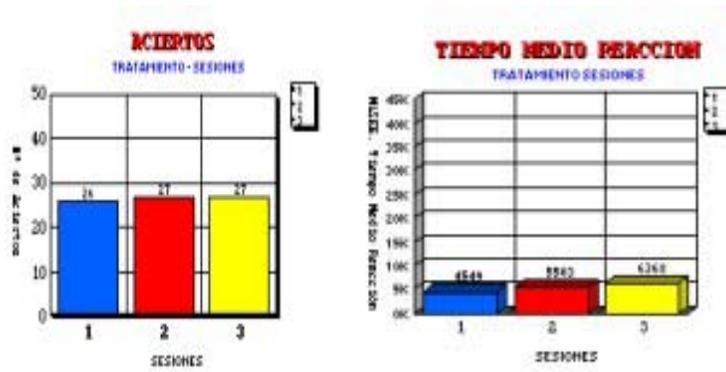
Por consiguiente se describen algunos de ellos.

1.- **Gestor Clínico.** El terapeuta recoge la historia clínica del usuario: sus datos sociodemográficos, observación clínica, diagnóstico, medicación, evaluaciones clínicas realizadas, etc.

2.- **Gestor de Tratamientos.** El terapeuta, en función del déficit o deterioro cognitivo del usuario establece un tratamiento individualizado con los ejercicios que éste realizará en su sesión de rehabilitación. Se establece la frecuencia y duración de cada sesión de ejercicios.

3.- **Gestor de Informes.** Se obtienen resultados de ejecución de los usuarios que servirán para comprobar el avance en la rehabilitación de los usuarios del programa y adecuar el nivel de rehabilitación a los mismos. Los resultados del avance del usuario se presentan en forma de listados y/o gráficos, facilitando una visualización rápida y global al terapeuta.

Los resultados obtenidos hacen relación a los aciertos, fallos por comisión, fallos por omisión del sujeto durante la realización de cada uno de los ejercicios. Se registran además, tiempos de reacción del usuario durante la ejecución de los ejercicios: Tiempo mínimo, máximo y medio.

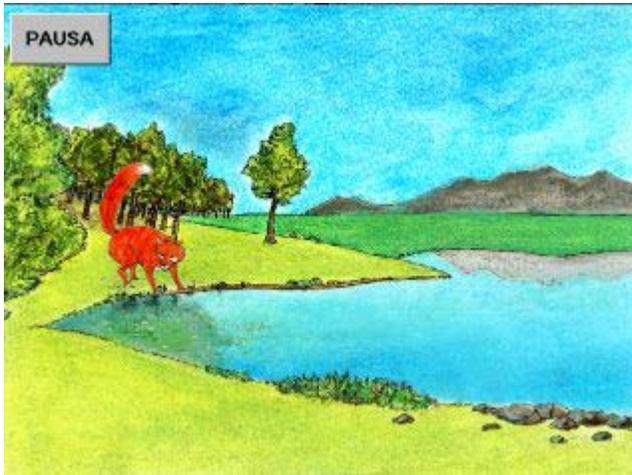


Fundación INTRAS (2010)

Se pueden obtener distintos tipos de gráficos y transferir los datos obtenidos a un programa estadístico para realizar estudios o investigaciones concretas.

4.- **La sesión de Rehabilitación.** Consiste en la aplicación sistematizada de los ejercicios que el terapeuta ha seleccionado previamente mediante el gestor de tratamientos, donde ha especificado el tipo de ejercicios necesarios para la rehabilitación de cada uno de los usuarios (Ej: Ejercicios de atención, memoria, percepción, aprendizaje verbal, cálculo...) El programa cuenta con un amplio número de ejercicios donde se mezclan imágenes y sonidos para captar la motivación y facilitar la adherencia del usuario al programa de rehabilitación cognitiva.

El usuario únicamente debe pulsar la pantalla siguiendo una serie de instrucciones visuales y sonoras hasta completar cada una de las tareas cognitivas propuestas.



Fundación INTRAS (2010)

Se trata de una herramienta informática sencilla que facilita a los profesionales el entrenamiento cerebral y la rehabilitación por ordenador de funciones cognitivas como atención, memoria, percepción, cálculo... en personas con demencia, esquizofrenia, parálisis cerebral, retraso mental, etc.

Por lo tanto el programa GRADIOR es una herramienta con grandes posibilidades para la intervención clínica:

- Apto para un número importante de usuarios, adaptándose a sus necesidades concretas.
- Incorpora nuevos avances (un sistema telemático) y constantes actualizaciones (mayor número de ejercicios disponibles).
- Permite realizar un programa de rehabilitación cognitiva sin la intervención diaria de un especialista.
- Útil para los objetivos terapéuticos que pretende: detener el deterioro cognitivo y la recuperación de funciones cerebrales superiores.

- Comprobada óptima interacción entre el sistema y el usuario. Fundación INTRAS(20011).

c) Programa de habilidades sociales

Constituye un aspecto clave en la rehabilitación psicosocial. Por medio de este, se entrena al sujeto en la adquisición y o recuperación de repertorios conductuales, verbales y cognitivos (de pensamiento), que les proporcionen los instrumentos necesarios para el desenvolvimiento interpersonal adecuado.

Las personas con esquizofrenia, como se ha venido exponiendo, suelen presentar aislamiento social y escasa asertividad. Estos déficit hacen necesario que el programa de entrenamiento en habilidades sociales incluya una parte específica de rehabilitación de entrenamiento de la percepción social. Florit (2006).

Con el trabajo se puede lograr que la persona sea más capaz de enfrentarse a situaciones problema, disminuyendo el nivel de estrés y disminuyendo las posibilidades de recaídas. Franco (2002).

d) Programa de control emocional

El modelo de vulnerabilidad propone la aparición de una situación o un momento vital de estrés, como elemento precipitador de la enfermedad o una nueva crisis. Entre los estresores se presentan acontecimientos vitales (despido de trabajo, rupturas afectivas, embarazos no deseados y otros), el nivel de estrés familiar (emoción expresada) el cual se trabaja en coordinación con las familias y las situaciones cotidianas que han demostrado

pueden ser situaciones de estrés y ansiedad. El entrenamiento en estrategias de relajación no es lo único que se debe trabajar con esta población. Se debe trabajar en técnicas de distracción, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, y entrenamiento en la detección de las emociones e identificación de las mismas y sobre la autoestima del sujeto y otras.

e) Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad

Lo que se trata es de proveer al paciente la capacidad de conocimiento y reconocimiento de su problema con el objetivo de que pueda manejar las fases de su enfermedad e identificar los síntomas que anteceden a una crisis y prevenir recaídas.

f) Programa de psicomotricidad

Adecuar hábitos de ejercicio físico, deporte y expresión corporal, necesarios por los efectos de la medicación y apatía que suelen presentar.

g) Programa de ocio y tiempo libre

Constituyen en elemento clave para el establecimiento de la estabilidad mental Paul y Lentz (1977), mencionado por Florit (2006), refiere que las actividades de ocio estructuradas, resultan efectivas para reducir significativamente algunas conductas psicóticas que vuelven a aparecer cuando cesan las actividades de ocio. Por lo que resulta un elemento fundamental para la estabilidad mental Franco(2002). Por lo que su planificación resulta ser positivo para el paciente que suele tener mucho tiempo libre.

h) Programa de asesoramiento de recursos

Lo que se pretende es de asesorar al usuario y su familia sobre todo tipo de recurso y ayudas económicas, sociales, y residenciales que puedan ser de utilidad.

i) Programa de rehabilitación laboral

Expone Franco(2011) que la rehabilitación laboral debe ir enfocada en:

Orientación vocacional, Entrenamiento en los hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales de ajuste laboral, Apoyo en la formación profesional, Talleres Ocupacionales en los que pueda participar y ser integrado el usuario, Búsqueda de Empleo y apoyo a la inserción laboral.

j) Programa de seguimiento y apoyo

Es preciso también, que tras la finalización del programa no se abandone al paciente en su medio, manteniendo contactos periódicos con el usuario, su familia o servicios que lo atiendan, para evaluar en qué medida se siguen manteniendo los logros conseguidos y seguir por un tiempo prestándole apoyos puntuales a su integración y se efectúe un seguimiento en la comunidad.

De esta manera se prevé la institucionalización psiquiátrica, disminuyendo el riesgo de recaídas. Se asegura el mantenimiento en la comunidad, familia, residencia con la mayor calidad de vida posible

Por otro lado el Equipo a Cargo en el Hospital y en las revisiones de coordinación será quien determine cuándo debe ser dado de alta al paciente. Siguiendo los criterios de:

“Cumplimiento de los objetivos planteados, Obtención de empleo y adecuada integración social, Imposibilidad de acudir, Falta de Respuesta al tratamiento. Abandono”. Franco (2011:10).

Finalmente, es importante recalcar que la tarea de realizar y ejecutar un plan de Rehabilitación psicosocial para usuarios diagnosticados con Esquizofrenia, es una labor compleja. La información consultada permite conocer cuáles son las funciones que se deben evaluar y recomienda instrumentos que se pueden utilizar y programas que se pueden llevar a cabo con aquellas personas que padecen Trastornos mentales crónicos como lo es la Esquizofrenia y otros trastornos asociados. No obstante, se debe considerar cada evaluación y cada Programa Individualizado de Rehabilitación como un caso único, no solo por su complejidad en el proceso, sino por los decir a nivel cognitivo, de funcionamiento y necesidades de apoyo del usuario con Esquizofrenia.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que la padecen alrededor del 1% de la población mundial. Es una de las enfermedades más deteriorantes con pronóstico reservado que lleva a la persona a un deterioro gradual afectando el pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensopercepción y la vida cotidiana del paciente y su familia. El pronóstico varía en relación con la frecuencia de los episodios, el tratamiento oportuno, el abordaje interdisciplinario y los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación psicosocial.

La esquizofrenia podría considerarse una prioridad en la Salud, debido a los índices de asistencia, y costos sociales e institucionales significativos. En la evolución a largo plazo del trastorno mental, la influencia de los factores psicosociales o estresores ambientales parece jugar un rol fundamental. En este sentido, la práctica hospitalaria tiene como fin propiciar la rehabilitación del usuario en cuanto a su funcionalidad y autonomía. Por esta razón el diagnóstico y la intervención se han de considerar de manera complementaria.

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia, son antes que nada, personas con derechos que presentan problemas y dificultades específicas de distinto tipo (sanitario, social, laboral, residencial, familiar, emocional, abandono etc). Por tanto, requieren una atención de sus diferentes necesidades desde los diferentes Servicios de Salud en este caso la C.C.S.S. como sociales. Es esencial que sobre cada individuo se realice un plan coordinado tomando en cuenta el principio de continuidad de cuidados desde los diferentes servicios que son competentes en la atención a sus distintas necesidades de tratamiento,

rehabilitación, autonomía y funcionamiento, ya que en muchas ocasiones pareciera que estas personas no son responsabilidad de nadie en concreto.

Dentro de una guía de manejo se hace importante recalcar la función del psicólogo clínico en los programas de rehabilitación psicosocial. En cuanto al trabajo de la atención de usuarios diagnosticados con esquizofrenia, las principales tareas asignadas son las siguientes:

- Forma parte del equipo interdisciplinario del programa de atención y rehabilitación social.
- Asumir diferentes tareas, incluyendo el diseño, dirección y aplicación de procedimientos rehabilitadores
- Tomar decisiones sobre indicaciones terapéuticas en pacientes a su cargo (abordaje, referencias, alta) y participar en actividades de gestión.
- Realizar diferentes intervenciones clínicas dirigidas a entender, aliviar, resolver, y prevenir las recaídas.
- Utilizar técnicas terapéuticas para las que existe una firme base de evidencia en cuanto a su eficacia, individualizar los tratamientos en función de sistemas de evaluación y establecer sistemas de seguimiento y coordinación que permitan un tratamiento integral a largo plazo de los pacientes.

Después de la descripción del proceso de rehabilitación psicosocial de la persona con diagnóstico de esquizofrenia, se puede constatar la complejidad del tratamiento que se

conforma de psicofarmacología, intervención psicológica, social, y actividades de ocio, ocupacionales y físicas.

Es necesario un equipo interdisciplinario que se conforme por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas físicos y ocupacionales; para llevar a cabo los objetivos propuestos. La complementariedad de enfoques y profesionales que trabajen en coordinación pueden hacer efectiva la rehabilitación psicosocial.

En el desarrollo de un programa en rehabilitación psicosocial se establecen elementos que pueden hoy orientar el trabajo de todos aquellos que ayudan a personas con enfermedades mentales a alcanzar el más alto nivel de integración psicosocial posible.

De los modelos de rehabilitación revisados se puede puntualizar que:

- Cualquier trabajo de rehabilitación debe estar insertado en un programa
- Y ese programa tiene que tener un plan especificado el cual se inicia con un diagnóstico.
- Los objetivos y metas del plan se toman en conjunto con el usuario, familia y profesionales.
- Todo plan es revisado y eventualmente reformado en forma periódica con la participación del usuario

En toda esta coordinación el papel de la familia juega un rol importante en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia, ya que es una parte fundamental de todo el proceso de rehabilitación y para lograr eficacia en éste.

Es importante tener una guía de referencia para llevar a cabo un proceso de rehabilitación, teniendo como referencia un modelo teórico. Y que todo esté encaminado con el objetivo a obtener una autonomía en el usuario, independencia y funcionalidad en cuanto aspectos de su vida diaria, y una mejora en la calidad de vida de la persona y su familia, así como en su entorno.

Existen numerosas escalas de evaluación que resultan útiles para la detección de áreas de intervención en rehabilitación psicosocial. Es importante hacer una evaluación de las necesidades, evaluación de la discapacidad y el funcionamiento psicosocial. La evaluación de la efectividad del abordaje en la recuperación de las enfermedades mentales debe ser uno de los estándares que se deben realizar. Pero una limitación que presentan es que no todos están validados para la población costarricense.

A raíz de lo anterior, resulta importante advertir acerca del riesgo que presentan estos programas de rehabilitación aplicados en los centros hospitalarios si se toma en cuenta la tendencia de convertirse en instituciones cerradas y totalitarias, donde los usuarios encuentran todo (amigos, comida, calor, cuidados, comprensión), reduciéndose las crisis psiquiátricas y mejorando su calidad de vida. Por esta razón, se considera importante

discernir si esta la finalidad que se pretende o si más bien este tipo de actitud conduce a volver a la institucionalización psiquiátrica de la que se está intentando resolver en los últimos años.

Uno de los objetivos en la rehabilitación es dejar claro en los pacientes es que la vida está fuera del Centro hospitalario, que tiene sus dificultades y problemas; que si bien puede resultar menos protectora que estando en un Hospital, puede resultar más atractiva y normalizada.

Por tanto, la implementación de programas de atención psicosocial para personas con trastornos mentales ha mostrado una serie de ventajas importantes:

- Se reducen las hospitalizaciones
- Hay una mayor satisfacción en los servicios
- Una mayor adherencia al tratamiento
- Mejora el funcionamiento social
- Mejor relación en su entorno familiar
- Reducción de abandonos etc.

Es prioritario potenciar la utilización eficiente de recursos intermedios los cuales deberían corresponder a los siguientes aspectos:

Determinación de una clara priorización política y social de esta población. Por ser un colectivo y un continuum tradicional, por el alcance de su impacto personal y social, por los graves déficit existentes en su atención y el riesgo de marginación y deterioro (sin olvidar la sobrecarga que sufren muchas de sus familias) es necesario promover un reconocimiento social y una actitud prioritaria para permitir salir de la situación actual de estas personas y ofrecer así la atención y las posibilidades de integración que les corresponda.

Es fundamental establecer, potenciar y organizar una completa red de recursos intermedios y comunitarios así como sociales que no solo se den en el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital Chacón Paut: Hospitales Diurnos, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, recursos de Rehabilitación Psicosocial y soporte social, Formación e Inserción Laboral, Recursos residenciales, Hogares, Pensiones, etc.

Es imprescindible que se produzca un decidido avance buscando la coordinación y complementariedad entre el sistema sanitario y de Salud Mental y el sistema de Servicios Sociales para promover la articulación de un sistema integral de servicios, recurso y programas, dotados presupuestariamente de manera adecuada.

Finalmente, resulta necesario promover la adecuada formación de los profesionales en técnicas específicas de rehabilitación.

Indudablemente para lograr estos objetivos, es necesario un cambio de actitudes por parte de alguna de las personas implicadas en la organización, dirección y asistencia psiquiátricas.

Bibliografía utilizada

Abaurrea, P. Astrain, M.V. Elgorriaga, G. Litago, R. (2000). “Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. Extraído el 15 de noviembre del 2011: <http://84.88.0.49/index.php/ASSN/article/view/6418/5124>.”

Acuña, J. (1999). “Modelos en Rehabilitación Psicosocial. Revisión Bibliográfica” Extraído el 1 de enero del 2012, <http://www.bvsde.paho.org/tex.com/cd050644/acuna.pdf>.

Aldáz, J.A. Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Arias, P. Camps, C. Cifre, A. Cicharro, F. Fernandez, J. Gisbert, C. Gonzalez, J. Mayoral, F. Moro, J. Pérez, F. Rodriguez, A. (2002). AEN Asociación española de Neuropsiquiatría: “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo”. Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Redacción: Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. Extraído el 5 de enero del 2011: <http://www.pulso.com/aen/index.htm>.

Baker R, Hall J. (1983) *Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker (REHAB)*, Aberdeen, Escocia: Vine Publishing.

Cabrero, J.L (2002) Conferencia “Intervención Psicosocial en la Esquizofrenia. Tomado del Libro: *Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas*”. Salamanca, España: AMARÚ EDICIONES.

Cardamone, G, Sisti, E (1996). “Trabajo de Rehabilitación Psicosocial: una perspectiva histórica. Colaboradores en el programa de reinserción productiva de Lisiados de Guerra (PROLIS) en el Salvador.”

Casas, E. Escandell, M.J. Ribas, M. Ochoa, S. (2010). “Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XXX (Enero-Marzo). Número 105, pp 25-47. <http://www.scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/02.pdf>.

Castilla del Pinto, C. (2006). *Conferencia de Clausura del XXII Congreso de la AEN*, Bilbao, mayo del 2006. Extraído el 28 de enero del 2006: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=50211-5735200070000100011&script=sci_arttext.

Ciampi, K (1983). How to improve the treatment of schizophrenia: A multicausal illness concept and its therapeutic consequences”. En H. Stierlin, L. C. Wyne, y Wirchin *Psychosocial Intervention in schizophrenia*. Springer –Verlag. Berlin-New York (1983).

CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, decima edición (2010)

Cohi, A. (1990). “Estudio comparativo de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos según la condición de tratamiento” Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, pp: 201-218.

Díaz, L. Morrow, E. (1996) “El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría” Extraído el 1 de diciembre 2011: <http://www.wimbiomed.com.mx>.

DSM IV- TR, Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA) (2010)

Ferguson, S. (1992). “*The Clinical evaluation of a new community psychiatric service base on general practice psychiatric Clinics. British Journal o Psychiatry*”

Franco, M (2011). *III Jornadas Nacionales sobre esquizofrenia. Conferencia: “Rehabilitación psicosocial en pacientes con esquizofrenia refractaria”*. Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid, 21 octubre 20011.

Franco, M. (2011) Conferencia: “La Rehabilitación psicosocial en Castilla y León. Documento suministrado por el autor. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora 2011.

Fischer EP et al. (1996) “Schizophrenia outcomes module” (SCHIZOM) 1996 http://measurementexperts.org/instrument/instrument_reviews.asp?detail=73. Obtenido el 4 de abril de 2007.

Frenk, J. Ruelas, E. et al (2006). “Programa específico de Esquizofrenia”. Primera Edición 2002. D.R. Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez 06696, México, D.F. Impreso y hecho en México. ISBN. www.ssa.gob.mx.

Florit, A (2011). *III Jornadas Nacionales sobre esquizofrenia. Conferencia:” Técnicas psicológicas de rehabilitación psicosocial en esquizofrenia”*. Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid, 21 octubre 20011

Florit, A. y Linos, P. (1998). “Entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de enfermos mentales crónicos”

Florti, A.(2006). “La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica”. *Coordinador Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial Hermanas Hospitalarias. Madrid, 2006*. Vol. 24, número 1-3, págs. 223-244.

García, J.M. Pérez, M. (2003) “Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud. Jornada Internacional de psicología Extraído el 2 de enero de 2012:http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-63.pdf.

Garrabé, J. (1995). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. (1ª ed.) México

Gisbert, C (2003). Rehabilitación psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno mental Severo. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Janca, A. (1996). "The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule" (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol

Jiménez R, Vázquez AJ, Cecilia L. (1994) REHAB: "Características psicométricas de una versión española, Psiquis "1994; 15 (5): 33-40.

Lemos, S.(2002). "El modelo de vulnerabilidad como fundamento para la rehabilitación de la psicosis". Tomado del Libro: Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas". Salamanca: Amarú ediciones.

Liberman, R.P (1986). "Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping an competence". Schizophrenia Bulletin, 1986, pp. 631-647.

Liberman R.P. Kopelwicz, A. (2004). "Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Departamento de Salud Mental de San Fernando. Rehabilitación psicosocial. Extraído el 24 enero: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/pdf/272/272v1n1a13067494pdf001.pdf>.

López, R. (2009). "Hospital Nacional Psiquiátrico: ni asilo ni cárcel". Artículo del Hospital Nacional Psiquiátrico. C.C.S.S www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/liberia.pdf.

López, R. Calderón, F. Sandoval, C. Jara, M. VII Congreso Internacional de Psicología Social de la liberación (2005). "Rehabilitación Psicosocial desde una perspectiva de derechos humanos: alternativas a la institucionalización psiquiátrica" San José- Costa Rica. Extraído el 18 de enero del 2011: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/liberia.pdf.

Muesser, K. (1990).). Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Medscape Mental Health* (online journal), 6NY, US: Pergamon Press. Extraído el 3 de febrero del 2012: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1278866&pid=S11320559200800030000300136&Ing=es

Ochoa, E.F.L. y Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de psiquiatría Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 223-244.

Otero, V. (1992). *Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica*.

Pasquale, E. (2000). “Modelos Psiquiátricos: Trieste 20 años después”. Extraído el 1 de enero del 2012: http://www.triestsalutementale.it/spagnolo/06-intervencion_fam.htm.

Phelan Met al.(1995). “The Camberwell Assessment of Need” (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 589-595.

Ramírez, D. (2009). Tesis de Grado Universidad de Costa Rica. Especialidad en Psiquiatría. “Rehabilitación Psicosocial el Hospital Nacional Psiquiátrico en Usuarios y Usuarías que tiene seguimiento en la consulta externa del Hospital Diurno.

Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales Crónicos*. Madrid: Ediciones Piramide, S.A

Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J y Orviz, S. (1997). “Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos”. En Rodríguez, A. (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rosales, C. et al. Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades Camberwell (CAN). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30, 2: 99-104.

Slade Met al.(1999) “Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness”: CANSAS and HONOS. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 404-408.

Saraceno, B. (2003). *La Liberación de los Pacientes Psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax.

Sartorius N. (1992) «La psichiatria sociale negli anni novanta: sfide e prospettive», *Schizofrenia*. pp. 5-13.

Soto Pérez, F Felipe (2011) Encargado del equipo de apoyo comunitario en el centro de rehabilitación psicosocial. Entrevista Personal, 23 de noviembre del 2011.

Spivak, M. Omer, H., «Un modello interpersonale per capire e neutralizzare y processi cronici nei pazienti psichiatrici», *Rivista Sperimentale Freniatria*, 1992, Vol.116. pp. 179-202

Uriarte JJ et al(1999). Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública* 1999; 11 (4): 93-101.

Van Os J. (2002). “2- COM: an instrument to facilitate patient-professional communication in routine clinical practice”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, pp 446-452.

Verdugo, A. López, D. Gómez, A. Rodríguez, M. (2002). *Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas*. Salamanca: AMARÚ EDICIONES

Verdugo, M.A. Arias, B. Ibáñez, A (2007). *Escala de Intensidad de Apoyos (SIS). Manual de Adaptación Española*. Madrid: Editorial TEA.

Vindas, R. (2011). “Contribución a un guía de práctica clínica para el abordaje de la epilepsia refractaria: La valoración clínica y neurológica del candidato a cirugía. Universidad de Costa Rica. Trabajo Final de Graduación para optar al Título de Especialidad en Psicología Clínica. Revisión Bibliográfica

Wing J K (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*

Zoch, C. (2004). “Esquizofrenia: Temas en Psiquiatría”. Capítulo IV Hospital Nacional Psiquiátrico, C.C.S.S. Universidad de Costa Rica. Extraído el 4 de enero del 2011 www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/Esquizofrenia2004.pdf.

ANEXOS

Anexo No.1

Criterios para el Diagnóstico de Esquizofrenia

Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10 (OMS).

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullo.

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica.

Excluye: Estado paranoide involutivo (F22.8).

Paranoia (F22.0).

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

Los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y alucinaciones son transitorias y fragmentadas y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas abosortas como de satisfacción de si mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio o incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva:

Incluye: Esquizofrenia desorganizada.

Hebefrenia.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

a) Estupor o mutismo.

b) Excitación.

c) Catalepsia.

d) Negativismo.

e) Rigidez.

f) Flexibilidad cérea.

g) Obediencia automática.

Incluye: Estupor Catatónico

Catalepsia esquizofrénica.

Catatonía esquizofrénica.

Flexibilidad cérea esquizofrénica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

a) Satisface las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.

b) No satisface las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.

c) No reúne las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

Incluye: Esquizofrenia atípica.

F20.4 Depresión postesquizofrénica.

a) El enfermo ha tenido en los últimos meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de la esquizofrenia.

b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.

c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

F20.5 Esquizofrenia residual.

a) Presencia de síntomas esquizofrénicos “negativos”.

b) Se ha hecho en el pasado el diagnóstico de esquizofrenia.

c) Un periodo de por lo menos un año durante el cual la intensidad de los síntomas “positivos” ha sido mínima o claramente apagada.

d) Ausencia de demencia u otro trastorno cerebral orgánico o de otras causas de deterioro.

Incluye: Esquizofrenia crónica no diferenciada.

Restustand.

Estado esquizofrénico residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

Difícil de diagnosticar. Desarrollo progresivo de síntomas “negativos” característicos de la residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado. Marcada pérdida de interés, ociosidades y aislamiento social.

F20.8 Otra esquizofrenia

Incluye: Esquizofrenia cenestopática.

Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

Dentro del mismo capítulo, pero sin pertenecer a las formas de la esquizofrenia, el CIE-10 incluye otros cuadros que corresponderían, de acuerdo a otros enfoques, más bien a un apartado de “Diagnóstico diferencial de la esquizofrenia” apenas por organizarse; nos limitaremos a señalar las patologías.

Para calificar la forma de evolución se utiliza un quinto carácter:

F20.x0 Continua.

F20.x1 Episódica con defecto progresivo.

F20.x2 Episódica con defecto estable.

F20.x3 Episódica con remisiones completas.

F20.x4 Remisión incompleta.

F20.x5 Remisión completa.

F20.x8 Otra forma de remisión.

F20.x9 Periodo de observación menor de un año.

:

Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales. DSM-IV (APA).

A. *Síntomas característicos:* Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente por un período de tiempo de un mes (o menos si hubo un tratamiento útil):

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p.ej.: incoherencias o “descarrilamientos” frecuentes).

4. Conducta muy desorganizada o catatónica.

5. Síntomas negativos, p. ej.: aplanamiento afectivo, alogia o defectos en la volición.

Nota: Si los delirios son abigarrados o las alucinaciones consisten en voces que se mantienen comentando la conducta o los pensamientos de la persona, o dos o más voces conversan entre sí.

B. *Alteración social/ocupacional.* Durante un tiempo significativo desde el comienzo del problema, ha habido fallas en áreas como la del trabajo y de las relaciones interpersonales o en lo referente al cuidado personal; todo ello conduce a una disminución significativa en el nivelde

logros previos al comienzo del problema. Cuando el comienzo sucede en la pubertad o la adolescencia aparecen fallas en el nivel de los logros interpersonales, académicos u ocupacionales.

C. Duración. Signos del padecimiento presentes en forma continua durante un período de 6 meses cuando menos. Este período incluye la presencia de 3 criterios de A durante 1 mes o menos si hubo tratamiento y puede incluir manifestaciones prodrómicas o residuales. Durante estas fases prodrómica o residual las únicas manifestaciones de la enfermedad pueden ser algunos síntomas negativos o dos o más de los criterios A, aunque sea en forma atenuada (p. ej.: creencias singulares, experiencias de percepciones excepcionales).

D. Exclusión del Trastorno Esquizoafectivo y de los Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos. Se han excluido por: 1) No se ha podido sostener el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de episodios mixtos durante la fase activa de la enfermedad; y 2) Si han coexistido síntomas del estado de ánimo durante la fase activa de la enfermedad su duración ha sido breve en relación a los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. Exclusión de que la causa es debida al uso de una sustancia o por una condición médica general. La enfermedad actual no es la consecuencia directa de una alteración fisiológica producida por alguna sustancia –de la que se abuse o prescrita con fines médicos– o debida a una condición médica general.

F. Relación con un Trastorno Profundo del Desarrollo. Si existe una historia de trastorno autista o algún otro trastorno profundo del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hará únicamente si son muy notables los delirios o las alucinaciones durante por lo menos 1 mes o menos si hubo un tratamiento útil.

Clasificación del curso longitudinal (sólo aplicable después de un año de iniciados los síntomas).

Episódica con síntomas residuales interepisódicos (los episodios son reconocidos por la reaparición de síntomas psicóticos evidentes); debe especificarse si:

Hay predominio de síntomas negativos.

Episódica sin síntomas residuales interepisódicos continuos (los síntomas psicóticos son notables durante el período de observación); debe especificarse si:

Hay predominio de síntomas negativos.

Continuo con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial; especificar si:

Hay prominencia de síntomas negativos.

Episodio único en remisión completa.

Otros patrones no especificados.

Tipos Clínicos.

295.30 Paranoide.

295.10 Desorganizado

295.20 Catatónico.

295.90 Indiferenciado.

295.60 Residual.

295.30 Paranoide.

A. Preocupación por uno o más delirios o alucinaciones auditivas.

B. Ninguno de los siguientes síntomas: discurso desorganizado, conducta desorganizada o catatónica, afecto aplanado o inapropiado.

295.10 Desorganizado.

A. Son notables todos los síntomas siguientes:

1. Discurso desorganizado.

2. Conducta desorganizada.

3. Afecto aplanado o inapropiado.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

295.20 Catatónico.

Al menos dos de los siguientes:

1. Inmovilidad motora puesta en evidencia por la presencia de catalepsia (incluyendo flexibilidad cética) o estupor.

2. Actividad motora excesiva (sin propósito aparente y no inflúa por los estímulos externos).

3. Negativismo extremo (resistencia a todas las instrucciones sin motivo o mantenimiento de una posición rígida contra los intentos de ser movido) o mutismo.

4. Particularidades en el movimiento voluntario evidenciado por la adopción de posiciones extrañas o inapropiada (*posturing*), movimientos estereotipados, notables manierismos o gestualidad exagerada.

5. Ecolalia o ecopraxia.

295.90 Indiferenciado.

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los criterios A pero no los criterios de los tipos Paranoide, Desorganizado o Catatónico.

295.60 Residual.

A. Ausencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y de conducta notablemente desorganizada o catatónica.

B. Existen evidencias continuas de enfermedad, según puede notarse por la presencia de síntomas negativos o por la presencia de dos o más síntomas de los criterios A en forma acentuada: creencias singulares, experiencias perceptuales poco comunes.

Anexo No.2

Reforma Psiquiátrica: principios básicos

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.**
- **Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender 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.**
- **Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para**

facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.

- **La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante 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.**
- **Un intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.**

Fuente: tomado de Gisbert, 2002, pg. 16.