

Informe de Psicología

Social

Tema: Esquizofrenia y rehabilitación



Integrantes: Connie Contreras C.

Paloma Navarro U.

Giovanna Salazar C.

Docente: Andrés Martínez M.

Introducción

La esquizofrenia, término utilizado a principios del siglo XX, es una enfermedad que existe en todas las culturas y en todas las épocas. Esta enfermedad esta considerada como la más grave, dado que afecta a todos los aspectos de la personalidad del individuo, como piensa, actúa, siente y cuida de si mismo. El aspecto básico de la esquizofrenia es la distorsión de la realidad que tiene el individuo.

Esta enfermedad también tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio, además puede producir un deterioro de la vida de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato.

Es por estos motivos que en la actualidad se toman aspectos tan importantes como los derechos de los pacientes, la calidad de los servicios y determinadas técnicas de tratamientos.

El trabajo será realizado en la Corporación Bresky, ésta se encuentra ubicada en la ciudad de Valparaíso.

La Corporación Bresky es una organización sin fines de lucro que nace el año 1980 y cuya finalidad es apoyar a la rehabilitación psico-social de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

Antecedentes Teóricos

Teorías o modelos Conceptuales: Los principales modelos teóricos construidos para explicar las causas y los mecanismos de la esquizofrenia, y en los cuales se apoya el modelo integral, éste se puede separar en cuatro grandes grupos: Biológicos, Cognitivo- conductual, de desarrollo, y la teoría de sistemas.

Modelo Biológico:

Conocido también como Modelo Clínico- Farmacológico, este modelo habla sobre el origen de la esquizofrenia, conciben al ser humano como un organismo viviente, un ente reactivo que al presentar alguna alteración significativa en su estructura o en su funcionamiento, manifiesta la enfermedad.

De este modelo se desprende la teoría genética.

- Teoría genética:

La teoría genética se basa en dos tipos de estudios:

- 1.- Incidencia de esquizofrenia y grado de consanguinidad.
2. -Grado de concordancia en gemelos.

Dentro del primer grupo, los estudios de incidencia de la esquizofrenia en la población general revelan que el riesgo de adquirir la enfermedad es de 0,6 a 1,8 por ciento.

Cuando un individuo tiene un hermano esquizofrénico, este riesgo sube de 7 a 15 por ciento. Para los hijos de un padre esquizofrénico es de 7 a 16 por ciento. Si ambos padres son esquizofrénicos, las posibilidades suben de 40 a 60 por ciento. Dentro del segundo grupo, se han hecho estudios con gemelos uni y bivitelinos. En bivitelinos (dizigóticos), las posibilidades van de 2 a 15 por ciento mientras que en los univitelinos (monozigóticos) es de 61 a 86 por ciento.

Kallman hizo estudios en que demuestra que gemelos monozigóticos que no han vivido juntos, tienen 77,6 por ciento de probabilidades de que uno se enferme, después de haberse declarado la enfermedad en el otro; mientras que si han vivido juntos, el porcentaje sube a 91,5 por ciento.

El tipo de herencia ha sido muy debatido, pero la más aceptada en la actualidad es la teoría poligenética, enunciada por Falconer en 1965, que establece que hay varios genes involucrados. Sin embargo, también se acepta que los factores ambientales tienen importancia en la aparición de los síntomas, es decir, que existe una interrelación de factores genéticos y ambientales de tal forma que entre más carga genética se tenga, se requieren menos factores ambientales adversos y viceversa. (Kallman, F. J. In: Freedman, A. F. *et al.*: "Comprehensive Textbook of Psychiatry, segunda edición, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, USA, 1975)

Modelo Cognitivo-Conductual:

Para explicar la esquizofrenia, este sistema teórico se ocupa del comportamiento. Parte de un principio, que la conducta biológica es el resultado de la interacción entre un organismo y su ambiente. Trata de buscar los patrones comunes, las leyes que rigen la interacción entre el ambiente y organismo, para producir una conducta. El aprendizaje, por ejemplo, produce una serie de cambios neurales, químicos y estructurales, que determinan la aparición de un conjunto diverso patrones repetidos de respuesta con los cuales se conforma "la manera de ser "que en lo individual se llama comportamiento y conducta en lo colectivo.

Teoría del aprendizaje:

Este modelo estudia las distintas partes del proceso del aprendizaje, cuya integridad depende de las funciones mentales o funciones intelectuales, como son la creatividad, la atención, la memoria, el juicio, la capacidad para asociar, hacer planes y construir expectativas.

Uno de los trastornos que se presentan en el proceso del aprendizaje que ocurre en la esquizofrenia, es el déficit de la atención.

Teoría del desarrollo

En esta teoría mira al individuo en la situación actual y esta es resultado de todo su proceso evolutivo. Esta teoría considera el modelo ontogénico, para las personas con esquizofrenia.

- Modelo Ontogénico

Es el origen y desarrollo de la esquizofrenia se han relacionado con dos periodos altamente críticos en la vida humana, la histogénesis y la adolescencia.

- Histogénesis

Es la primera etapa de la crisis existencial este tiene lugar en el periodo embrionario, durante la histogénesis, esto quiere decir en el proceso de formación y desarrollo de los tejidos, en particular cuando tiene lugar en la migración de las neuroblasto desde el área ventricular en el interior del cerebro, hasta se capa superficial, la corteza.

Las infecciones virales maternas, exposición a energía ionizante, carencias de nutrientes, exceso de algunas vitaminas y etc., pueden producir daños estructurales cerebrales que, hipotéticamente, podrían ser la base para la aparición de la esquizofrenia.

- Adolescencia

Esta etapa al igual que la anterior, es una etapa crítica de la vida, ya que es un "periodo de prueba" existencial en el cual los seres humanos están expuestos a fuente de estrés cotidianamente.

En esta etapa todavía pueden ocurrir daños estructurales cerebrales capaces de influir en la presencia de la esquizofrenia. La adolescencia comúnmente coincide con la presencia del primer episodio psicótico de la esquizofrenia.

Teoría de sistemas

Este sistema teórico, aplicado a la patogénesis de la esquizofrenia, plantea una nueva epistemología, una forma nueva de pensar, desecha la unícausalidad racionalista, la noción mecanicista clásica de causa - efecto; se acoge al concepto de multicausalidad, de acontecimientos coincidentes, de hechos casualmente relacionados.

Uno de los postulados centrales en este nuevo sistema para pensar es que en todo conjunto funcional cada elemento particular interactúa con los demás, modificándose mutuamente. Aquí es donde se ubica la teoría de la familia para comprender la esquizofrenia:

- **Teoría de la familia**

La madre esquizofrenia por Fromm Reichman, quien con base teórica psicoanalítica, sostenía que el origen de la esquizofrenia era definido por la relación del paciente con su madre. Se habló incluso de "la madre perversa". Se pensaba que la madre establecía una relación tan estrecha con su hijo que, para ella satisfacer sus necesidades personales, lo retenía a su lado, sin tener en cuenta las necesidades actuales y potenciales del niño como sujeto. (María Isabel Betancur, Esquizofrenia rehabilitación y otro camino, Primera edición 1994, Colombia).

Antecedentes contextuales

Diagnóstico

La esquizofrenia es una enfermedad o, más probablemente, un conjunto de enfermedades que generalmente se presentan en las personas jóvenes.

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa sobre la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas del paciente.

Aspectos Clínicos

Los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, productividad del pensamiento, el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad, la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación.

Estos síntomas se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral. A pesar que existe un marcado deterioro en distintos dominios de funcionamiento (por ejemplo, aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc.), existen grandes variaciones entre los distintos individuos afectados por la enfermedad y, en el mismo individuo, a lo largo del tiempo.

Las manifestaciones propias de la esquizofrenia actualmente son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones; síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (alogia, aplanamiento afectivo, abulia, apropositividad), síntomas cognitivos (trastornos del pensamiento, trastornos de la atención), y síntomas afectivos. Los subtipos de la esquizofrenia son definidos de acuerdo a los síntomas predominantes al momento de la evaluación más reciente, y, por lo tanto pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Tipos de esquizofrenia por lo general son reconocidos 5 tipos de trastornos esquizofrénicos:

Esquizofrenia Paranoide: Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años, es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

- **Esquizofrenia Catatónica:** Predomina el trastorno de los movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

- **Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica:** Predomina un afecto absurdo, no apropiado, se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebefrenicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias). El pronóstico suele ser desfavorable en

comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

- **Esquizofrenia indiferenciada:** Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las anteriores.
- **Esquizofrenia residual:** En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.(Esther Moreno Cidoncha, Trastornos de personalidad y su abordaje clínico)

Pronóstico

El modo de inicio puede ser definido como agudo, en el cual un estado psicótico florido se desarrolla en el curso de días o semanas. Existe una diferencia de género en la edad de inicio de la enfermedad. En los hombres existe es alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres este se produce alrededor de los 25 años. Los sujetos con un inicio más temprano de la enfermedad suelen ser varones, tener una peor adaptación, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías estructurales cerebrales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Existe una tendencia a un curso más suave y a un mejor pronóstico en las mujeres.

Por otra parte, existe evidencia que muestra que distintas dimensiones de mejoría como pueden ser el funcionamiento social, los síntomas clínicos y rendimiento cognitivo, se encuentran sólo débilmente relacionadas, existiendo gran heterogeneidad en el individuo y permitiendo progresos en un área a pesar de que puede haber un gran deterioro en otra. Sin embargo, la visión más optimista que surge de los estudios¹ más recientes no debe llevarnos a ignorar el hecho de que cerca del 60% de los pacientes esquizofrénicos siguen un curso prolongado.

¹ Los estudios muestran una importante variabilidad en el curso de la esquizofrenia. A pesar de las diferencias metodológicas hay coincidencia en que en porcentajes cercanos al 45% existe una significativa recuperación tras uno o más episodios psicóticos, que aproximadamente un 35% de las personas afectadas presenta una evolución con sucesivos episodios de exacerbación aguda y remisiones parciales de duración variables, que un 20% presenta síntomas que no remiten y presentan un deterioro progresivo, y que la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual.(técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile)

Primer brote de esquizofrenia

Generalmente las primeras manifestaciones perceptibles de la esquizofrenia se presentan en la adolescencia. Los síntomas prodrómicos se desarrollan en el curso de semanas o meses y pueden prolongarse por meses o por más de un año hasta que aparece la enfermedad manifiesta. Por lo general, los síntomas y signos prodrómicos son diagnosticados retrospectivamente. Consisten en quejas inespecíficas, como debilidad, cefaleas, dolores, molestias digestivas, dificultades de concentración, etc.

Los familiares y amigos advierten un cambio en el paciente; este se vuelve aislado, con algunas anomalías de la conducta y con baja de su funcionamiento social, laboral o estudiantil.

Los enfermos suelen empezar a interesarse en temas filosóficos, esotéricos o muy abstractos. A esto pueden agregarse anomalías del afecto y del lenguaje, ideas bizarras y experiencias perceptivas anómalas.

El comienzo de los síntomas manifiestos puede verse precipitado por situaciones ambientales como cambios de ciudad de residencia, cambios de colegio, la muerte de alguien significativo, la ocurrencia de eventos traumáticos (abuso sexual, experiencias de violencia, etc.) o el consumo de drogas.

Después del primer episodio psicótico suele haber una lenta recuperación, seguida de un periodo más o menos largo de una relativa mejoría. Sin embargo, lo habitual es que haya recidivas. Cada recidiva es seguida de un deterioro acumulativo en el funcionamiento del paciente. Las personas afectadas de esquizofrenia muestran una marcada vulnerabilidad ante el estrés y están propensos a recaer en la enfermedad en situaciones estresantes.

Asimismo, es frecuente que los pacientes presenten depresión después del episodio psicótico. El primer episodio psicótico suele ocurrir durante la juventud, es decir, en un momento de la vida de la persona en la cual se está consolidando su relación con los demás, con el mundo y se está definiendo su proyecto de vida. Por lo mismo, el pronóstico respecto de la calidad de vida futura del paciente se encuentra íntimamente ligado al adecuado manejo de la enfermedad. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son las bases sobre las cuales es posible la recuperación.

Consecuencias de la esquizofrenia

• Mortalidad

Los índices de mortalidad en la población afectada de esquizofrenia son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en su acceso a los sistemas de salud.

Estudios recientes de pacientes viviendo en la comunidad muestran una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. El suicidio, en particular, es un problema a considerar, pues se estima un riesgo de vida para el suicidio de un 10%, el cual es 12 veces mayor que en la población general.

• Discapacidad Social

En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias Áreas, por ejemplo:

- Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación).
- Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)
- Funcionamiento en Roles Familiares
- Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

• Estigma Social

Existe un estigma fuertemente asociado al diagnóstico de Esquizofrenia. De este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje despectivo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma incluso se puede producir en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios.

• Impactos en los cuidadores

Los datos disponibles muestran que la mayoría de las personas con esquizofrenia viven con sus familiares. El sufrimiento de los familiares y de otras personas viviendo en contacto con los pacientes debe ser considerado en varios aspectos:

- El deterioro económico relacionado con la necesidad de mantener al paciente y la pérdida de productividad de la familia.
- Las reacciones emocionales a la enfermedad tales como culpa y temor al futuro.
- El estrés de enfrentarse a conductas anormales.
- La disrupción de rutinas familiares.
- Los problemas derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas.
- Restricción de actividades sociales.

Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia debe hacerse simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y que consiste en: a) eliminar los síntomas una vez que se han presentado b) prevenir la aparición de nuevas crisis y c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global. Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento del funcionamiento social, frecuencia de hospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar. (Zoch, Carlos E. Esquizofrenia: Temas en psiquiatría. Capítulo VI Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica)

El tratamiento debe privilegiar en todo momento las intervenciones ambulatorias, restringiendo al máximo, y sólo para fines específicos, las hospitalizaciones. Muchos pacientes requieren tratamiento y cuidados de por vida, con necesidad de apoyo para la realización de una buena parte de las actividades de su vida cotidiana y de su participación social.

En la actualidad no existe cura para la enfermedad, sin embargo el tratamiento integral puede disminuir la mortalidad y discapacidades asociadas con la esquizofrenia.

Sin embargo el objetivo primordial es asegurar una mejor calidad de vida para los pacientes.

El tratamiento es una labor de un equipo clínico multidisciplinario que planifica junto al paciente y la familia, estrategias para abordar la globalidad de las dimensiones de la vida de la persona afectada. El seguimiento longitudinal de la evolución de un paciente por el mismo equipo contribuye a desarrollar una alianza terapéutica más fuerte permitiendo una buena adherencia al tratamiento y asegurando la continuidad de los cuidados. El tratamiento debe incorporar a los miembros de la familia de la persona afectada, y/o a otras personas significativas, como actores fundamentales de la recuperación del paciente.

El desarrollo de un plan de tratamiento para un individuo con esquizofrenia requiere la consideración tanto de características actuales de la enfermedad, los síntomas y signos propios de la esquizofrenia, las actividades de la vida diaria, el nivel de funcionamiento en distintos roles y los efectos colaterales del tratamiento son áreas que deben evaluarse a lo largo de todas las fases de la enfermedad.

Se debe proporcionar al paciente y a su familia, cada cierto tiempo, la información acerca de su estado actual y solicitar su consentimiento informado para las distintas etapas del tratamiento.

- **Tratamientos biológicos**

Los antipsicóticos constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Todos los pacientes con esquizofrenia deben ser tratados con fármacos antipsicóticos. El tratamiento de mantención con una dosis mínima efectiva reduce los efectos colaterales, previene las recaídas y mejora la recuperación funcional.

La adherencia al tratamiento es uno de los factores pronósticos más importantes en el largo plazo, por lo tanto debe ser facilitada por medidas tales como un régimen de tratamiento simple (por ejemplo, una toma diaria).

Se debe realizar una evaluación periódica del tratamiento tanto en los pacientes que responden como en los que no responden y en los que desarrollan efectos colaterales.

- **Fármacos antipsicóticos convencionales**

Los fármacos antipsicóticos convencionales poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones el delirio, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de las psicosis.

Se ha demostrado la eficacia de los neurolépticos clásicos para disminuir los síntomas positivos de la fase aguda; en cambio su impacto para disminuir los síntomas negativos es modesto. Se ha demostrado su capacidad de prevenir recaídas en el tratamiento de mantención.

El tratamiento de mantención debe considerar la posibilidad del desarrollo de complicaciones del uso de los neurolépticos. Se recomienda, en general, el uso de la dosis más baja que permita un buen control de los síntomas.

El tratamiento de mantención a largo plazo se encuentra limitado por una serie de factores a considerar. La mayoría de los efectos colaterales son leves y limitados en el tiempo; sin embargo, algunos representan problemas serios y requieren atención especial.

• **Fármacos antipsicóticos atípicos**

Los fármacos antipsicóticos atípicos representan una alternativa a los convencionales, no se ha logrado consenso aún en qué consiste precisamente la "atipicidad" de estos nuevos fármacos. Se han señalado algunas características que pueden ser indicadoras de esta condición. Una de ellas es la escasa incidencia con que se inducen efectos motores de tipo extrapiramidal. La discinesia tardía prácticamente no se presenta al usar estos fármacos. Otra característica importante es la baja capacidad de producir aumento de la prolactina, lo que se asocia a ausencia de disfunción sexual o irregularidades del ciclo menstrual. Una tercera característica sería su eficacia sobre un rango de síntomas mucho más amplio que el cubierto por los antipsicóticos convencionales. Los atípicos han demostrado eficacia sobre los síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos de la esquizofrenia.

• **Terapia electroconvulsiva**

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento seguro y efectivo que puede ser considerada como alternativa y/o ayudante del tratamiento farmacológico en los pacientes con mala respuesta en la fase aguda. Existe evidencia que la terapia electroconvulsiva produce un significativo alivio sintomático en pacientes de menos de un año de evolución, pero que sus resultados son modestos en la esquizofrenia de curso crónico.

El principal efecto secundario es la interferencia en la memoria anterógrada y retrógrada. Este efecto también es transitorio y se resuelve en las semanas siguientes

al tratamiento, excepto por el olvido de eventos biográficos cercanos al uso de la terapia electroconvulsiva el cual puede persistir por lapsos más prolongados.

Intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia

La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica, en donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social, aumentan la capacidad para funcionar independientemente, también proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia.

Los tratamientos psicosociales son interpersonales e implican la ejecución de variados roles por parte de los distintos miembros del equipo: como gestores, para la coordinación de servicios adaptados al tratamiento; como educadores, para otorgar educación sobre la enfermedad y cómo enfrentarla; como amigos, para proveer apoyo y motivación; como terapeutas entrenados, para promover las estrategias para el enriquecimiento interpersonal.

Psicoeducación

Se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La educación abarca al paciente y a sus familias o cuidadores. Se puede realizar en forma individual o en grupos.

La psicoeducación facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable, cordial y abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella. La psicoeducación cumple así un rol preventivo. Los contenidos deben incluir, a lo menos:

- Naturaleza de la enfermedad.
- Manifestaciones clínicas.
- Importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación, etc.
- Tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas).
- Tratamiento Psicosocial (importancia, beneficios, alternativas).
- Derechos y alternativas de apoyo social.
- Reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación.
- Reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo).
- Reconocimiento de signos de alerta de riesgo de suicidio.

Psicoterapia

La Psicoterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia deberá considerar para su desarrollo, el momento de evolución de la enfermedad, la capacidad del paciente para establecer una alianza terapéutica y la disponibilidad.

De acuerdo a la literatura clínico descriptiva, los mejores resultados se han conseguido con terapias individuales o grupales que emplean combinaciones de apoyo, educación, entrenamiento de funciones cognitivas y entrenamiento de habilidades sociales.

Las intervenciones terapéuticas en la fase aguda pueden estar dirigidas al núcleo familiar del paciente para el abordaje y contención de las vivencias respecto de la enfermedad de su familiar y para intervenir en la dinámica familiar en aquellos aspectos que modulan la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Las técnicas orientadas al insight pueden prolongar la desorganización durante la fase aguda y precipitar recaídas. Estas estarían indicadas sólo en un pequeño número de pacientes, con una remisión estable, con buena adherencia al tratamiento farmacológico y con una muy buena alianza terapéutica.

Intervenciones familiares

Existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones familiares, las creencias y las expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Por esta razón, el trabajo con la familia debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia.

Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia pueden ser altamente críticos o sobre protectores y, con estas actitudes, aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

La familia es, en la mayoría de los casos, la principal fuente de cuidado de los pacientes esquizofrénicos. Las intervenciones familiares están destinadas, por una parte, a elaborar el proceso de duelo por la enfermedad de su familiar y, por otra, a fortalecer los recursos de esta unidad a través de las siguientes líneas de acción:

- Comprometer en forma temprana a la familia en el tratamiento en una atmósfera sana.
- Proveer a la familia con información actualizada (modelo de la vulnerabilidad, factores de riesgo, cambios en el pronóstico, lógica de los tratamientos, etc.).
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación, mejorando la expresión de emociones tanto positivas como negativas en un ambiente constructivo.
- Entrenar en resolución de problemas para manejar las dificultades derivadas de la convivencia con el paciente, para enfrentar eventos estresantes, para anticipar posibles dificultades, etc.
- Contribuir a la resolución adecuada de las crisis.

Las intervenciones familiares no deben reservarse sólo a las familias con alta expresividad emocional (crítica, hostilidad, sobre implicación), sino debieran ser partes del plan de tratamiento de todo paciente, como un programa estructurado a desarrollar, a lo menos, durante el curso del primer año de evolución.

Estas intervenciones familiares deben ser entendidas no como una intervención de apoyo de largo plazo, sino como una serie de intervenciones breves y específicas, que pueden ser necesarias en distintos momentos del curso longitudinal de la enfermedad, destinadas al abordaje de situaciones que afectan la estabilidad del paciente. Sin embargo hay que tomar la precaución de no involucrar en forma demasiado

prematura, a un paciente agudo, en sesiones familiares altamente estresantes para su estado psicopatológico.

Manejo Ambiental

La gran vulnerabilidad frente al estrés que presentan las personas afectadas de esquizofrenia es una característica que favorece la aparición de síntomas psicóticos o de conductas muy perturbadoras en pacientes previamente estabilizados. El ambiente altamente desestructurado en el cual muchas veces se desenvuelven los pacientes (por ejemplo, falta de contención familiar, vagancia, uso de drogas, etc.), el medio agresivo y violento en el cual viven, el rechazo social que sufren por su enfermedad, son algunas de las variables que contribuyen a una mala evolución.

La intervención por parte del equipo terapéutico sobre estas y otras variables puede contribuir a la estabilidad sintomática del paciente. Una intervención destinada a estructurar las rutinas del paciente, su vinculación con algún grupo organizado de la comunidad, o la residencia transitoria en un hogar protegido, son ejemplos de intervenciones simples que mejoran significativamente el pronóstico de la persona mediante la disminución del estrés ambiental.

Para el éxito del manejo ambiental, se debe tener un conocimiento acabado de las condiciones concretas de vida de los pacientes, por lo tanto, requiere una labor centrada principalmente en la comunidad donde éstos residen. La implementación de las intervenciones necesita de la coordinación de múltiples recursos propios de los servicios de salud (por ejemplo, del consultorio del sector) y comunitarios (por ejemplo, del grupo de iglesia a la cual pertenece el paciente). Es necesario considerar que el ambiente es esencialmente dinámico, por lo cual se debe estar evaluando permanentemente la intervención.

Rehabilitación

La esquizofrenia provoca una discapacidad de largo plazo en una gran proporción de los pacientes. Esto ha llevado a desarrollar una serie de técnicas de rehabilitación con énfasis en las funciones y capacidades de las personas. El objetivo es optimizar el desempeño de los roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.

Resulta imprescindible para el desarrollo de un programa de rehabilitación el que este se ajuste a las necesidades de cada individuo para lo cual se requiere un diagnóstico exhaustivo de las discapacidades en las distintas áreas y planes personalizados de tratamiento que potencien las habilidades y capacidades.

La motivación del paciente es la principal predicción del éxito de la rehabilitación, por lo tanto se deben elaborar estrategias que partan de las áreas de interés del paciente.

- **Actividades de la vida diaria:**

Una de las tareas de cualquier programa de rehabilitación es la recuperación de los hábitos básicos (higiene personal, vestimenta, auto cuidado) y la adaptación a las rutinas de su grupo familiar.

Un paciente incapaz de desarrollar las actividades de la vida diaria está severamente discapacitado, susceptible de ser estigmatizado o discriminado y, por lo mismo, limitado en su posibilidad de adquirir habilidades más complejas.

Existe un segundo nivel de entrenamiento, denominado instrumental, que tiene que ver con actividades más complejas como comprar, planificar el día, preparar alimentos, realizar trámites en servicios públicos, utilizar la locomoción colectiva, etc.

El entrenamiento y reforzamiento en las actividades de la vida diaria debiera ser un continuo a lo largo de toda la enfermedad. Debieran participar en él todas las personas que tienen mayor contacto con el paciente, especialmente terapeutas ocupacionales, enfermeras y sobre toda la familia. El terapeuta ocupacional debiera evaluar el nivel de funcionamiento del paciente y diseñar un plan que estructure la vida diaria del paciente como una guía para la familia.

- **Entrenamiento en Habilidades Sociales:**

Se refiere a un tipo de intervención basadas en las teorías de aprendizaje social que busca estimular y reactivar las habilidades preceptuales, motoras e interpersonales consideradas relevantes para alcanzar una adaptación en la comunidad, el mayor grado de independencia posible, y relaciones sociales.

La eficacia del entrenamiento en la mantención a largo plazo de las conductas aprendidas. Estudios de seguimiento en la comunidad muestran diferencias en la mejoría en el ajuste social entre los pacientes que han completado su entrenamiento en ambientes asistenciales y los pacientes que realizan su entrenamiento en la comunidad, con muchos mejores resultados para estos últimos. En ambos casos se logran significativas disminuciones en los niveles sintomáticos y en las recaídas.

Las habilidades a entrenar van desde el mantenimiento del contacto visual hasta situaciones mucho más complejas como la comunicación y la asertividad. El formato más adecuado es el entrenamiento en grupo por un terapeuta entrenado. Se privilegian los ejercicios de diálogo abierto, de juego de roles y el entrenamiento en vivo en la comunidad.

- **Rehabilitación vocacional:**

Si bien la mayoría de los pacientes pueden tener logros en esta área, los estudios muestran mucho mejores resultados en pacientes que viven en la comunidad, con una mínima historia de hospitalizaciones psiquiátricas. Los pacientes con un mejor pronóstico de rehabilitación laboral son aquellos para quienes la competencia laboral es percibida como un logro personal, que tienen una historia previa de competencia laboral o que poseen buenos hábitos pre-ocupacionales.

Un factor a considerar es la expectativa, generalmente irreal, del paciente y de su familia respecto de las posibilidades de acceder a estudios superiores o a trabajos calificados con buena remuneración. Se debe trabajar con ellos para adecuar las expectativas a las posibilidades. Sin perjuicio de lo anterior, la meta para los pacientes afectados de un primer episodio de esquizofrenia debe ser el retorno a sus estudios o a su trabajo. Se deben dar los apoyos necesarios para ello.

El rango de servicios ocupacionales para personas con esquizofrenia que cumplen los criterios anteriores debiera incluir:

- Entrenamiento pre- ocupacional.
- Empleos protegidos transitorios.
- Apoyo en el trabajo.
- Servicios de consejería vocacional y educacional.

Los resultados de los programas de entrenamiento en ambientes asistenciales o en empleos protegidos han sido cuestionados en su capacidad de lograr que el paciente pueda trabajar posteriormente en un empleo no protegido.

Debe hacerse un esfuerzo para conseguir que el ambiente en que se rehabilite a las personas sea, en lo posible, un ambiente de trabajo normal. Se debe evitar la segregación en condiciones demasiado especiales que desvirtúan el sentido del trabajo transformándolo sólo en un "estar ocupado".

- **Utilización del tiempo libre:**

Las personas necesitan tener acceso real al uso placentero de su tiempo libre, sea en actividades de tipo cultural, deportivo u otro. Por lo tanto un programa de rehabilitación debe incluir actividades destinadas a mantener y facilitar el acceso a las mencionadas oportunidades.

Cuando esto no sea suficiente, se puede promover la formación de Clubes Sociales, estos espacios son ámbitos de socialización e inclusión programada en actividades culturales, deportivas y de esparcimiento en los que el tiempo se estructure de la manera más parecida a la vida social de las demás personas. Se debe impulsar y promover su inclusión en el tejido social con otras formas naturales de asociacionismo de tal forma de no contribuir aún más a la segregación.

Trabajo Práctico en terreno



Nombre: Corporación Dr. Carlos Bresky.

Dirección: Blas cuevas 998, Interior Parque El litre, Valparaíso, Chile.

La corporación Bresky es una organización sin fines de lucro que nace en el año 1980 y cuya finalidad es apoyar la rehabilitación Psico-Social de personas con diagnóstico Psiquiátrico. La integran familiares, amigos y profesionales de diversas áreas.

Su misión es favorecer relaciones terapéuticas, tendientes a la toma de conciencia de los cuidados en salud que requieren las personas en rehabilitación mejorando la adherencia al tratamiento y elaborando conjuntamente, planes de estilos de vida saludable.

Mejorar la participación individual y colectiva de las personas en diversos espacios y actividades comunitarias en función de sus demandas e intereses, con el fin de entrenarse entorno a los desafíos individuales y al ejercicio de deberes y derechos en los espacios fuera del centro diurno.

Capacitación y orientación a familiares.

Elaborar estrategias de sensibilización y promoción en salud mental hacia la comunidad.

Programas que desarrolla la institución

Centros diurnos de Salud Mental

Los centros diurnos de salud mental son espacios en los cuales se llevan a cabo los programas de rehabilitación Psico- Social cuyo objetivo es apoyar y ayudar a las personas en tratamiento psiquiátrico a superar las dificultades del diagnóstico

eventualmente de una hospitalización, de la falta de información pertinente y muchas veces de la discriminación.

Los talleres son variados y adecuados a las necesidades de ambos grupos y pretenden potenciar sus capacidades.

Las actividades grupales se complementan con conversaciones terapéuticas individuales y con familiares a cargo de un terapeuta familiar, psicólogo y asistente social con especialidad en psiquiatría.

Además se realizan talleres de Psico-educación con los familiares, que se realizan quincenalmente en ambas sedes.

Sede Peñablanca

En la jornada matinal de 9:00 a 12:30 horas. Asisten personas que en su mayoría tienen diagnóstico de esquizofrenia y/o patologías similares.

En el horario de la tarde de 14:30 a 17:00 horas. Asisten personas con diversos diagnósticos, incluyendo ciertos grados de retardo mental y con mayores grados de dependencia.

Talleres de capacitación y formación laboral

Son espacios creados para capacitar y emplear a personas con discapacidad o desventajas, que utiliza la producción y servicios, orientada al mercado para lograr su objetivo social.

El trabajo proporciona la oportunidad para lograr un comportamiento socialmente productivo, fomenta el trato social y reduce sentimientos de incompetencia social que puede haber experimentado como "paciente". Además ayuda a estructurar de manera útil su tiempo y al desarrollar las capacidades, impide que surjan incapacidades secundarias y prepara a la persona para poder obtener un trabajo aceptable y un buen desenvolvimiento en la sociedad.

Club social

El club social surge de un largo e intenso trabajo colectivo de los participantes y profesiones del centro diurno. Busca compartir lo aprendido y salir de la típica postura de "discapacitado". El club social realiza diversos talleres para la comunidad como por ejemplo cómics, acondicionamiento físico, biodanza, cocina, literatura entre otros.

Entrevista

Nombre: María Paz

Profesión: Asistente Social

1. ¿Cómo opera la corporación Bresky?

Se divide en varias instituciones

Empresa: Ofrece un espacio de trabajo. La empresa "Fusionarte" en la que trabajan las personas del centro diurno realiza diversos productos con papel reciclado, vitrofusión, cerámica, orfebrería, los cuales luego son vendidos para financiar los costos de los materiales, los monitores y para un pago de incentivo para quienes realizan esta labor.

Centro Diurno: Se realizan diversos talleres como por ejemplo teatro, música, fotografía, habilidades sociales, promoción de derechos, con diversos objetivos de rehabilitación. Existen dos jornadas una en la mañana en la cual asisten personas principalmente con diagnóstico de esquizofrenia y el de la tarde en el cual asisten personas con múltiple diagnóstico.

Club Social: Ubicado en Peñablanca en el cual los chicos sienten que sirven a la comunidad y ofrecen talleres como por ejemplo literatura, manualidades, cómics, acondicionamiento físico.

2. ¿Hay algún requisito para ingresar al centro diurno?

Sí, que la persona esté médicamente compensada. Y que no tenga patología dual, que no sea consumidor de drogas o alcohol.

3. ¿Las personas de este centro desde qué y hasta qué edad están?

De 18 a 65 años de edad, sin embargo hoy en centro hay un chico de 17 años.

4. ¿Las personas asisten a todos los talleres?

No, cuando ingresan al centro se hace una semana de marcha blanca en la cual vienen todo los días y asisten a todos los talleres y ahí se escoge a cual quieren asistir, es como un acuerdo.

5. ¿Cual es su labor dentro de la institución?

Hay harto trabajo, se realizan las entrevistas de ingreso, evaluación de situación familiar, trabajo con redes internas y externas, postulaciones de proyectos, reuniones familiares, los planes de rehabilitación, coordinación de estudiantes en práctica.

6. ¿Qué otros profesionales trabajan en la corporación?

Trabajadores sociales, Profesor de música, Profesor teatro, Terapéutica ocupacional, Ingeniero comercial, Psicólogos, Ceramista, secretaria y ene l caso de algún problema se contacta con el hospital.

Conclusión

La corporación Bresky es una institución sin fines de lucro que trabaja con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde una mirada psico-social, las personas son tratadas como participantes y no como enfermos. A través de la participación en talleres las personas se sienten capaces y conscientes de sí mismo. Pues existen más asuntos que tratar que no son solo médicos, por eso trabaja con habilidades sociales, talleres, entrega de información que ayuden a las personas con diagnóstico psiquiátrico en busca de la integración social.

Bibliografía

Sitios de Internet:

- Corporación Bresky.

En:

www.bresky.cl

-Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

En:

<http://www.portalsaludmental.com/pdf/rehab/Esquizofrenia%20Chile.pdf>

- Esquizofrenia, rehabilitación y otro camino, Primera edición 1994, Colombia.

En:

http://books.google.cl/books?id=x8MfCupDwyQC&pg=PA1&source=gbs_selected_pages&cad=4#v=onepage&q=&f=false

-Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación

En:

http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1996-Procesam%20%20informacion%20y%20esquizofrenia.pdf

-Un nuevo enfoque sobre La esquizofrenia

En:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=65879

- Concepto sobre la esquizofrenia

En:

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>

-Esquizofrenia: Temas en psiquiatría. Capítulo VI, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.

En:

<http://www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm>