



Declarado de interés científico por:
Sociedad Española de Psiquiatría

Avalado por:



ESP 09/05 ZEL 67



Cómo afrontar la esquizofrenia

Sergio Rebolledo Moller
María José Lobato Rodríguez

Cómo afrontar la esquizofrenia

Una guía para familiares, cuidadores
y personas afectadas

Sergio Rebolledo Moller
María José Lobato Rodríguez

Revisores científicos:
Miquel Bernardo Arroyo
Miquel Roca Bennasar

Cómo afrontar la esquizofrenia

Una guía para familiares, cuidadores
y personas afectadas

Sergio Rebolledo Moller

Médico y Psicólogo

Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

María José Lobato Rodríguez

Especialista en Psicología Clínica

Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Revisores científicos:

Miquel Bernardo Arroyo

Miquel Roca Bennasar

© Sergio Rebolledo y María José Lobato.

No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sin previo permiso de los titulares del copyright.

Edición:



GRUPO Aula Médica, S.L.
Paseo del Pintor Rosales, 26
28008 Madrid (España)
Telf.: 91 542 09 55. Fax: 91 559 51 72
www.grupoaulamedica.com

Ilustrado por: Arial, S.L.

ISBN: 84-7885-398-7

Depósito Legal:

Impreso en España.

Fundación Pfizer

La Fundación Pfizer, constituida en julio de 1999, nace fruto del compromiso de Pfizer con la sociedad española para la integración social y la colaboración científica. Tiene como objetivo atender el cuidado de la salud y el bienestar socio-sanitario de la población, para promover un Envejecimiento Saludable.





Índice

	<u>Págs.</u>
Prólogo de la Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia	vii
Prólogo del Presidente de FEAFES	ix
Prólogo del Presidente de la Fundación Pfizer	xi
Prólogo de los revisores científicos	xiii
1. Qué son los trastornos esquizofrénicos	1
2. Causas de los trastornos esquizofrénicos	23
3. Tratamiento de los trastornos esquizofrénicos	41
4. Es importante tener buena salud	69
5. Cómo afrontar las crisis y anticiparse a ellas	83
6. Actitudes ante la enfermedad y los síntomas	101
7. Cómo afrontar los problemas de la convivencia	129
8. Cómo cuidarse para poder cuidar	151
Glosario	173
Bibliografía	182
Bibliografía recomendada. Guías clínicas	183
Webs de interés	184



Prólogo de la Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia

Los cambios habidos en las últimas décadas en la red asistencial de Salud Mental, con la implantación y desarrollo progresivo del modelo comunitario, han supuesto una innegable mejora en el tratamiento y pronóstico y una dignificación en las condiciones de vida de las personas con patología mental grave que, de la exclusión, a veces de por vida en las antiguas instituciones psiquiátricas, pasaron a ser tratadas en la comunidad de pertenencia como cualquier otro usuario de los servicios de salud. Entre estas enfermedades mentales graves, la esquizofrenia, por sus características clínicas y evolutivas y por su elevada prevalencia, ocupa un lugar primordial.

Sabemos que la evolución de la esquizofrenia depende en gran parte de la alianza entre paciente, familia y profesionales a fin de garantizar el cumplimiento terapéutico, evitar los factores de riesgo de recaídas, potenciar al máximo las habilidades y recursos de las personas enfermas y minimizar así la tendencia de la enfermedad a una evolución deteriorativa. En esta alianza, el papel de la familia es fundamental. Desarrollos insuficientes del modelo comunitario y de la red de recursos necesarios en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad han supuesto que, en demasiadas ocasiones, el peso de la atención y cuidados a las personas con esquizofrenia haya recaído en exceso en las familias, que no siempre han encontrado en la red asistencial el apoyo imprescindible para seguir haciendo esa función que la sociedad y los profesionales les demandamos.

A una persona con esquizofrenia la vida le resulta más difícil, pero esta dificultad se hace extensible al entorno familiar y social más directo. Pasado el impacto inicial del diagnóstico hay que asumir la tarea de aprender a vivir con la enfermedad. No es fácil, pero es posible. Y este libro, que debe complementar pero nunca suplir la información, la orientación y el apoyo obtenidos a través del contacto permanente con los servicios asistenciales, sin duda les facilitará la tarea.

Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares y cuidadores se publicó por primera vez en Galicia en 1994. Sus autores, Sergio Rebolledo Moller y María José Lobato Rodríguez, reconocidos profesionales en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial, colaboraban entonces como asesores de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, al tiempo que prestaban servicios como profe-

Prólogo de la Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia

sionales de la Salud Mental en el Área Sanitaria de Ourense. Una segunda edición revisada, en 2000, confirma y avala el éxito obtenido por la primera.

Como Conselleira de Sanidade me complace saber que este libro, gestado en Galicia y que se presenta ahora en edición revisada y ampliada, ha sido hecho suyo por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) como guía para ser divulgada entre sus asociados, ya que no cabe duda de que este nuevo libro contiene una puesta al día de los conocimientos sobre el trastorno esquizofrénico, al tiempo que recoge los últimos procedimientos para afrontar sus síntomas en el contexto familiar y aporta nuevas ideas para dar apoyo y formación a las familias de los afectados.

Por otro lado, el aval otorgado por las dos grandes asociaciones de profesionales de la salud mental, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), garantiza su validación y la utilidad que sin duda tendrá para ustedes.

SANTIAGO DE COMPOSTELA, SEPTIEMBRE 2005

M.^A JOSÉ RUBIO VIDAL
Conselleira de Sanidade
Xunta de Galicia



Prólogo del Presidente de FEAFES

La falta de información y el desconocimiento en general son las principales preocupaciones tanto de los enfermos como de sus familias cuando se produce un diagnóstico por enfermedad mental, especialmente de esquizofrenia. Esta carencia se prolonga en muchos casos durante el desarrollo de la patología y cunde el desánimo y el desconcierto. Estos déficit constituyen el origen precisamente del movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y sus familias, éstos y la necesidad humana de sentirse arropado y comprendido entre iguales.

La falta de información, los prejuicios y los mitos en la sociedad en general son también la causa de uno de los mayores problemas y obstáculos de las personas enfermas, el estigma. Una “marca” que les sigue y entorpece su normalización e integración en la sociedad.

Es por esto que la presentación de esta guía de esquizofrenia que ahora tiene usted entre las manos, no puede ser sino motivo de enhorabuena. Se trata de un instrumento nuevo para canalizar todas aquellas preguntas que hostigan a los afectados directa o indirectamente por esta enfermedad grave y crónica.

Desde las características, plurales y variadas, de la patología; las formas de hacerla frente en la familia tras la primera crisis; los cuidados personales; la mejor forma de actuar ante los síntomas; cómo apreciar *a priori* una recaída, o los distintos tipos de tratamiento y los recursos disponibles en España, etc.

No se trata de una guía más. Este título aporta un valor añadido, ya que tiene en cuenta precisamente la importancia de la información accesible para los enfermos y para sus cuidadores y allegados.

Tampoco es un libro al uso para leer de un tirón, aunque será el lector el que decida la forma en última instancia. Yo la entiendo, y así me consta que es la intención de sus autores, como una guía o un manual de consulta ante situaciones y momentos muy concretos del inicio o el desarrollo de la esquizofrenia, un referente para cualquier interesado. Más allá de la información pretende ser un libro educativo para todos los que de una manera u otra tienen contacto con la enfermedad.

Prólogo del Presidente de FEAFES

La dilatada experiencia de los autores en salud mental abarca muchas áreas pero es especialmente conocido por ambos el mundo asociativo de los afectados y de sus familias. Tanto el doctor Sergio Rebolledo como la psicóloga María José Lobato han trabajado y han formado parte de FEAFES durante muchos años. A su extraordinaria y brillante labor se debe la existencia de muchas asociaciones y de muchas escuelas de familia, que vieron la luz gracias a su profesionalidad y persistencia. Aún hoy se mantiene ese nivel de colaboración entre la Organización y estos dos expertos a los que, desde aquí, quiero agradecer en nombre del Movimiento FEAFES su empatía y su disponibilidad para con nuestro proyecto y nuestra misión.

La esquizofrenia es una enfermedad grave y altamente discapacitante. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta al 1% de la población en cualquier punto del planeta. En España, este porcentaje representa unas 400.000 personas enfermas, mayoritariamente jóvenes entre los 15 y los 35 años de edad y sin distinción por razón de sexo ni por ninguna otra característica.

El nivel de formación de las familias en cuyo seno hay una persona con enfermedad mental en España es bastante notable. Podemos congratularnos del esfuerzo y de la contribución del Movimiento FEAFES a esta formación, ya que somos pioneros, desde la creación de las asociaciones, con los servicios de orientación e información en un primer contacto y con la Escuela de Familias y de Ayuda Mutua, en una fase posterior.

Es por esto, por lo que creo que estamos en condiciones, los familiares y las personas con enfermedad mental, de subir un nuevo escalón, un escalón más en nuestro nivel formativo sobre la esquizofrenia, al acceder a esta guía completa y detallada.

Me consta que hoy en día es posible vivir y convivir con la enfermedad gracias, entre otros muchos elementos, a las acciones que se derivan de hechos como el que nos ocupa: el lanzamiento de esta nueva herramienta de trabajo para seguir aprendiendo sobre la esquizofrenia.

Quiero además reiterar nuestro reconocimiento a los autores y nuestro deseo de utilidad a todos los destinatarios finales de esta guía: las personas con enfermedad mental y sus familias.

FRANCISCO MORATA
Presidente de FEAFES



Prólogo del Presidente de la Fundación Pfizer

La obra que usted tiene en sus manos nace con la vocación de contribuir a avanzar en el camino hacia la normalización del colectivo de las personas con enfermedad mental, al tiempo que pretende ser una galería de respuestas a las principales cuestiones que se pueden plantear profesionales, familiares y pacientes a la hora de abordar dicha enfermedad.

Esta guía ve la luz en un momento clave, ya que recientemente el Ministerio de Sanidad ha presentado una campaña de sensibilización, que con el lema de “Todos somos parte del tratamiento”, pone el acento en la necesidad de abordar sin estigmas ni prejuicios las enfermedades mentales, así como en el papel que cada uno de nosotros juega a la hora de contribuir a la integración de las personas que padecen alguna de estas patologías.

En este sentido, no cabe duda que el presente libro ayudará a conocer mejor la esquizofrenia y cómo enfrentarse a ella a todos los que de un modo u otro la sufren. Esta guía de consulta hace un pormenorizado análisis de los aspectos más comunes y relevantes de la esquizofrenia, a la vez que se ha puesto especial cuidado en hacerlo fácilmente comprensible por todo tipo de lectores al huir de expresiones excesivamente técnicas e ilustrar con ejemplos prácticos cómo abordar los principales problemas originados por esta patología.

En nuestro país más de 400.000 personas padecen enfermedad mental y tanto los propios pacientes, como los familiares y los profesionales que los atienden precisan tener a su disposición herramientas que les ayuden a enfrentarse de un modo adecuado a esta enfermedad, que no sólo lleva aparejado el aspecto sanitario sino también el estigma y el rechazo social que debe ser erradicado de nuestro entorno.

Muchos han sido los avances conseguidos en los últimos años, y gracias a ellos los pacientes con enfermedad mental pueden disfrutar de una calidad de vida digna. Sin embargo, no todo está conseguido; por eso, la Fundación Pfizer quiere contribuir con los profesionales, asociaciones de pacientes, entidades públicas, etc., aportando el esfuerzo necesario para la búsqueda de nuevas soluciones que contribuyan a mejorar la calidad y esperanza de vida de todas y cada una de estas personas.

Prólogo del Presidente de la Fundación Pfizer

La Fundación Pfizer, desde su instauración en 1999, ha ido evolucionando conforme a las necesidades que la realidad social y el entorno han requerido.

Tomando como punto inicial el apoyo a la investigación, la dimensión social de nuestras acciones ha ido cobrando también la suficiente importancia para enfocar parte de nuestras iniciativas en colaborar con la población para incentivar y promover los hábitos saludables, base en la prevención de enfermedades, y fin para vivir activamente, envejecer saludablemente.

No quisiera terminar este prólogo sin agradecer antes a los autores y revisores la sensibilidad demostrada en la forma de tratar esta enfermedad, así como la colaboración de la que han hecho gala durante el proceso de elaboración de este manual. Asimismo, quiero volver a manifestar a la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), que con tanto acierto trabaja por la defensa de los derechos de este colectivo, el total apoyo por parte de la Fundación Pfizer así como mi más sincero reconocimiento personal a su presidente, D. Franciso Morata, y todos los que colaboran día a día para mejorar la vida de los afectados de estas enfermedades y sus allegados.

EMILIO MORALEDA
Presidente de la Fundación Pfizer



Prólogo de los revisores científicos

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente y compleja que afecta a un 1% de la población general sin distinción de sexo. Los primeros síntomas suelen aparecer en adolescentes o jóvenes y su evolución puede ser crónica y en algunos casos altamente incapacitante.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza atendiendo a las manifestaciones clínicas que incluyen una variada sintomatología que engloba distintas formas de enfermedad expresada a través de síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos.

En las últimas dos décadas se han producido grandes avances en la aproximación a la enfermedad, que han contribuido de forma notable a su alivio sintomatológico, a un descenso del número de recaídas y a una disminución del número y del tiempo de hospitalizaciones, pero aún carecemos de marcadores específicos que permitan establecer un diagnóstico preciso.

Los distintos hallazgos en la investigación se encuadran dentro de planteamientos como la teoría del neurodesarrollo, que integra la información clínica y la proveniente de campos como la neuropatología, neuroquímica y neuroimagen. Las múltiples alteraciones encontradas están presentes en los distintos subtipos de esquizofrenia, independientemente de la gravedad, de los factores de riesgo implicados y de la evolución aguda o crónica. Existe la convicción de que los diferentes subtipos de esquizofrenia responden a principios causales distintos dentro de una concepción multifactorial (genética y ambiental) que pondría en marcha la enfermedad.

Hoy sabemos más de la esquizofrenia, aunque su tratamiento y validación diagnóstica sigue siendo uno de los mayores retos que tiene la psiquiatría. Sin duda, los avances de los últimos años nos permiten contemplar el futuro con un moderado optimismo en la medida en que ya disponemos de instrumentos que ayudan al diagnóstico y a la elección de tratamientos más seguros y efectivos.

Los tratamientos farmacológicos constituyen el eje central alrededor del cual se articula el manejo actual de la esquizofrenia. Pero en un trastorno crónico como éste, en el que se involucra no sólo al paciente sino a los familiares y al entorno en general, el tratamiento farmacológico necesita otras

Prólogo de los revisores científicos

herramientas de trabajo: información, apoyo, estrategias de afrontamiento. A estas alturas la actitud ante la enfermedad, cómo se afronta, qué información debe manejar el paciente y sus familiares, resultan de vital importancia en numerosas fases de la enfermedad y constituyen un factor muchas veces descuidado en la asistencia psiquiátrica.

Por todo ello la Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas que presentamos, escrita por dos psicólogos con amplia experiencia clínica (Sergio Rebolledo y María José Lobato), ha merecido el reconocimiento de sociedades científicas y asociaciones: es clara, abarca la mayoría de aspectos que hacen de la esquizofrenia una enfermedad compleja y difícil de manejar. Además, está bien escrita: no sólo se apoya en una sólida práctica clínica sino que une capacidad docente y, lo que resulta más esencial, constituye un texto de fácil comprensión. Como revisores del texto, estamos ampliamente convencidos de que muchos pacientes y familiares de pacientes con esquizofrenia van a reconocer de inmediato estas páginas como muy útiles y extraordinariamente prometedoras para un mejor acercamiento a la enfermedad en sus múltiples caras.

DR. MIQUEL BERNARDO
Director del Programa de Esquizofrenia Clínic

DR. MIQUEL ROCA
*Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut
Hospital Juan March
Universitat de les Illes Balears*



Dedicatoria y agradecimientos

Este libro es el resultado de nuestro trabajo con personas que sufren trastornos esquizofrénicos y que nos han enseñado con su especial sensibilidad, dimensiones del sentir y pensar profundamente humanas y singulares. Para ellos y sus familias con especial cariño.

Queremos agradecer a nuestros revisores los Profesores Roca y Bernardo por sus valiosas observaciones que nos han ayudado a mejorar nuestro texto y para el lector han aumentado su validez.

No sería justo dejar de señalar que este libro se debe en especial al interés y al apoyo del Dr. Carlos Sánchez, Responsable de Acceso de Neurociencias y a Dña. Carmen Pérez, Responsable de la relación con Asociaciones de pacientes del área de Neurociencias de Pfizer, ya que su trabajo contribuyó en gran medida a hacer más amistoso el libro a los lectores.

Gracias a Danae, Jorge, Antón, Martín y Amanda, sentimos que cualquier problema o contratiempo es más pequeño y cualquier alegría es más grande, si lo vivimos en familia.

SERGIO Y MARÍA JOSÉ



Qué son los trastornos esquizofrénicos

La evidencia científica parece señalar que la esquizofrenia no es una sola enfermedad, sino más bien un grupo de trastornos, que teniendo elementos comunes, luego difieren en su clínica, respuesta al tratamiento y pronóstico, condicionando tratamientos más específicos y singularizados. Sin duda, los trastornos esquizofrénicos constituyen uno de los grandes desafíos de la medicina y la psicología.

Se ha avanzado mucho en las técnicas de diagnóstico y en los recursos de tratamiento y rehabilitación y cada vez el pronóstico es más optimista y hay más lugar a la esperanza. Los nuevos fármacos antipsicóticos ofrecen, a la mayoría de los pacientes, un tratamiento eficaz en el control de los síntomas, con escasos efectos secundarios.

Otro factor que se ha revelado como decisivo para la buena evolución de la enfermedad es la alianza entre la persona afectada, su familia y los profesionales que le atienden. En la medida que estos protagonistas logren aunar sus esfuerzos y exista mutua comprensión, se dan condiciones idóneas para un tratamiento continuado, lo que asegura un curso de la enfermedad más benigno. La mayor disponibilidad de recursos de rehabilitación y estimulación psicosocial incrementa los beneficios del tratamiento médico antipsicótico.

Personas afectadas

Alrededor del 1% de la población desarrolla trastornos esquizofrénicos a lo largo de su vida. Se estima que cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

La esquizofrenia no es una sola enfermedad, sino más bien un grupo de trastornos

Alrededor del 1% de la población desarrolla trastornos esquizofrénicos a lo largo de su vida. Se estima que cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.



Figura 1. Los trastornos esquizofrénicos afectan al 1% de la población, sin contar que detrás hay una familia que sufre.

Aunque parece que los varones tienden a presentar la enfermedad a una edad más precoz, al final no existen diferencias entre hombres y mujeres.

En España existirían alrededor de 400.000 personas diagnosticadas de esquizofrenia. Este índice

de población afectada triplica el de enfermedades como la esclerosis múltiple o la distrofia muscular. En tanto que su nivel de riesgo, en el lapso de una vida, iguala al de la diabetes.

Desde luego, junto a la persona afectada hay una familia que también sufre el

impacto de la enfermedad, por lo que cualquier cifra de afectados debemos, al menos, multiplicarla por tres.

Los costes sociales son enormes y difíciles de calcular, alrededor de un 75% de las personas con esquizofrenia grave son incapaces de trabajar y permanecerán desempleados, lo que implica una pérdida de productividad muy importante a sumar a los costes del tratamiento de por vida.

LAS ENFERMEDADES MENTALES

Para estudiar el concepto de esquizofrenia debemos considerar en primer término el de las enfermedades mentales y trastornos emocionales.

La enfermedad mental es un término amplio que puede llegar a confundirse con el de retraso o deficiencia mental. Sin embargo, son dos trastornos muy diferentes. Las personas con deficiencia

mental no están enfermas y sus dificultades son diferentes.

Las personas con enfermedades mentales o trastornos emocionales ven afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estos problemas son a veces difíciles de objetivar, incluso para la propia persona afectada y pueden ser fruto de observaciones y valoraciones de tipo moral o de juicios de valor por parte de los demás, dificultando aún más su comprensión.

La sociedad en general está menos preparada para aceptar, comprender y ayudar a las personas con enfermedad mental, que a las personas con alguna enfermedad física. Sin embargo, el sufrimiento psicológico es tan común a los seres humanos como el físico y no hay nada de que avergonzarse.

Otro elemento que tiende a confundir es que los

La sociedad en general está menos preparada para aceptar, comprender y ayudar a las personas con enfermedad mental, que a las personas con alguna enfermedad física

TABLA 1. ¿Qué son las enfermedades?

ÓRGANO	FUNCIÓN	TRASTORNO	CORRECCIÓN
Ojos	Visión	Miopía	Gafas, lentes de contacto
Oídos	Audición	Sordera	Audífono
Páncreas	Producción de insulina Metabolismo de la glucosa	Diabetes	Insulina Dieta adecuada Educación del paciente Educación de la familia
Cerebro	Percepción Pensamiento Humor Conducta	Enfermedad mental	Medicación Ambiente adecuado Psicoeducación del paciente Psicoeducación de la familia Psicoterapia Rehabilitación

Existen diversas escuelas psicoterapéuticas y protocolos diferentes de tratamiento médico

trastornos psicológicos no tienen una causa o causas evidentes y seguramente varían de una persona a otra. Dependen del desarrollo del sistema nervioso central y de la historia vital. Siendo la herencia un factor que predispone y no un desencadenante.

La integridad y maduración del cerebro, las experiencias precoces, los modelos a que se está expuesto, el

aprendizaje de formas de afrontar los conflictos, los acontecimientos vitales y la calidad y extensión de los apoyos interpersonales y afectivos son factores que condicionan la aparición, la gravedad y el curso de los trastornos emocionales.

Existen diversas hipótesis y teorías neurobiológicas y psicológicas para explicar los trastornos mentales. Lo que condiciona, entre otras

cosas, que su tratamiento no sea unívoco, existiendo diversas escuelas psicoterapéuticas y protocolos diferentes de tratamiento médico. Es fácil que las familias detecten contradicciones o puntos de vista incluso contradictorios entre distintos profesionales.

Pero no siempre estos trastornos deben ser considerados una enfermedad. A veces son la forma peculiar en que una persona reacciona ante las tensiones y problemas de su vida.

No existen reglas acerca del modo adecuado de afrontar los conflictos cotidianos. Serán las consecuencias para el sujeto y su entorno lo que puede permitir valorar lo adecuado o no de sus reacciones.

La salud mental

La salud mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas, de nuestra capacidad de amar y aceptar

a los demás, de dar confianza y apoyo y recibirlos, de nuestra tolerancia y comprensión mutua. Todo este conjunto de valores, actitudes y habilidades puede admitir variedad de definiciones, no existen parámetros absolutos y cada cultura, cada grupo humano y cada familia e individuo elaboran los suyos.

Se podría establecer un criterio de salud cuando la forma en que el sujeto afronta los inevitables problemas de la vida cotidiana, trae como consecuencia el desarrollo de sus posibilidades y relaciones afectivas satisfactorias.

La salud podemos inferirla en una persona o en una familia que desarrolla sus capacidades y participa de las tareas comunes de estudio, trabajo, vida afectiva, relaciones de amistad. Y esto puede darse aunque se tengan problemas o incluso enfermedades. Por tanto, la salud no es la ausencia de

Existen diversas hipótesis y teorías neurobiológicas y psicológicas para explicar los trastornos mentales

La salud mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza y apoyo y recibirlos, de nuestra tolerancia y comprensión mutua.

Las alteraciones emocionales y las enfermedades mentales afectan a alrededor del 20% de la población

enfermedad sino saber sacarle partido a la vida como persona y como participante de un grupo familiar o interpersonal, independientemente de las limitaciones que se puedan tener.

Nada de que avergonzarse

Es muy común, en nuestra sociedad, que ante personas que padecen de tristeza o ansiedad o con comportamientos “extraños” se establezcan juicios de valor, como si esa persona fuera “mala” o “débil”.

Esta valoración es injusta porque nadie está libre de experimentar alguna vez este tipo de sentimientos y emociones y no por ello se nos ha de juzgar como personas más débiles o peores que los demás.

Las alteraciones emocionales y las enfermedades mentales afectan alrededor del 20% de la población y estos problemas pueden llegar a ser tan severos que nadie

puede criticarlos ni menos avergonzarse de ellos.

Lamentablemente, a veces, los medios de comunicación transmiten una imagen equivocada de la persona con enfermedad mental, atribuyéndole comportamientos violentos y crímenes como violaciones y asesinatos. La verdad es que la mayoría de las personas que realizan esos actos, no son personas con enfermedad mental sino personas antisociales que son responsables de sus actos y que no deben ser confundidos.

Muy al contrario, las personas con enfermedad mental no suelen ser violentos más que en situaciones especiales, y muchas veces tienen esa actitud como consecuencia de tensiones ajenas a ellos. En general las personas que padecen graves enfermedades mentales suelen ser víctimas de la violencia de la sociedad y muchas veces dirigen su agresividad hacia ellos mismos.

Diferentes tipos de enfermedad mental

Se suele distinguir entre “neurosis” y “psicosis”. “Neurosis” es el nombre que se le da a los trastornos emocionales más comunes y normalmente menos graves, que pueden, sin embargo, ser profundamente dolorosos para el que los padece. “Psicosis” se refiere a aquellas enfermedades donde los pacientes experimentan, a veces, graves trastornos en que parecen perder el contacto con la realidad.

Las personas que tienen distorsiones psicóticas no suelen ser conscientes de que algo va mal, y por tanto no suelen solicitar ayuda profesional. Ejemplos de psicosis son la esquizofrenia y los trastornos bipolares.

Muchas enfermedades mentales no pueden ser clasificadas de forma precisa, y por tanto psiquiatras y psicólogos dan

gran importancia a la identificación de los síntomas de cada problema individual. Tales síntomas pueden incluir ansiedad, depresión, intenso miedo o fobia, conductas obsesivas, perturbaciones del pensamiento, paranoia, delirios, alucinaciones y manías, entre otros.

- **Enfermedades mentales crónicas.** Los trastornos esquizofrénicos y los trastornos bipolares son enfermedades crónicas o de larga duración. Por tanto, afectados y familiares deben ser conscientes de que tendrán que saber convivir con ellas y que deberán desarrollar habilidades adicionales para afrontar la enfermedad y las consecuencias derivadas de la misma.
- **Esquizofrenia o esquizofrenias.** El término esquizofrenia fue introducido por Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, en 1911. Pero estos trastornos ya fueron identificados a fines del

Lamentablemente, a veces, los medios de comunicación transmiten una imagen equivocada de la persona con enfermedad mental, atribuyéndole comportamientos violentos y crímenes como violaciones y asesinatos.

Cómo afrontar la esquizofrenia

siglo XIX por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin bajo el epígrafe de “demencia precoz”, queriendo significar que las personas afectadas necesariamente sufrirían graves deterioros cognitivos y en su comportamiento, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil. Sin embargo, Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado enfatizar la escisión (esquizo) que se produce en la asociación de ideas, en la expresión inadecuada de las emociones y por la retirada de la realidad y la vida social.

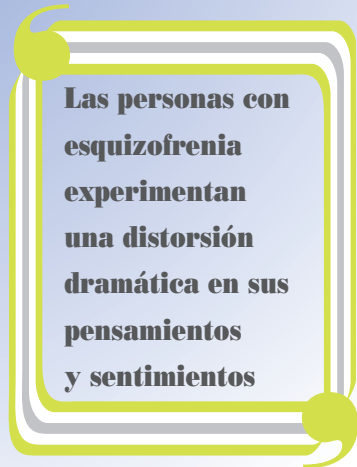
Aunque estos trastornos suelen comenzar al final de la adolescencia, también pueden encontrarse casos de esquizofrenia infantil o cuadros de esquizofrenia en personas mayores.

Las personas con esquizofrenia experimentan una distorsión dramática en

sus pensamientos y sentimientos. Sienten el mundo de una forma muy diferente al resto de las personas y su conducta puede cambiar radicalmente y aparecer extraña a los demás.

Una definición exacta de estos trastornos se podrá hacer cuando se hayan identificado las causas que los producen y descrito los mecanismos fisiológicos y psicopatológicos que subyacen a la producción de síntomas. Por ahora conocemos datos aproximados sobre su genética, los desórdenes neuroquímicos que parecen subyacer a sus síntomas, ciertas alteraciones en la estructura del cerebro, algunas características psicológicas y bastantes datos acerca de cómo influyen los factores ambientales en el curso de los trastornos esquizofrénicos, que ya comentaremos más adelante.

Como no sabemos las causas sólo podemos



Las personas con esquizofrenia experimentan una distorsión dramática en sus pensamientos y sentimientos

describir la enfermedad por sus síntomas, es decir según las vivencias relatadas por las personas afectadas y el comentario de familiares y el de otros observadores de la conducta de la persona afectada. Sin embargo, la investigación científica ofrece cada día nuevos datos esclarecedores.

Un cuadro completo de una enfermedad debe incorporar además un estudio de sus consecuencias y limitaciones que crea en la persona que la padece y las cargas o costes familiares y sociales que implica.

SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Todos los síntomas del trastorno esquizofrénico se pueden dar en otras enfermedades, pero la diferencia es que en estos trastornos el sujeto no experimenta una disminución de su conciencia, están alerta y orientados. Tampoco presentan un trastorno neurológico evidente.

Actualmente no se dispone de pruebas rutinarias de laboratorio, tales como análisis, electroencefalogramas, de neuroimagen u otros que

Los trastornos suelen comenzar al final de la adolescencia, aunque también pueden encontrarse casos de esquizofrenia infantil o cuadros de esquizofrenia en personas mayores.

TABLA 2. Manifestaciones y consecuencias de los trastornos esquizofrénicos

- Sufrimiento del paciente y su familia.
- Pérdida de productividad y altos costes a la economía familiar.
- Menor calidad de vida.
- Trastornos orgánicos y mentales concomitantes.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de conductas antisociales-agresividad.
- Coste sanitario elevado.

❖ Cómo afrontar la esquizofrenia

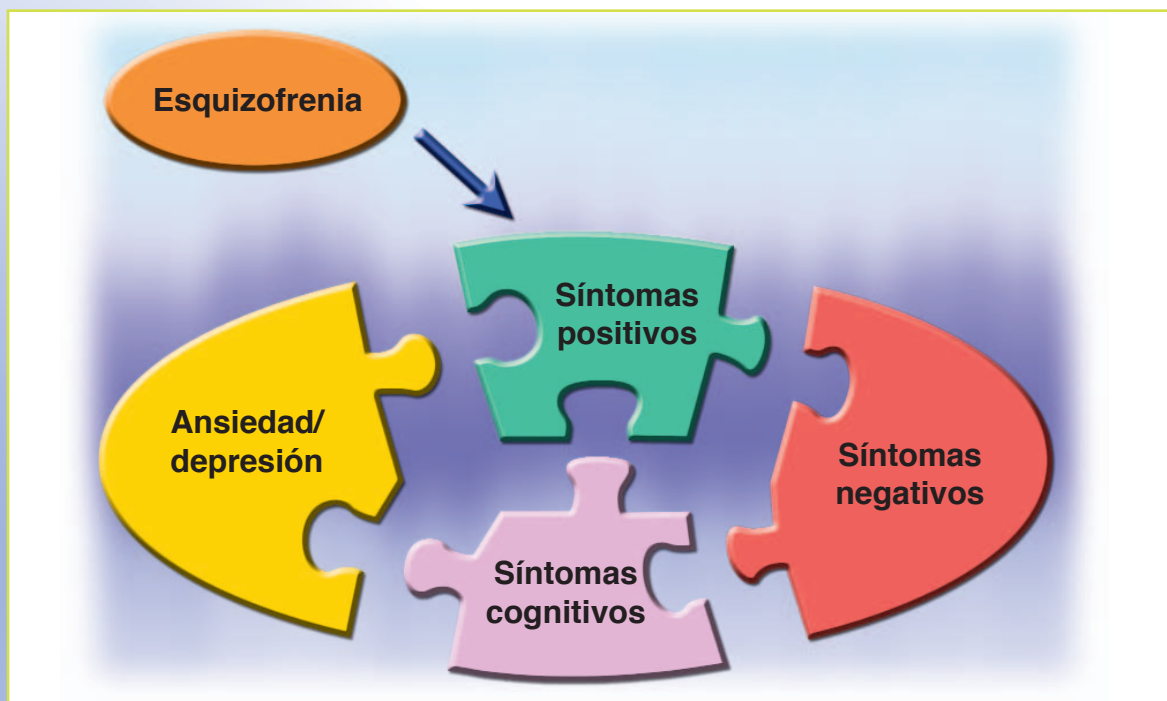


Figura 2. Los síntomas de la esquizofrenia.

diagnostiquen con certeza la esquizofrenia, y su diagnóstico sigue dependiendo del estudio de los síntomas, referidos y observados, a través del tiempo.

Los síntomas son diversos y no todas las personas afectadas presentan los mismos e incluso éstos

varían a través del tiempo en una misma persona. Se suele hacer una división entre síntomas positivos y negativos.

Síntomas positivos

Son síntomas productivos que añaden algo nuevo a la vida psicológica del sujeto. Ejemplos de síntomas

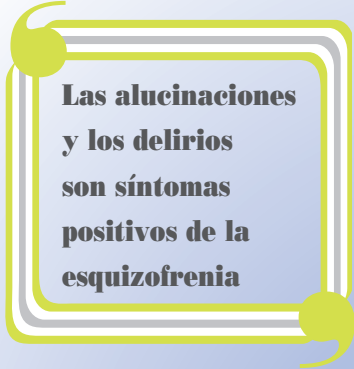
positivos serían las alucinaciones (normalmente oír voces que comentan su conducta) y los delirios (ideas que no responden al consenso social).

Existe evidencia científica para afirmar que las alucinaciones auditivas serían expresión de alteraciones en circuitos neuronales del lóbulo temporal, región del cerebro dedicada a tareas de percepción y elaboración del lenguaje, memoria y aprendizaje. Parece que estas alucinaciones auditivas serían pensamientos del propio sujeto que, por alteración de estos circuitos, son percibidos como voces externas o ajenas y de este modo pueden revelar sus preocupaciones y sentimientos.

Es importante que la familia ayude al afectado a superar los miedos que le ocasionan las alucinaciones y a distinguir las de la realidad. En el capítulo sexto veremos cómo abordar estos fenómenos en la convivencia familiar.

Los delirios son creencias que responden a la necesidad que tiene la persona afectada de explicarse los sorprendentes fenómenos psíquicos que le ocurren. Hay que reconocer que los fenómenos alucinatorio delirantes se imponen en la vida psíquica del sujeto afectado con la misma reciedumbre que en nosotros la percepción de la realidad. La propia vivencia de sí mismo se ve alterada hasta el extremo de que la persona puede sentir que sus pensamientos son conocidos por los demás. Sus alteraciones cognitivas le pueden llevar a establecer relaciones ilógicas entre circunstancias ambientales y su persona. Puede sentirse interpelado por aspectos de la realidad que los demás consideramos fortuitos. Un titular de periódico, una noticia, un gesto o actitud de otra persona, pueden alcanzar un sentido o significado, generalmente amenazante.

Estos síntomas tienen consecuencias desastrosas



Las alucinaciones y los delirios son síntomas positivos de la esquizofrenia

Los síntomas negativos son aquellos que se producen por defecto, por ejemplo, la pérdida de hábitos e intereses.

sobre la vida psíquica de la persona afectada, comienza a sentirse vulnerable, expuesto a la inspección y el juicio de los demás. Puede verse a sí mismo degradado y humillado ante otros, objeto de atención de fuerzas sobrenaturales, sin posibilidades de recuperar el control sobre su vida. Cualquier creencia puede llegar a ser asumida por el sujeto como explicación válida para su situación tan extraordinaria.

La mayoría de las personas afectadas pierden su autoestima y construyen una autoimagen degradada de sí mismos. Veremos más adelante qué importante es considerar estos aspectos a la hora de querer motivarlo para realizar actividades o desarrollar hábitos de autocuidado.

Síntomas negativos

Los síntomas negativos son aquellos que se producen por defecto, por ejemplo, la pérdida de hábitos e intereses.

Las personas afectadas tienden a aislarse y a ensimismarse. Pueden descuidar su arreglo personal, abandonar sus aficiones, mostrarse reacios a colaborar en las tareas de casa, mostrarse indiferentes en sus relaciones sociales y afectivas.

En muchos casos estas actitudes podemos entenderlas como una forma de autoprotección, ya que los síntomas positivos pueden incrementarse cuando el sujeto vive una situación de tensión o estrés ambiental.

Hay evidencia científica para afirmar que las personas que tienen más síntomas negativos, presentan alteraciones anatómicas del cerebro, en donde se observa pérdida de conexiones neuronales en su lóbulo frontal, especialmente en una región donde parece asentar la capacidad de organización y planificación de la conducta en función de metas y ciertas características de personalidad que se reflejan en el trato con los demás.

Algunas de estas personas, con muchos síntomas negativos, tienen dilatados sus ventrículos laterales, que son una zona llena de líquido cefalorraquídeo en el interior de los grandes hemisferios cerebrales, lo que indicaría pérdida de neuronas.

Estos datos no afectan a todas las personas con diagnóstico de esquizofrenia pero sí parecen relacionarse con aquellos casos en que los síntomas negativos son más extensos y permanentes.

Síntomas que afectan al pensamiento

- Sentirse influenciado o controlado, como si los demás pusieran ideas en su cabeza o que sus ideas son conocidas por los demás.
- La persona puede sentirse aludida por ademanes o gestos de otros, noticias u otros hechos irrelevantes pero que siente que se relacionan de una manera vital o que son una amenaza para él.

- Puede sentirse perseguido o amenazado, tratado injustamente o en forma diferente que al resto.
- Puede creer que posee atributos o poderes especiales.
- Sentir que su cuerpo o su mente han sido cambiados o que está bajo una influencia externa.
- Puede observarse que el proceso de pensar se encuentra alterado, no siempre es lógico. O la forma de hablar, la extensión de las frases o el uso de palabras está alterado.
- Puede darse deterioro de la fluidez verbal, problemas de aprendizaje, incapacidad para mantener la atención.

Síntomas que afectan a la percepción

Son síntomas que afectan a la esfera sensorial y a la interpretación que hacemos de la información de los sentidos.

- Oír una voz o voces que hablan o comentan acerca de su conducta.

El proceso del pensamiento puede estar alterado o no siempre ser lógico

Cómo afrontar la esquizofrenia

En muchas ocasiones se produce aislamiento y retraimiento ante el contacto social

- Oír una voz o voces que constantemente le insultan, ridiculizan o critican.
- En algunos casos pueden tener alucinaciones olfativas, huelen desagradable o tener sensaciones corporales desagradables.
- Las alucinaciones visuales son poco frecuentes. Cuando se presentan se puede sospechar el consumo de drogas como *haschich*.
- Puede presentar a veces una sobreexcitación continua, con agitación conductual, o por el contrario una verdadera parálisis y permanecer largo tiempo encerrado en su habitación. Y a veces alternar entre estos dos estados.
- Son frecuentes el ánimo deprimido, la ansiedad, los sentimientos de culpa, la tensión psíquica, la irritabilidad y la preocupación.

Síntomas que afectan a las emociones y sentimientos

- Pueden mostrar incongruencia en la expresión de emociones, por ejemplo reír cuando comenta algo triste.
- La vida afectiva y la resonancia emocional pueden empobrecerse limitando su rango de respuesta. Tienen dificultades para comprender las emociones de los demás, para comprender los sentimientos de los demás y ponerse en su lugar.

Síntomas que pueden afectar a la conducta

- Aislamiento y retraimiento ante el contacto social.
- Pérdida de la habilidad para iniciar o mantener conversaciones o para disfrutar de las amistades.
- A veces adopción de posturas extrañas al sentarse, caminar, dormir o en la realización de alguna actividad cotidiana.
- Pueden desarrollar comportamientos excéntricos en el vestir, hablar, higiene, comidas,

gestos o en otros aspectos de la vida diaria.

- Síntomas agresivos y hostiles parecen reflejar un problema de control de los impulsos. Del mismo modo se considera la desinhibición sexual. Pueden presentar hostilidad y agresividad verbal o física hacia los demás o hacia objetos. A veces se da la autoagresividad, cuya máxima expresión sería el suicidio.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Según el predominio de unos u otros síntomas el diagnóstico de esquizofrenia admite un apellido:

- **Esquizofrenia paranoide** o con predominio de síntomas alucinatorio delirantes.
- **Esquizofrenia hebefrénica**, si lo más llamativo son los síntomas afectivos y conductuales.
- **Esquizofrenia catatónica** si son más evidentes

síntomas de la expresividad no verbal y de la conducta motora.

- **Esquizofrenia indiferenciada**, si ningún síntoma predomina sobre los otros.
- **Esquizofrenia residual**, si el sujeto lleva mucho tiempo conviviendo con la enfermedad.
- **Esquizofrenia simple** si el sujeto muestra un empobrecimiento general de su vida de relación.

Evolución o curso de los trastornos esquizofrénicos

El tipo de esquizofrenia puede variar en el tiempo en un mismo sujeto. Lo más frecuente es que la enfermedad comience con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Aproximadamente un tercio de las personas afectadas se mantendrán con este diagnóstico y dos tercios evolucionarán hacia otras formas. Aunque el tipo paranoide tenga los síntomas más espectaculares, en realidad

Síntomas agresivos y hostiles parecen reflejar un problema de control de los impulsos

El tipo de esquizofrenia puede variar en el tiempo en un mismo sujeto

TABLA 3. Tipos de esquizofrenia según la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10

TIPO SIMPLE

Conducta extravagante, incapacidad para afrontar las demandas de la vida social y disminución del rendimiento en general. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, a encerrarse en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

TIPO HEBEFRÉNICO

Los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y el comportamiento puede ser irresponsable e imprevisible. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas, modo despectivo de actuar, muecas, burlas, quejas y frases repetitivas. El pensamiento es desorganizado y el lenguaje puede ser incoherente o con muchos circunloquios. La persona se aísla y carece de propósitos. Puede evolucionar a formas extremas de embotamiento afectivo y abulia.

TIPO CATATÓNICO

Son característicos los trastornos psic motores graves que a menudo varían desde la inquietud al estupor o de

la obediencia automática al negativismo. Pueden mostrar episodios de intensa excitación.

TIPO PARANOIDE

Es el tipo más frecuente. Predominan las ideas delirantes relativamente estables (sentirse perseguido, de tener una misión especial, de celos, de sentirse aludido o de transformación corporal, entre otras), que suelen acompañarse de alucinaciones (voces que increpan e insultan al enfermo o le dan órdenes, también alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u otras sensaciones corporales). Los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y psicomotrices pueden ser poco llamativos.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

Es una forma crónica de esquizofrenia con predominio de síntomas negativos, falta de actividad, pasividad y embotamiento.

TIPO ESQUIZOAFECTIVO

Trastornos episódicos en que destacan tanto síntomas afectivos como depresión y/o manía con un trastorno esquizofrénico.

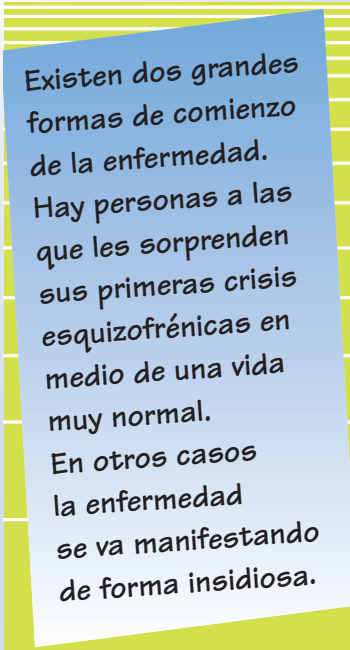
es el que mejor responde a la medicación y desarrolla menos síntomas negativos, que a la postre son los que más limitarán a la persona afectada.

Un aspecto muy importante de estos trastornos es considerar la forma en que se desarrollan en el tiempo. El curso de la enfermedad a través del tiempo da las mejores claves para establecer el pronóstico y los programas de rehabilitación. Los tratamientos médicos normalmente responden a la aparición de síntomas. Pero el estudio del caso, desde que se inició la enfermedad, las distintas fases por las que ha ido atravesando, los distintos diagnósticos y tratamientos que ha tenido y el impacto de la enfermedad sobre la personalidad del sujeto afectado y sobre su familia, nos dará los fundamentos para entender sus problemas y ofrecer unos cuidados psicosociales que contribuyan a una mejor calidad de vida del afectado y su familia.

Formas de comienzo

Existen dos grandes formas de comienzo de la enfermedad. Hay personas a las que les sorprenden sus primeras crisis esquizofrénicas en medio de una vida muy normal donde sus desempeños escolares, interpersonales, incluso laborales o de pareja son muy similares a su grupo de pares y responden a las expectativas que sobre ellos tienen sus familiares. La enfermedad debuta bruscamente. Se estima que esta forma de comienzo suele tener mejor pronóstico y parece compensarse mejor con la medicación antipsicótica.

En otros casos ya en la infancia se notaba que la persona no cumplía las exigencias de madurez social, escolar y afectiva que lo harían similar a sus compañeros. La enfermedad se va manifestando de forma insidiosa. Esta forma de comienzo tendría un pronóstico de mayor



Existen dos grandes formas de comienzo de la enfermedad. Hay personas a las que les sorprenden sus primeras crisis esquizofrénicas en medio de una vida muy normal. En otros casos la enfermedad se va manifestando de forma insidiosa.

❖ Cómo afrontar la esquizofrenia

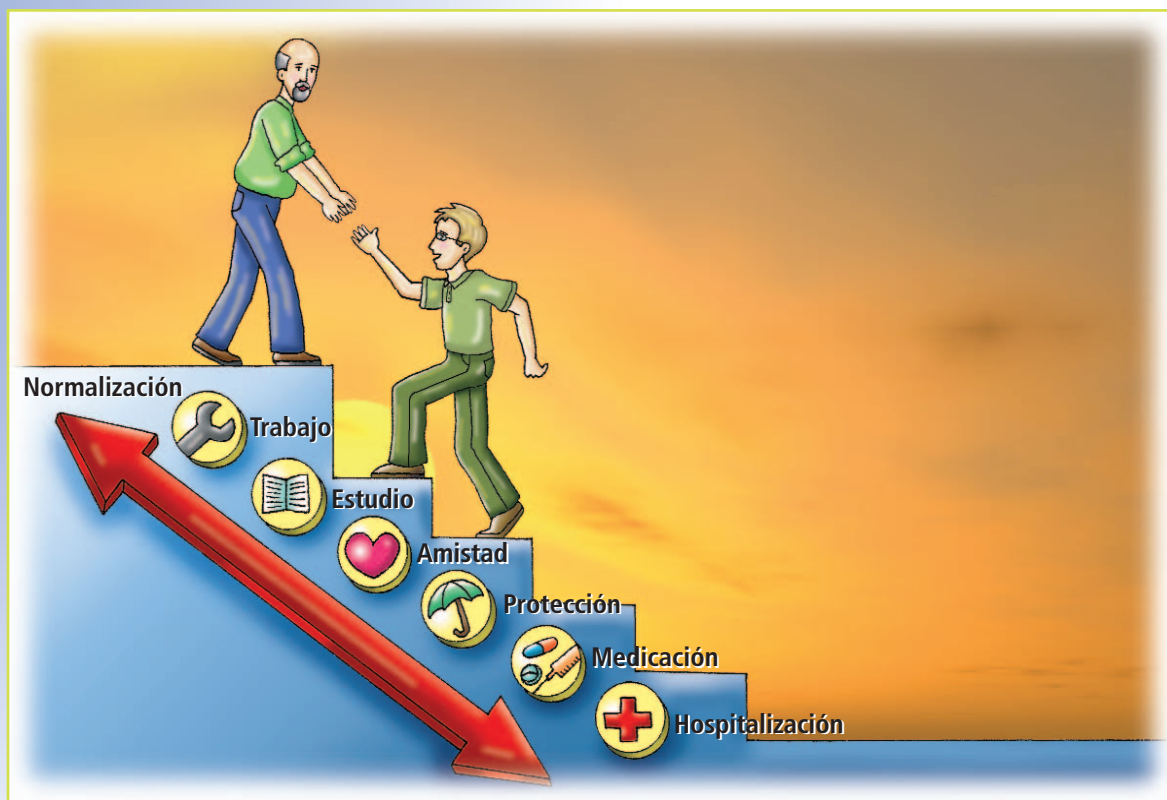
cronicidad y mayor deterioro.

Fases de los trastornos esquizofrénicos

Suelen existir situaciones agudas de crisis con irrupción de sintomatología, especialmente positiva, pero

también debemos considerar como crisis la acentuación de síntomas negativos. Las crisis exigen los cuidados más intensivos. La aparición de una crisis suele estar precedida por pródromos, que son cambios del comportamiento habitual de la persona.

Figura 3. Los trastornos esquizofrénicos cursan por fases y requieren que la estimulación sea la adecuada.



Estas crisis pueden ser seguidas de estados con mejor control de los síntomas, que técnicamente denominamos fases de compensación. Ésta es la fase en que debemos estimular la mayor autonomía del paciente.

Como antecedente inmediato a las crisis suelen presentarse síntomas prodrómicos que señalan el riesgo de entrar en crisis.

Es muy importante que las familias y cuidadores sepan identificar la fase en que se encuentra la persona afectada para ajustar así sus actitudes y normas y prevenir las crisis.

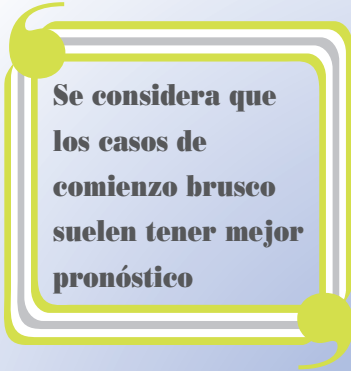
PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Se considera que los casos de comienzo brusco suelen tener mejor pronóstico. También la sucesión de crisis y fases de compensación marcarán el pronóstico del caso.

Las crisis muy seguidas y extensas provocan mayor deterioro de la persona, ya que el verse afectado por unos síntomas tan absorbentes o el verse sometido a ingreso psiquiátrico, le hacen sentir que padece una grave enfermedad que limita su capacidad de recuperación futura.

Al menos dos terceras partes de las personas con diagnóstico de esquizofrenia alcanzarán un buen nivel de adaptación a la vida familiar, serán capaces de ser autónomos en su autocuidado, colaborar en las tareas de casa y mantener una vida de convivencia. Algo menos de la mitad de este grupo, además, será capaz de mantener actividades ocupacionales, educativas, recreativas y en menor porcentaje laborales, fuera del ámbito familiar.

Entre un 10% y un 20% de los casos tendrán una evolución muy negativa marcada por sucesivas crisis y breves períodos de



Se considera que los casos de comienzo brusco suelen tener mejor pronóstico

El principal objetivo terapéutico es acrecentar los estados de compensación. Van a depender del mantenimiento de su medicación antipsicótica, de un entorno que le estimule adecuadamente y de la capacidad del sujeto para aprender y desarrollar.

compensación. Estas personas requerirán cuidados intensivos con frecuencia y harán un uso muy extensivo de todos los dispositivos de la red de servicios de salud y servicios sociales. Algunos de estos casos terminarán en una situación asilar ingresados de por vida.

El caso particular estará marcado por su respuesta al tratamiento antipsicótico, por la disposición de la familia y su capacidad para afrontar el reto de unos cuidados prolongados. Por la relación de colaboración y trabajo conjunto que se establezca entre los servicios de salud mental y la familia. La disponibilidad de recursos alternativos de rehabilitación y apoyo social de que se disponga en el entorno del paciente.

El principal objetivo terapéutico es acrecentar los estados de compensación. Estar compensado no significa estar curado, es una situación en que la enfermedad es controlable,

tanto por la medicación como por los propios recursos del sujeto. Hay espacio psicológico para que la persona afectada pueda preocuparse de otras facetas de la vida, de sus intereses, desarrolle hábitos ocupacionales y vocacionales y recomponga su autoimagen y su autoestima.

Los estados de compensación de la persona afectada con esquizofrenia van a depender del mantenimiento de su medicación antipsicótica, de la organización de un entorno que le estimule adecuadamente y que favorezca su autoestima y de la capacidad del sujeto para aprender y desarrollar habilidades vocacionales, ocupacionales e interpersonales.

AVANCES CIENTÍFICOS EN LOS TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Un avance importante en la investigación de los

TABLA 4. Los mitos de la esquizofrenia

Mito uno

La esquizofrenia es para siempre.

La realidad: existe una gran heterogeneidad en el curso y desenlace de los trastornos esquizofrénicos.

Mito dos

Todas las personas afectadas por esquizofrenia se parecen.

La realidad: existe una amplia heterogeneidad individual dentro de cada categoría diagnóstica. La historia personal dependerá de factores individuales y ambientales y no principalmente de la enfermedad.

Mito tres

La rehabilitación sólo puede prescribirse después de la compensación.

La realidad: la rehabilitación debe comenzar desde el primer momento.

Mito cuatro

Los abordajes psicoterapéuticos no sirven de nada en los trastornos esquizofrénicos.

La realidad: las ayudas y terapias psicológicas son fundamentales para la integración de la experiencia psicótica y la estimulación de los aspectos

conservados de la personalidad, la motivación y la ocupación.

Mito cinco

Sólo podemos lograr el cumplimiento de la prescripción medicamentosa aumentando los controles y supervisión sobre el paciente.

La realidad: las personas afectadas por esquizofrenia pueden ser educadas y desarrollar hábitos de autoadministración de la medicación, de autocuidado y autoestima.

Mito seis

Las personas con esquizofrenia experimentan graves deterioros y discapacidades que les impiden el desempeño social.

La realidad: con una adecuada rehabilitación y reinserción social con apoyo pueden alcanzar niveles satisfactorios en la vida familiar, ocupacional y social.

Mito siete

Las familias son los agentes etiológicos de la esquizofrenia.

La realidad: las familias son los principales cuidadores y soportes comunitarios.

El CIE-10 y el DSM IV ofrecen un sistema de clasificación de los trastornos mentales

trastornos mentales han sido los nuevos sistemas de diagnóstico que han incrementado el acuerdo entre los profesionales.

El CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, promocionado por la Organización Mundial de la Salud) y el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana) ofrecen unos criterios operativos y un sistema de clasificación que facilita el diagnóstico, la evaluación del tratamiento y la investigación científica en estos trastornos.

También las modernas técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética funcional (RNM) y la tomografía por emisión de positrones (SPECT), nos proporcionan datos que van configurando la fisiopatología de los trastornos mentales, aunque aún los datos son

fragmentarios y estamos lejos de poseer un conocimiento certero de las causas y evolución de las enfermedades mentales.

Hay tres tipos de investigaciones que en el futuro inmediato ofrecerán avances sustanciales en el tratamiento y pronóstico de estos trastornos.

- Sobre nuevos fármacos antipsicóticos, los llamados atípicos, con menos efectos secundarios y mayor eficacia en el control de los síntomas.
- Desarrollo de las técnicas de neuroimagen funcional que permiten identificar estructuras del cerebro especialmente implicadas en estos trastornos.
- La identificación de los factores psicológicos, familiares y sociales que influyen en las recaídas y en el pronóstico de la enfermedad.

2

Causas de los trastornos esquizofrénicos

La investigación científica no ha logrado aún identificar qué causas provocan estos graves trastornos. Los muchos datos que ya se conocen sobre las causas y el curso de estos trastornos nos indican que su origen, mantenimiento y pronóstico obedecen a una compleja interacción de factores.

Hay una serie de **factores que predisponen** a su aparición. Esta predisposición puede deberse a causas genéticas, ser adquirida durante el embarazo o el parto, o deberse a daños cerebrales sufridos por otras causas, aunque no se descartan los factores psicosociales del desarrollo, como los problemas para relacionarse en la infancia.

Se han logrado identificar **factores de riesgo**, que aumentan las probabilidades de experimentar crisis esquizofrénicas en personas

que ya desarrollan el trastorno. Ejemplos de factores de riesgo son las tensiones y conflictos o el consumo de drogas alucinógenas o estimulantes.

Del mismo modo conocemos una serie de **factores que ayudan a prevenir y protegen** a la persona vulnerable ante la aparición de crisis. El factor de protección de primer orden es la medicación antipsicótica. Y esta protección se ve incrementada si al mismo tiempo la persona vive en un ambiente con personas estables emocionalmente.

Las **crisis esquizofrénicas** se entienden como un estado que afecta al sujeto temporalmente. Lo que realmente perduraría en la persona es su vulnerabilidad, su predisposición a experimentar crisis; éste sería el rasgo más distintivo de estas personas y es sobre

Los trastornos esquizofrénicos obedecen a una compleja interacción de factores

Hay tantos factores que influyen en los sentimientos y la conducta que es difícil deducir qué factor o combinación de factores producen los síntomas.

este aspecto donde actúan las medicaciones antipsicóticas.

Veremos que estas hipótesis tienen un gran interés, ya que permiten entender la sucesión de estados de crisis y compensación y sobre todo ayuda a identificar qué factores pueden contribuir a una mayor protección y mejoría de la persona afectada. Ofrecen una guía para la organización del tratamiento, la convivencia familiar y de los cuidados psicosociales.

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Hoy en día no existe una certeza absoluta respecto de las causas de la esquizofrenia. Incluso hay quienes discuten que sea verdaderamente una sola enfermedad y postulan que probablemente estemos frente a diversas esquizofrenias con distintas causas. Hay tantos factores

que influyen en los sentimientos y la conducta que es difícil deducir qué factor o combinación de factores producen los síntomas.

Algunas teorías

No es fácil distinguir entre causas y efectos. En el siglo pasado, en los años 50, 60 y 70 predominaron algunas teorías psicológicas que atribuían la causa de la esquizofrenia a una relación peculiar que se establecería entre la madre y su hijo; así, se llegó a acuñar el término “madre esquizofrenógena” (madre productora de esquizofrenia) designando una relación simbiótica en que la madre se vuelve sobreprotectora y tiende a supervisar cada uno de los aspectos de la vida de su hijo impidiendo el desarrollo de su propia personalidad.

Otras teorías pusieron el acento en las rupturas y conflictos entre los padres como la causa de la esquizofrenia. En este

divorcio emocional, la madre proyectaría sus necesidades de afecto en el hijo limitando su desarrollo emocional, y el padre quedaría periférico y distante en las experiencias de crecimiento del niño, perturbándose así el desarrollo afectivo y emocional.

Algunos clínicos destacaron el estilo de comunicación patológica entre padres e hijos, que sería defectuosa, paradójica, con contradicción entre el lenguaje verbal y el no verbal, con ocultamiento de situaciones y negación de realidades. Esta situación provocaría la aparición del trastorno esquizofrénico en los hijos.

También se ha postulado que lo verdaderamente enfermo sería el grupo familiar y el paciente no sería más que un emergente de esta situación, una especie de chivo expiatorio.

Estas teorías y otras señalan, efectivamente, algunas características que se suelen

encontrar en el comportamiento de la persona afectada y en sus relaciones familiares. Pero la moderna investigación científica ha venido a demostrar que son más bien consecuencia y no la causa de la aparición de la esquizofrenia en la familia.

Es decir, las alteraciones en las relaciones madre-hijo, los conflictos matrimoniales, los problemas de comunicación o los trastornos familiares se producen a raíz del enorme impacto destructor que tiene sobre la familia el que uno de sus miembros desarrolle esta enfermedad. Más aún, se ha descubierto que muchas de estas alteraciones se dan en familias que soportan otras

Se ha descubierto que muchos trastornos emocionales se dan en familias que soportan otras enfermedades crónicas tales como discapacidades físicas o cáncer

enfermedades crónicas tales como discapacidades físicas o cáncer.

Por tanto, se puede afirmar con rotundidad y basándonos en la investigación científica, que la familia no es la culpable ni la causa de la aparición de la esquizofrenia. Y en cambio sí, la aparición de la enfermedad puede alterar la relación entre los padres y el equilibrio emocional de la familia. Con la carga adicional para los padres y otros familiares que convivan el tener que ofrecer, a la persona afectada, unos cuidados y un ambiente óptimo para no agravar el curso de la enfermedad.

Factores que podrían crear una predisposición a tener crisis esquizofrénicas

- **Genéticos:** los genes son elementos biológicos por los cuáles los padres transmiten sus características a sus hijos. La evidencia científica

sugiere que una predisposición a la esquizofrenia se heredaría por este mecanismo. No se conoce dónde radicaría ni en qué consiste, es probable que tenga que ver con el proceso de maduración del sistema nervioso central y los complejos mecanismos neuroquímicos que median la comunicación entre estructuras cerebrales.

De todos modos, hoy en día se estima que esta predisposición sería genérica y no específica de un trastorno esquizofrénico. En todo caso la probabilidad de padecer esquizofrenia es alrededor de 1% en la población general, pero si se tiene un familiar de primer grado con trastorno de esquizofrenia la probabilidad es de un 10% y si ambos padres padecen esquizofrenia la probabilidad de que el hijo desarrolle este trastorno es de un 40%. Vemos que el factor hereditario, con ser importante, no es totalmente determinante.

Basándonos en la investigación científica, podemos afirmar que la familia no es la causa ni la culpable de la aparición de la esquizofrenia.

- **Bioquímicos:** en estudios del cerebro de personas diagnosticadas de esquizofrenia se ha encontrado un exceso de algunas sustancias químicas, como dopamina y otras que jugarían un papel modulador como la serotonina y el glutamato. Son mediadores químicos en vías que comunican estructuras cerebrales, y su exceso podría ser causa del caos mental que experimenta una persona en crisis esquizofrénica.

La medicación antipsicótica es efectiva porque controla este exceso de dopamina y los nuevos antipsicóticos además logran regular la modulación que ejerce la serotonina sobre las vías dopaminérgicas.

- **Cerebrales:** las técnicas de neuroimagen funcional que permiten obtener imágenes del cerebro mientras resuelve problemas o desarrolla síntomas como alucinaciones, han permitido

identificar una serie de áreas implicadas en estos trastornos: las estructuras límbicas, los lóbulos frontales y los ganglios basales.

- **Alteraciones en el embarazo o durante el parto.**

- **Trastornos y sufrimientos psicológicos en la infancia.**

Estos trastornos se traducirían en una menor socialización del niño y en que éste, de adulto, tendría menor capacidad para afrontar las situaciones y exigencias de la vida.

- **Problemas para mantener la atención en forma continuada o para distinguir lo importante de lo secundario** en una situación o en un razonamiento.

- **Anomalías en la percepción de situaciones sociales.** Las personas que sienten estas anomalías suelen ser retraídas y no expresar sus afectos.

- **Asociaciones cognitivas y verbales inusuales.**

La medicación antipsicótica es efectiva porque controla este exceso de dopamina y los nuevos antipsicóticos además logran regular la modulación que ejerce la serotonina sobre las vías dopaminérgicas.

El cerebro contiene cerca de 30.000 millones de células nerviosas, llamadas neuronas

❖ ORGANIZACIÓN DEL CEREBRO Y DE LA ACTIVIDAD NERVIOSA

El cerebro funciona como un filtro para regular, controlar y elaborar estímulos, pensamientos y emociones. Esto depende del funcionamiento coordinado de las estructuras y redes neuronales que lo componen. El cerebro contiene cerca de 30.000 millones de células nerviosas, llamadas neuronas (30.000 millones son también las estrellas que se calcula que existen en la Vía Láctea).

Una neurona se compone de un cuerpo celular y unas prolongaciones características, una más larga llamada axón por la que envía señales, y otras más cortas, las dendritas, por las que recibe las señales de otras neuronas. Los cuerpos celulares se organizan en estructuras cerebrales y sus prolongaciones en redes neuronales o vías nerviosas, para la transmisión de los

impulsos nerviosos. Entre el axón de una neurona y las dendritas de otra neurona existe un espacio denominado sinapsis.

La **sinapsis** es un complejo estructural y funcional de unión entre las prolongaciones de una neurona y otra. Se calcula que una neurona de la corteza cerebral puede recibir unas 10.000 sinapsis, es decir conexiones de otras neuronas.

El **impulso nervioso** es un fenómeno eléctrico que avanza por la neurona y sus prolongaciones por polarización y despolarización de su membrana, pero cuando llega a una sinapsis, se transforma en un fenómeno químico denominado **transmisión sináptica** del impulso nervioso.

Esta transmisión se produce por vaciamiento desde la estructura presináptica de un **neurotransmisor** –sustancia química– al espacio sináptico, quien lo salva y

establece contacto con el elemento postsináptico, el receptor, al estilo que lo hace una llave en una cerradura, dando lugar, cuando se produce suficiente estimulación, a un nuevo impulso nervioso eléctrico en la neurona siguiente. Las vías se reconocen por el neurotransmisor que media en la comunicación entre las neuronas que la componen.

Dopamina y esquizofrenia

En el cerebro existen más de 50 tipos, por ahora identificados, de neurotransmisores, los más implicados en los trastornos esquizofrénicos son la dopamina y su modulación por la serotonina, que media en las vías dopaminérgicas. Existen al menos cinco subtipos de receptores a la dopamina y se piensa que el más implicado en los trastornos esquizofrénicos y en la acción de los fármacos antipsicóticos es el D2.

Existe evidencia científica, para señalar el papel que

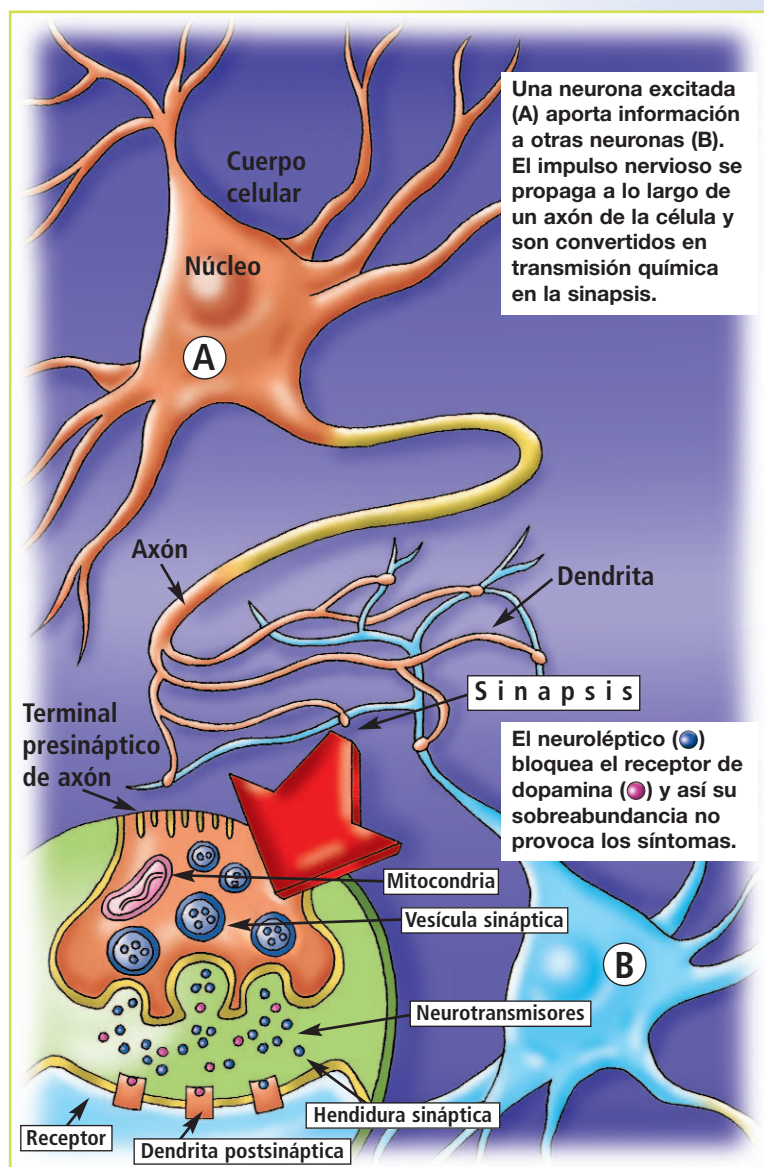


Figura 4. La comunicación entre neuronas.

La vía dopaminérgica mesolímbica desempeña un papel muy importante en las conductas emocionales y en especial en las alucinaciones auditivas, los delirios y los trastornos del pensamiento

cumplen las vías cerebrales dopaminérgicas, tanto en la aparición de los síntomas como en su control por los fármacos antipsicóticos. Es la llamada hipótesis dopaminérgica de los síntomas de la esquizofrenia.

Existen cuatro vías dopaminérgicas principales en el cerebro. La **vía dopaminérgica mesolímbica** comunica estructuras profundas de la región anterior y superior del tronco cerebral con una estructura llamada sistema límbico que elabora el tono afectivo de nuestro comportamiento. Esta vía desempeña un papel muy importante en las conductas emocionales y en especial en las alucinaciones

auditivas, los delirios y los trastornos del pensamiento.

En esta vía dopaminérgica mesolímbica se registra un incremento de dopamina cuando se producen síntomas positivos y también agresividad y hostilidad. Los fármacos antipsicóticos actúan en esta vía bloqueando los receptores a la dopamina y con ello neutralizan el exceso de dopamina y controlan los síntomas positivos.

Existen fármacos y sustancias que pueden provocar un aumento de dopamina en la vía dopaminérgica mesolímbica, como las anfetaminas y la cocaína y dar lugar a síntomas psicóticos indistinguibles de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Otra vía dopaminérgica es la **mesocortical**, que relaciona neuronas de una zona del tronco cerebral cercana a la anterior vía, con diversas zonas de la corteza

cerebral prefrontal dorsolateral. Hay datos que indican que una hipoactividad de esta vía está relacionada con los síntomas negativos y ciertos síntomas cognitivos de la esquizofrenia. Este déficit de dopamina podría ser resultado de un desarrollo anómalo del cerebro, un proceso neurodegenerativo, por una hiperactividad tóxica de otros sistemas que modulan esta vía y también una consecuencia del uso de los antipsicóticos tradicionales.

Vemos que el puzzle neuroquímico de los trastornos esquizofrénicos es complejo, en cuanto que en una vía, la mesolímbica, hay exceso de dopamina y ello da lugar a los síntomas positivos. Y en la otra vía, la mesocortical, hay un déficit de dopamina, que explicaría los síntomas negativos.

Una tercera vía dopaminérgica de interés es la llamada **nigroestriada**, que relaciona estructuras cerebrales implicadas en la

modulación y control fino de los movimientos del cuerpo, en especial las extremidades. La deficiencia de dopamina en esta vía da lugar a rigidez, lentitud, falta de movimiento y temblores. Este déficit de dopamina, en esta vía, se da en la enfermedad de Parkinson y también como resultado del uso de fármacos antipsicóticos típicos.

Modulación de las vías dopaminérgicas y el mecanismo de los fármacos antipsicóticos

Las vías dopaminérgicas a su vez son moduladas por otras vías que utilizan otros neurotransmisores. Es decir, las neuronas que utilizan la dopamina como neurotransmisor también tienen receptores a otros neurotransmisores como la serotonina, que liberan otras neuronas. Así, las neuronas serotoninérgicas modulan la liberación de dopamina de las neuronas dopaminérgicas.

Esta modulación serotoninérgica tiene interés

La hipoactividad de la vía mesocortical está relacionada con los síntomas negativos y ciertos síntomas cognitivos de la esquizofrenia.

Cómo afrontar la esquizofrenia

para valorar la importancia de los nuevos antipsicóticos, los atípicos, y comprender el progreso en el tratamiento de estos trastornos.

Los fármacos antipsicóticos típicos sólo bloquean los receptores D2 en las vías dopaminérgicas, en cambio los fármacos antipsicóticos atípicos, además de bloquear en la neurona dopaminérgica los receptores D2 a la dopamina, bloquean los receptores 5HT2A a la serotonina.

Las vías serotoninérgicas tienen una influencia muy importante sobre las vías dopaminérgicas, pero es bastante distinta en las

diferentes vías dopaminérgicas. En general, la estimulación de la neurona dopaminérgica por el neurotransmisor serotonina, inhibe la liberación de dopamina.

Los antipsicóticos de primera generación o típicos bloquean los receptores a la dopamina D2 y con ello controlan los síntomas positivos de la esquizofrenia. Lamentablemente producen con frecuencia variados síntomas secundarios neurológicos al inhibir la dopamina en todas las vías dopaminérgicas, en especial en la vía nigroestriada que veíamos que controla el movimiento y la coordinación psicomotriz.

En cambio los modernos antipsicóticos, los atípicos, son capaces de bloquear los receptores a la dopamina D2 y además bloquear los receptores 5HT2A a la serotonina. El resultado es que logran inhibir el exceso de dopamina en la vía mesolímbica implicada en los

Los modernos antipsicóticos, los atípicos, capaces de bloquear los receptores a la dopamina D2, logran inhibir el exceso de dopamina en la vía mesolímbica implicada en los síntomas positivos y en cambio aumentan la liberación de dopamina en la vía mesocortical, donde un déficit de dopamina daba lugar a los síntomas negativos.

síntomas positivos y en cambio aumentan la liberación de dopamina en la vía mesocortical, donde un déficit de dopamina daba lugar a los síntomas negativos.

La diferencia de acción en las vías dopaminérgicas se explica por la diferencia de preponderancia entre receptores a la serotonina y a la dopamina. La vía dopaminérgica mesocortical está muy poblada de receptores a la serotonina y por ello un bloqueo de éstos por el antipsicótico atípico impide su estimulación por la serotonina y por tanto su efecto inhibitor de la liberación de dopamina. Se libera más dopamina y vence el bloqueo que además está haciendo sobre los receptores de la dopamina y con ello es probable que se explique la mejoría de los síntomas negativos.

En la vía dopaminérgica mesolímbica la situación sería diferente y termina predominando el efecto de bloqueo de la liberación

de dopamina y de bloqueo de los receptores D2 a la dopamina y el resultado clínico sería una mejoría de los síntomas positivos al controlarse el exceso de dopamina.

Del mismo modo, en la vía dopaminérgica nigroestriada los antipsicóticos atípicos logran a través del bloqueo de los receptores a la serotonina revertir el déficit de liberación de dopamina y con ello no dan lugar a los molestos efectos secundarios neuromusculares de los antipsicóticos de primera generación.

VULNERABILIDAD A LA ESQUIZOFRENIA

Es un intento por integrar los diversos datos científicos que existen acerca de la esquizofrenia, de sus causas y factores que le afectan. Esta vulnerabilidad es psicobiológica en cuanto que el sujeto tiene predisposición a tener crisis esquizofrénicas por su desarrollo cerebral y sus experiencias de socialización.

El sujeto adquiriría la predisposición a tener crisis esquizofrénicas por su desarrollo cerebral y sus experiencias de socialización.

Si la persona esquizofrénica desarrolla el autocuidado puede aspirar a cotas de vida normalizada.

Se ha postulado que lo verdaderamente estable en la persona afectada es su grado de vulnerabilidad y que el estado agudo de síntomas esquizofrénicos sería temporal y respondería a factores precipitantes de la crisis.

Ésta es una hipótesis que tiene una gran trascendencia a la hora de organizar la convivencia y los cuidados que requiere una persona vulnerable a presentar crisis esquizofrénica. Nos hace pensar que su estado depende de las condiciones en que vive. Conocer los factores de protección y riesgo ayudaría a prevenir las crisis.

Para asegurar la comprensión de la idea de la vulnerabilidad vamos a usar el símil de la persona que sufre diabetes. Es una afección crónica que requiere que la persona lleve un estilo de vida con cuidado de su dieta y en muchos casos una medicación de por vida que hay que ir ajustando y cambiando, bajo control médico, permanentemente.

Es una situación parecida a la de la persona afectada de esquizofrenia. En ambos casos si se desarrolla este autocuidado se puede aspirar a cotas de vida normalizada. El descuido de la medicación antipsicótica o la exposición a situaciones de riesgo lleva a una persona vulnerable a experimentar graves crisis esquizofrénicas y a un deterioro cognitivo y social importante.

Ser vulnerable es una experiencia común a todos. Todos somos vulnerables a algo. Unos deben cuidar su corazón, otros su estómago, otros el estrés por el que tienden a padecer de ansiedad y así cada cual debe reconocer sus factores de riesgo y cómo cuidarse para vivir mejor. Sólo la investigación científica puede darnos luz acerca de qué factores influyen en nuestra peculiar vulnerabilidad.

En el caso de la vulnerabilidad a presentar síntomas de esquizofrenia hay una considerable

información. No sabemos, todavía curar la enfermedad pero sí sabemos cómo deben cuidarse las personas afectadas para vivir mejor.

Factores precipitantes de las crisis

No son factores causales sino que actúan sobre la vulnerabilidad o predisposición del sujeto. Suelen relacionarse con la aparición de un brote psicótico o con recaídas.

Pueden ser situaciones que incrementan la tensión psíquica, como son los cambios de vida: un trabajo, una relación amorosa, nuevas y más exigentes demandas en su vida. Situaciones que por otra parte, son habituales para una persona hacia los 20 años. También se consideran precipitantes, en personas vulnerables, el consumo de drogas estimulantes como la cocaína o las anfetaminas o de drogas alucinógenas como el *haschich* o el LSD.

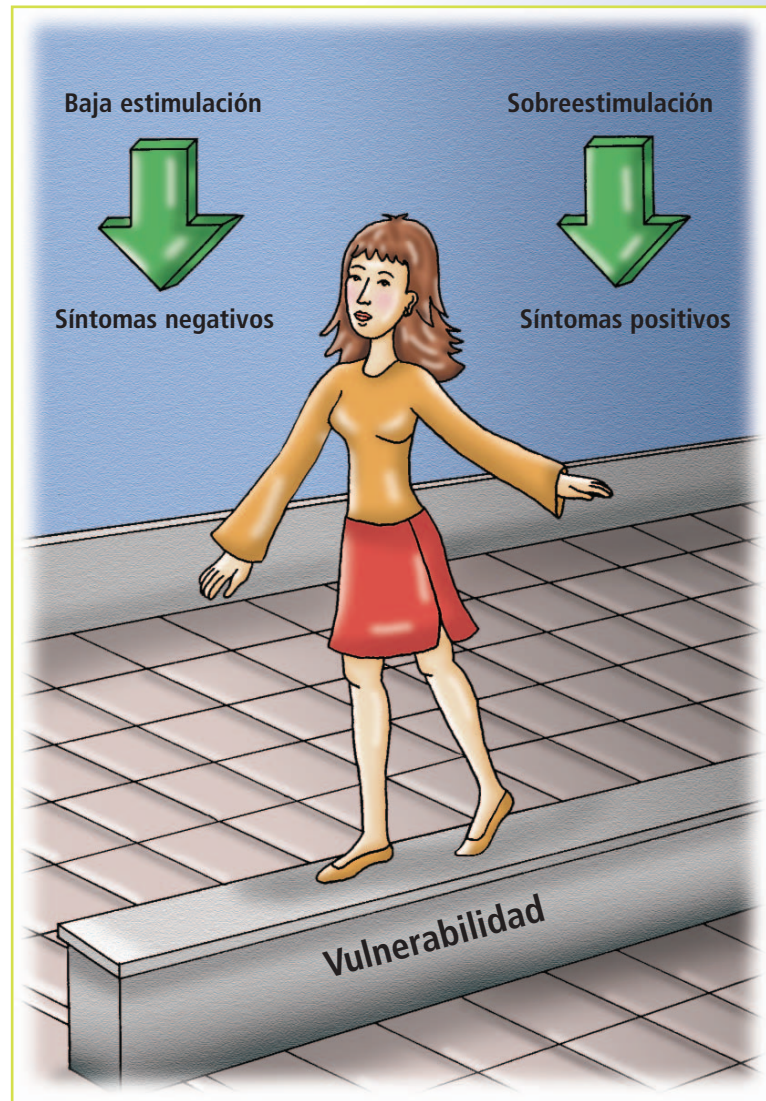


Figura 5. Las personas vulnerables a experimentar crisis esquizofrénicas son muy dependientes del grado y tipo de estimulación ambiental.

- **Sucesos vitales.** Son acontecimientos de la vida que tienen una carga estresante importante para la persona que los padece. Se supone que una persona con una cierta predisposición a la esquizofrenia, en presencia de un cúmulo de sucesos vitales podría desarrollar la enfermedad. Lo que es estresante para una persona puede que no lo sea para otra.

Las personas vulnerables entrarían en crisis ante situaciones de estrés que otros menos vulnerables serían capaces de resistir. Aunque se ha visto que el grado de vulnerabilidad de una persona está modulado por las habilidades y recursos personales para afrontar situaciones difíciles y también por los apoyos sociales y afectivos con que el sujeto cuenta.

Como sucesos vitales estresantes podemos considerar: vivir en un ambiente familiar muy crispado, con enfrentamientos entre sus miembros, o con

algún familiar muy nervioso o ansioso, los conflictos familiares, los cambios inesperados en las rutinas domésticas, tener que afrontar nuevas exigencias.

Lógicamente sucesos graves pueden desestabilizar a cualquiera y hacerle experimentar un sufrimiento psicológico. La muerte de un ser querido, los problemas económicos o el cambio de domicilio, la pérdida del trabajo o el tener que abandonar su vida protegida en el seno de su familia de origen, por matrimonio o trabajo.

- **Estímulos ambientales.** Un cúmulo de factores que afectan al curso de la enfermedad provienen del ambiente: familiar, amistades, trabajo o de ocio.

Cuando una persona sufre una crisis esquizofrénica por primera vez y es ingresada en un hospital, lógicamente la familia se alarma y cuando la persona afectada logra su compensación, todos quieren

Como factores precipitantes de crisis destacan los sucesos vitales, que son acontecimientos de la vida que tienen una carga estresante importante para la persona que los padece.

volver a la plena normalidad y olvidar lo más rápidamente posible la pesadilla que han vivido.

Los padres pretenden que su hijo se reintegre a la vida de estudio o trabajo, de relaciones con los demás, de proyectos, como si nada hubiese ocurrido. Deseos por lo demás normales, pero es aquí donde pueden comenzar los errores.

Una persona vulnerable a experimentar crisis esquizofrénicas es muy dependiente del grado óptimo de estimulación que resiste.

Un exceso de estimulación puede traducirse en un considerable estrés y dar lugar a la aparición de síntomas positivos. Por otro lado, una pobre estimulación, un ambiente de escasa exigencia, pueden dar lugar a un incremento de los síntomas negativos de la enfermedad.

La búsqueda de la estimulación óptima, las

**El abandono de la medicación antipsicótica:
Existe una abrumadora evidencia científica que
señala que el abandono del tratamiento médico
provoca crisis con agudización de los síntomas
en los trastornos esquizofrénicos**

exigencias ambientales que permitan que la persona afectada esté compensada pero también orientada hacia las actividades normales, es algo muy personal. Cada familia debe aprender de su propia experiencia.

Factores que incrementan el riesgo de crisis

- El abandono de la medicación antipsicótica. Existe una abrumadora evidencia científica que señala que el abandono del tratamiento médico provoca crisis con agudización de los síntomas en los trastornos esquizofrénicos.

Cómo afrontar la esquizofrenia

Es muy importante estimular aficiones, habilidades, nuevos aprendizajes. Especialmente útil es incorporar a la persona en las rutinas de la vida diaria: el arreglo y cuidado de su habitación y sus cosas, la ropa, las compras. Si es posible debe seguir algunos estudios o aprendizajes, practicar deportes y todo aquello que implique una vida activa.

- Que la familia considere a la persona afectada como una persona enferma e incapaz de asumir sus responsabilidades y de comportarse con autonomía. Esta actitud puede incrementar los síntomas negativos.
- Que la familia no potencie los aspectos sanos del afectado por enfermedad mental. Es muy importante estimular aficiones, habilidades, nuevos aprendizajes. Especialmente útil es incorporar a la persona en las rutinas de la vida diaria: el arreglo y cuidado de su habitación y sus cosas, la ropa, las compras. Si es posible debe seguir algunos estudios o aprendizajes como informática, practicar deportes y todo aquello que implique una vida activa.
- Vivir en un ambiente con mucha carga emocional. Donde se utilice la crítica continua o la descalificación de la persona.
- Que los padres o las personas que conviven se muestren muy sobreimplicadas, intentando supervisar todos los aspectos de la vida de su familiar afectado, abandonando progresivamente su vida social y los apoyos socioafectivos. Esta actitud puede incrementar los síntomas negativos y también crear en los padres una patología emocional. Los padres pueden mostrarse

deprimidos o ansiosos, desesperanzados y aislados.

- Falta de autoestima motivada porque la persona es consciente de que necesita una medicación para tener su enfermedad controlada y ello le deprime. La pérdida de autoestima lleva al enfermo a desconfiar de sus habilidades y se hace especialmente importante la alabanza de sus logros diarios y el ayudarle a descubrir nuevas habilidades que le hagan sentir bien consigo mismo.

A MODO DE RESUMEN

No conocemos las causas precisas de por qué una persona desarrolla un

trastorno esquizofrénico. Quizás una predisposición genética o adquirida que condiciona la maduración de ciertas vías cerebrales, además unas experiencias infantiles de sufrimiento, alteraciones cognitivas como la falta de atención continuada y la falta de socialización adecuada, crean un estado de vulnerabilidad. Si esta vulnerabilidad alcanza un grado que haga especialmente sensible a la persona al estrés ambiental, a las drogas psicoactivas u otros podría precipitarse una crisis esquizofrénica. Tras las primeras crisis es fundamental mantener el tratamiento a base de fármacos antipsicóticos y crear un estilo de vida que potencie la autoestima y la autonomía en un ambiente estable emocionalmente.

Tras las primeras crisis es fundamental mantener el tratamiento a base de fármacos antipsicóticos y crear un estilo de vida que potencie la autoestima y la autonomía en un ambiente estable emocionalmente.



Tratamiento de los trastornos esquizofrénicos

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global con una amplia variedad de recursos asistenciales.

Los recursos han de ser:

- Médicos.
- Farmacológicos.
- Psicoterapéuticos.
- Rehabilitadores (rehabilitación psicosocial, ocupacional y laboral).
- Familiares (apoyo emocional, control de tratamiento).

Ninguno de estos aspectos por sí solo constituye una respuesta terapéutica suficiente y excluyente. La prescripción de medicación antipsicótica es el acto terapéutico básico y fundamental pero debe ser seguido de la atención a los problemas psicológicos, como la autoestima y la educación para la adherencia

al tratamiento, orientación para la convivencia familiar y las necesidades de ocupación y desarrollo personal que tiene la persona afectada.

Hay personas que si son tratadas de modo precoz al inicio de la enfermedad pueden realizar una vida normal.

En otros casos, la enfermedad con un impacto más devastador, requiere todos los recursos del sistema para alcanzar la normalización.

Las asociaciones de familiares y afectados tienen un papel como grupo de presión social para crear las condiciones que impulsen políticas de prestación de servicios que favorezcan a este colectivo. Las organizaciones de familiares son los interlocutores válidos para hacer presente a la administración las

La prescripción de medicación antipsicótica es el acto terapéutico básico y fundamental pero debe ser seguido de la atención a los problemas psicosociales.

La medicación fundamental son los antipsicóticos

necesidades y derechos que sienten como prioritarias.

❖ LOS ANTIPSICÓTICOS O EL PRECIO DE LA TRANQUILIDAD

Una persona vulnerable a presentar episodios de esquizofrenia puede tomar diferentes tipos de fármacos: antipsicóticos, que son los medicamentos principales en su tratamiento, de los cuales los llamados típicos, fueron los primeros y ahora se dispone de los antipsicóticos atípicos, con grandes ventajas sobre los anteriores. Con frecuencia se prescribe junto a los antipsicóticos típicos una medicación correctora de efectos secundarios neurológicos, que en realidad es medicación anti-parkinsoniana o anticolinérgica. Los antipsicóticos tradicionales pueden provocar como efecto secundario un pseudoparkinson.

Como medicación coadyuvante pueden

prescribirse ansiolíticos o tranquilizantes menores, hipnóticos o medicación para dormir y también en casos se pueden dar antidepresivos.

Es importante reconocer que la medicación fundamental son los antipsicóticos, los otros medicamentos pueden ayudar a que la persona esté más tranquila o duerma mejor, pero no son medicaciones que verdaderamente logren que la persona mejore su relación con la realidad, controlando los síntomas del trastorno esquizofrénico, tampoco son capaces de prevenir las recaídas. Sólo los antipsicóticos logran compensar y prevenir las recaídas en el trastorno esquizofrénico.

La introducción de la clorpromazina en 1952, primer neuroléptico y antipsicótico, inicia un cambio radical en el tratamiento de las enfermedades mentales y los trastornos emocionales. Hasta esa época, las

TABLA 5. Algunos tipos de fármacos utilizados en psiquiatría

TIPO DE FÁRMACO	UTILIZACIÓN
Antipsicóticos: De primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos	Esquizofrenia Manía o fases maníacas en los trastornos bipolares, episodio depresivo mayor con psicosis y estados psicóticos orgánicos
Antipsicóticos depot	Son formas inyectables que se administran cada cierto tiempo y se utilizan en las mismas enfermedades que los restantes antipsicóticos
Estabilizadores del humor	Trastornos bipolares, manía
Antidepresivos	Depresiones desde moderadas a severas
Ansiolíticos	Ansiedad
Hipnóticos	Insomnio
Correctores	Efectos secundarios de los neurolépticos. Parkinson

posibilidades de ayudar a una persona a compensarse, en su trastorno esquizofrénico, eran escasas y la fórmula de hacerlos vivir en establecimientos hospitalarios era prácticamente el único recurso.

Estos grandes hospitales psiquiátricos, donde podían ser ingresados de por vida,

han sido denunciados como centros de segregación de la vida en sociedad. La propia vida institucional, donde todos los actos cotidianos están regulados de forma externa al individuo, genera deterioros, discapacidades y minusvalías, que añadidas a las propias de la enfermedad, empeoraban la situación de la persona afectada.

Actualmente, los modernos fármacos antipsicóticos, si bien no curan, atenúan la vulnerabilidad neurobiológica y existe una considerable evidencia científica de que son capaces de controlar, en la mayoría de los casos, los síntomas agudos de la enfermedad y prevenir las recaídas.

Los fármacos antipsicóticos

Los antipsicóticos son medicamentos que controlan los síntomas de los trastornos esquizofrénicos y psicóticos. Por tanto, tienen un papel indispensable en los programas de tratamiento. No pueden curar estos trastornos pero controlan los síntomas más agudos como alucinaciones y delirios; los modernos antipsicóticos atípicos, en casos, mejoran los síntomas negativos, haciendo posible que estas personas puedan acceder a una vida bastante normal en la comunidad y además, cuestión fundamental, permiten que puedan beneficiarse de la ayuda de otras terapias

necesarias como la rehabilitación y la psicoterapia que puedan proporcionarle enfermeras, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos, familiares y amigos.

Una persona con trastornos esquizofrénicos, compensada con su tratamiento de fármacos antipsicóticos, puede convivir compartiendo tareas y ocio en familia, desarrollar actividades ocupacionales o laborales, llevando una vida normalizada.

El ajuste de esta medicación exige que la persona mantenga una relación habitual con el psiquiatra que se los ha prescrito y que valore esta relación como muy importante para su bienestar.

¿Qué son los antipsicóticos?

Son un grupo de fármacos con la propiedad de influir en la acción de algunos neurotransmisores, sustancias químicas que

Los antipsicóticos controlan los síntomas más agudos, como las alucinaciones y los delirios, logrando que estas personas puedan llevar una vida normal.

están presentes en el cerebro y que median la relación entre neuronas, como estudiamos en el capítulo anterior. Ya comentamos cómo el exceso de dopamina en ciertas vías cerebrales daba lugar a la aparición de los síntomas positivos y el antipsicótico al bloquear los receptores a la dopamina reduce esta sobreestimulación. De esta forma logran controlar síntomas tales como alucinaciones o delirios.

En el caso de los antipsicóticos más modernos, los llamados atípicos, además son capaces de modular la acción que otros neurotransmisores como la serotonina ejercen sobre las vías cerebrales dopaminérgicas y con ello logran un control más selectivo y con menos efectos secundarios neurológicos.

Características del uso de los antipsicóticos

- Son la más importante y efectiva forma de tratamiento para la

esquizofrenia y otros cuadros psicóticos.

- Muchas personas con graves trastornos mentales son capaces de llevar una vida normalizada gracias a estos medicamentos, que previenen la aparición de los síntomas positivos: delirios y alucinaciones, trastornos graves de la conducta; los nuevos antipsicóticos llamados atípicos, pueden, en casos, mejorar los síntomas negativos: apatía, desmotivación y abandono de hábitos.
- Los nuevos antipsicóticos, llamados atípicos tienen menos efectos secundarios neurológicos y motrices. Pero todo tratamiento médico prolongado requiere una supervisión médica continuada, ya que dosis y fármacos pueden requerir cambios a lo largo del tiempo de acuerdo con el curso del trastorno.
- Los efectos secundarios se conocen y pueden ser

Los antipsicóticos de segunda generación tienen menos efectos secundarios neurológicos y motrices

Todo tratamiento médico prolongado requiere una supervisión médica continuada

Los antipsicóticos requieren un uso continuo y responsable

tratados. Con el uso de los nuevos antipsicóticos atípicos los principales efectos secundarios se refieren al control del colesterol y la glucemia, al sobrepeso y las alteraciones de la tensión arterial. Los más graves son muy poco frecuentes y los médicos saben cómo prevenirlos.

- Todos los tratamientos tienen ventajas y desventajas. Para muchas personas, con serios trastornos mentales, cualquier problema causado por los efectos secundarios de los antipsicóticos es compensado por los beneficios del efecto principal, terapéutico.
- Los antipsicóticos requieren un uso continuo y responsable, hay que respetar las dosis y la forma en que se han prescrito. Nunca modificarlos sin consultar previamente con el psiquiatra. Una reducción brusca de la dosis puede traducirse en una nueva crisis. Un incremento de dosis sin supervisión médica puede traducirse en efectos secundarios neurológicos.
- En el caso de los trastornos esquizofrénicos, toda la evidencia científica disponible avala el uso continuo de los antipsicóticos, como una forma eficaz de prevenir las crisis. Todos los ensayos con suspensión de medicación o períodos de “vacaciones” de la medicación demuestran que incrementan dramáticamente la tasa de recaídas. Sólo el uso continuado se correlaciona con aumento del tiempo de compensación en los trastornos esquizofrénicos.
- La persona afectada debe responsabilizarse de su medicación y saber lo que toma. Debe conseguir valorar la medicación antipsicótica como el recurso necesario para una

vida normalizada. Ante cualquier signo de recaída la intervención precoz del médico ajustando la dosis o cambiando el fármaco puede evitar la crisis o el ingreso psiquiátrico.

- La mayor eficacia se consigue en el control de los síntomas positivos: trastornos de conducta, alucinaciones o delirios. Sobre los síntomas negativos, apatía, desmotivación, los antipsicóticos atípicos o más modernos pueden ayudar pero se ven favorecidos si la persona está en un entorno que estimule su motivación o asiste a un centro de actividades.
- La medicación puede ser administrada en forma oral una o varias veces al día y ello exige adquirir un hábito cómodo que favorezca el cumplimiento del tratamiento. También existe la posibilidad de un tratamiento a base de inyecciones cada cierto

tiempo, cada semana, quince días o más: es la fórmula llamada depot, que puede ser una alternativa para aquellos que se olvidan o no logran aceptar la idea de tomar medicación todos los días.

Tipos de antipsicóticos

Es posible distinguir entre dos grandes tipos de antipsicóticos: los típicos, que fueron los primeros y los atípicos más modernos y con menos efectos secundarios.

Los típicos también han recibido el nombre de neurolépticos, ya que pueden provocar neurolepsis, un estado de lentitud y freno de la actividad motora. Entre éstos, unos son más incisivos, que controlan con mayor potencia los síntomas productivos, alucinatorio delirantes, y otros neurolépticos más sedativos o tranquilizantes que controlan mejor los síntomas de la agitación y trastornos de la conducta.

Existen dos tipos de antipsicóticos, los típicos o de primera generación, y los de segunda generación, o atípicos, más modernos y con menos efectos secundarios.

Ambos efectos: alta potencia para el control de síntomas productivos o sea efecto antipsicótico y en el otro extremo los efectos sedativos, constituyen un *continuum* donde se sitúan los efectos principales o terapéuticos de todos los antipsicóticos. Los efectos secundarios van a depender de si predominan más los efectos antipsicóticos o los sedativos. En general a estos antipsicóticos típicos se les considera antagonistas exclusivamente de la acción de la dopamina.

Los atípicos, más modernos, actúan de forma diferencial sobre los circuitos cerebrales que utilizan dopamina y además modulan el control que ejerce sobre estos circuitos la serotonina. Lo que más nos interesa de estos nuevos fármacos es que controlando igualmente los síntomas positivos, tienen menos efectos secundarios, en especial neurológicos y de la actividad motora, además hay que valorar su posible eficacia en reducir los síntomas negativos.

Normalmente la medicación antipsicótica se pauta en una o más tomas diarias con una presentación de comprimidos o cápsulas. También existen presentaciones en soluciones que se suelen usar más en psicogeriatría. En las urgencias pueden utilizarse fármacos antipsicóticos inyectables por vía intramuscular.

Las presentaciones llamadas depot o de acción retardada, constituyen una alternativa para aquellas personas que tienen dificultad o rechazo inicial a tomar su medicación diariamente. Se trata de inyecciones periódicas, cada semana o quince o veinte días, del antipsicótico que se libera en el organismo en forma sostenida manteniendo unos niveles estables en el organismo.

Cómo se toman los antipsicóticos

Esta medicación tan especial exige que la persona

desarrolle unas normas para su toma y control, que garantice que sigue la prescripción médica y que además es capaz de transmitir al psiquiatra cualquier problema o dificultad que observe. Las siguientes normas se han mostrado útiles en muchos casos:

- Utilizar un recordatorio. Si se tiende a olvidar su medicación es muy conveniente establecer una rutina: tomarla siempre en el mismo sitio y a la misma hora, acompañándola de zumo, leche u otro alimento.
- Llevar un registro de las medicaciones tomadas y los efectos terapéuticos y también de los efectos secundarios experimentados. Este cuaderno registrará la historia de las medicaciones antipsicóticas tomadas y a la hora de visitar a un nuevo psiquiatra o simplemente para facilitar

la evaluación que realiza su psiquiatra habitual, puede proporcionar una información muy valiosa.

Para aumentar la aceptación de la medicación

- Hacer acuerdos entre la familia y la persona

TABLA 6. Reglas para tomar la medicación

- Entender las prescripciones del médico-hacer preguntas
- Regularidad en las tomas (que coincidan con las comidas)
- Nunca saltarse una dosis
- Tomar sólo las dosis prescritas por el médico
- Si se olvida una toma, saltársela
- Si se olvidan varias tomas, decírselo al médico
- Utilizar señales que recuerden tomar la medicación
- Llevarse la medicación si sale fuera de casa
- Tomar la medicación con agua o zumo
- Tener el envase bien cerrado, mirar la caducidad
- No beber alcohol, ni tomar drogas
- Hablar con el médico de los efectos secundarios
- No dejar la medicación, aunque se encuentre muy bien

Desafortunadamente algunos de los efectos causados por estos medicamentos son indeseables por desagradables e incómodos, son los llamados efectos secundarios.

- afectada y considerar la toma de medicación como un requisito indispensable.
- Establecer límites en la convivencia y relacionar los trastornos más graves de la conducta con la suspensión de la medicación.
- Educar a la persona afectada en la importancia de la medicación. Promover la figura del psiquiatra y de otros profesionales de la salud mental como fuente de información sobre estos fármacos.
- Escuchar y responder a las preocupaciones que tiene la persona afectada con su medicación. Molestias estomacales, efectos secundarios neurológicos o somáticos como el sobrepeso, sentimientos de minusvalías. Hay que ser sensible a los sentimientos y molestias que tiene la persona en relación con la medicación.
- Si el paciente tiene resistencia a tomar la medicación, haga de la toma de ésta un momento importante entre los dos. Muéstrese comprensivo pero firme.
- Comente con frecuencia con su psiquiatra las molestias que la persona afectada experimenta con la medicación.

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS

Desafortunadamente algunos de los efectos causados por estos medicamentos son indeseables por desagradables e incómodos, son los llamados efectos secundarios. Para algunas personas los efectos secundarios pueden no ser más que un inconveniente menor, para otros, los menos, pueden llegar a causarles un gran malestar. Efectos verdaderamente peligrosos y dañinos son muy poco frecuentes.

Estos efectos secundarios neurológicos son todavía menos frecuentes con los antipsicóticos más modernos, los atípicos.

Ahora sólo nos vamos a referir a los efectos adversos sobre el sistema nervioso y muscular, en el siguiente capítulo nos extenderemos sobre los efectos secundarios generales como el sobrepeso, la hiperglucemia o el colesterol. Estos efectos secundarios, en general, se pueden tratar muy efectivamente con otras medicaciones. O en última instancia aliviarse con el cambio de medicación.

Los antipsicóticos afectan el sistema nervioso central de muy diferentes formas.

Efectos secundarios neurológicos

- Síntomas musculares (o extrapiramidales) que se producen por bloqueo de la dopamina en la vía dopaminérgica nigroestriada. Esta vía

participa en el control nervioso de los movimientos.

- Los más habituales son las distonías o alteraciones del control del grado de tensión muscular. Son molestos pero no entrañan un peligro y son más comunes al principio del tratamiento, cuando se están ajustando las dosis. Ejemplos son las llamadas crisis oculógiras, en que los músculos de los ojos se tensan anormalmente llevando el globo ocular a posiciones forzadas, o también tortícolis, en que los músculos del cuello llevan a posiciones incómodas del cuello y la cabeza. Responden rápidamente a medicación anticolinérgica.
- Se puede presentar una inquietud motriz, llamada acatisia, que lleva al sujeto a mostrarse inquieto e incómodo todo el día. Necesita estar cambiando constantemente de posición o comenzar a dar paseos continuos.

Los antipsicóticos afectan el sistema nervioso central de muy diferentes formas

TABLA 7. Registro de efectos secundarios producidos por la medicación

Señalar con una cruz aquellos efectos secundarios producidos por la medicación neuroléptica que con frecuencia tienen o tuvieron alguna vez vuestros hijos o parientes.

EFFECTOS SECUNDARIOS	NORMALMENTE	ALGUNA VEZ
Mareos		
Sequedad de boca		
Estreñimiento		
Sensibilidad de los ojos a la luz		
Molestias de estómago		
Reacciones alérgicas al sol		
Sueño o somnolencia		
Piernas inquietas		
Aumento del apetito y/o de peso		
Cansancio		
Lentitud en los movimientos		
Rigidez corporal		
Temblores		
Ojos en blanco (crisis oclógica)		
Impotencia sexual		
Regla irregular (amenorrea)		
Visión borrosa		
Espasmos musculares		
Discinesia tardía (movimientos involuntarios de la cara)		
Dificultad para tragar		
Incapacidad para estar quieto (nerviosismo)		
Otros observados por la familia o referidos por el paciente		

- Los músculos se vuelven rígidos y débiles. La expresión del rostro puede aparecer como congelada; se denomina hipomimia la falta de expresividad por esta rigidez muscular.
- La boca tiende a abrirse y se produce una salivación excesiva.
- Se pueden desarrollar temblores, especialmente en las manos.
- La persona puede mover las manos continuamente como si estuviese enrollando algo entre los dedos.
- La persona puede caminar a pasos cortos o arrastrando los pies.

Estos desagradables efectos y algunos otros similares se pueden controlar modificando la dosis o el tipo de antipsicótico o con medicación anticolinérgica.

Un tipo de efectos secundarios musculares, muy

poco frecuente y que se presentan después de años de estar tomando neurolépticos, son las discinesias tardías, movimientos anormales de los músculos de la boca y de la cara. Son más comunes en mujeres ancianas y con un deterioro previo del sistema nervioso central. Se pueden prevenir y su tratamiento precoz es más efectivo.

Otros efectos secundarios de los antipsicóticos típicos

- Efectos anticolinérgicos, por bloqueo de las vías nerviosas que usan la acetilcolina como neurotransmisor. La persona puede tener fallos de memoria o sentirse confusa. O lo que es más frecuente, tener la pupila dilatada y una visión borrosa, boca seca, estreñimiento, retención urinaria o alteraciones sexuales como incapacidad para eyacular.
- Efectos antihistamínicos, como sentirse muy

Entre los efectos secundarios podemos destacar: síntomas musculares como distonías, acatisia, hipomimia, temblores, etc.

sedado o desarrollar un gran apetito y coger sobrepeso.

- Efectos antinoradrenérgicos y tener episodios de tensión baja.
- Fotosensibilidad y no pueden exponerse al sol sin experimentar enrojecimiento y prurito de la piel.
- Alteraciones endocrinas, especialmente de la hormona prolactina, que es regulada a su vez por la dopamina. El efecto antidopaminérgico puede provocar un exceso de prolactina que se traduce en un crecimiento de mamas y una secreción de leche. Este efecto es dosis

dependiente y reversible a la suspensión del fármaco.

Síndrome neuroléptico maligno

En casos muy excepcionales, los neurolépticos pueden provocar un síndrome neuroléptico maligno, que constituye una urgencia médica, pero ésta es una situación excepcional que se presenta muy raras veces, afectaría a alrededor de un 0,02% de las personas tratadas con antipsicóticos y generalmente al inicio del tratamiento.

Es una reacción metabólica al primer contacto con dosis altas y por ello puede aparecer en los primeros ingresos hospitalarios. El paciente presentará fiebre alta, sudoración, hipertensión arterial y taquicardia, se mostrará rígido muscularmente y con alteración del estado de conciencia, padecerá de graves alteraciones

También pueden observarse otros efectos secundarios como pérdida de memoria, confusión, visión borrosa, boca seca, estreñimiento, retención urinaria, alteraciones sexuales, sentirse muy sedado, hipotensión, alteraciones endocrinas, etc.

metabólicas y debe ser tratado en unidades hospitalarias de cuidados intensivos en forma urgente.

Actitud ante los efectos secundarios de los antipsicóticos

Cualquiera de estas molestias es necesario consultarlas con el psiquiatra, quien podrá valorar su tratamiento adecuado.

Hay que ser conscientes de que todos los fármacos que se prescriben para cualquier problema médico son susceptibles de producir efectos indeseables, por ello es fundamental que sean controlados por el médico. Los antipsicóticos no son una excepción.

Los beneficios que consigue con su tratamiento la persona afectada serán siempre mayores que los efectos indeseables o el riesgo de presentarlos. Estos beneficios son fundamentales para una vida normalizada.

El valor de la medicación antipsicótica

Para la persona afectada esta medicación es su seguro ante las crisis.

Es la ayuda que requiere para seguir en la normalidad, para mantener su capacidad de relación y ocupación. Debe visualizar la medicación como el medio que le ayuda a estar en la realidad, para compartir con los suyos, como una ayuda o un bastón que le ayuda a ser el mismo, a ser más autónomo y más seguro de sí mismo. Como un protector ante las tensiones de la vida, para que el estrés y la ansiedad no le hagan desarrollar síntomas.

La persona afectada y su familia deben considerar el momento de tomar la medicación como uno de los

La medicación antipsicótica es la ayuda que el enfermo requiere para seguir en la normalidad, para mantener su capacidad de relación y ocupación.

El momento de tomar la medicación ha de ser considerado como el más importante del día

momentos más importantes del día; es necesario que lo establezca como una costumbre y pensar que en ese momento toma su salvaguarda ante las crisis.

A la búsqueda del antipsicótico eficaz y su dosis óptima

Cuando una persona presenta una crisis esquizofrénica, el médico psiquiatra buscará el control de los síntomas, utilizando fármacos con potente efecto antipsicótico y a unas dosis eficaces.

Una vez superada esta crisis, comienza a bajar las dosis buscando una dosis mínima óptima, suficiente para mantener el estado de compensación. Esta dosis puede variar de una persona a otra e incluso en una misma persona en diferentes épocas.

La medicación tomada por vía oral debe superar diversas barreras para llegar al cerebro y producir

su efecto terapéutico. Hay diferencias individuales en la absorción intestinal, en el transporte sanguíneo, en la superación de la barrera hematoencefálica, en alcanzar los receptores dopaminérgicos, en el metabolismo del hígado para su eliminación del organismo y en la excreción renal y por heces. El peso corporal y la diferencia en los procesos de absorción, transporte, metabolización y eliminación, provocan las diferencias en dosis y efecto terapéutico.

Para que el psiquiatra pueda hacer su trabajo con acierto, debe estar seguro de que la dosis que prescribe es la que en verdad la persona afectada toma. En caso de que la familia o el propio afectado alteren las dosis es imposible llegar a un ajuste preciso.

Se puede requerir entre dos semanas y un mes para que el antipsicótico alcance

sus efectos terapéuticos. Esto obliga, al principio, a un seguimiento cuidadoso del caso a fin de alcanzar la dosis óptima con un adecuado control de los efectos secundarios.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Las personas afectadas tienen que aprender a conocer la enfermedad, a valorar su tratamiento medicamentoso, a reconocer en el psiquiatra al especialista en su tratamiento y a ver las cosas con optimismo.

Una persona afectada debe poner lo mejor de su inteligencia al servicio de su desarrollo como persona y darse cuenta de que esto está mediado por el buen control de su trastorno esquizofrénico. El objetivo es aprender a cuidar de sí mismo y saber beneficiarse del tratamiento.

El primer paso es reconocer la propia vulnerabilidad, es decir darse

cuenta de que tiene predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas en situaciones de estrés o de incremento del riesgo. Estas situaciones debe conocerlas en su caso particular: tensiones emocionales, fumar *haschich* o tomar cocaína, cuando se le acumulan muchos problemas o conflictos. Un antecedente fundamental puede ser haber suspendido la medicación o los cambios en el tratamiento.

Los sucesivos ingresos psiquiátricos tienen que enseñarle a identificar las situaciones de riesgo en su vida. Serán todas aquellas que anteceden y provocan estrés antes de la crisis. Y

Las personas afectadas tienen que aprender a conocer la enfermedad, a valorar su tratamiento medicamentoso y a reconocer en el psiquiatra al especialista en su tratamiento

aprender a minimizar estos riesgos, con el apoyo de su familia, de su psiquiatra y otros profesionales de la salud mental.

Adoptar un estilo de vida que favorezca la propia salud y con ello las posibilidades de desarrollarse como persona, es un desafío común a todos. Pero en la persona vulnerable a la esquizofrenia puede verse obstaculizado por su resistencia a aceptar la realidad de su predisposición a las crisis.

Es importante que la persona analice sus sentimientos en relación con

su tratamiento psiquiátrico. Hay personas que se sienten minusvalorados por estar en tratamiento psiquiátrico, los prejuicios sociales los incorporan y se vuelven prejuiciosos consigo mismos. Creen ser menos y se sienten desdichados y necesitados de negar toda su situación. Este autoengaño puede ser la principal barrera para tener una vida satisfactoria.

Otros, abrumados por las experiencias psicóticas, se sienten derrotados de antemano y alimentan la idea de que ya nada vale la pena. Sin darse cuenta de que la vida es larga y las oportunidades se renuevan y que el resultado final también depende de lo que cada uno haga por superar las dificultades. La principal ayuda está en el tratamiento.

Fomentar en las personas afectadas su interés por tener un cuerpo sano, una alimentación cuidada, una apariencia atractiva son factores que facilitarán la comprensión de la necesidad

Adoptar un estilo de vida que favorezca la propia salud y con ello las posibilidades de desarrollarse como persona, es un desafío común a todos. Es importante que la persona analice sus sentimientos en relación con su tratamiento psiquiátrico. Creen ser menos y se sienten desdichados y necesitados de negar toda su situación.

de los cuidados y tratamientos psiquiátricos.

Hoy en día la población en general está sensibilizada para fomentar el autocuidado, la salud, el deporte y la vida sana. Éstos son los valores que debemos procurar que la persona afectada haga suyos. No hay nada mejor que el ejemplo para conseguir motivar a la persona para que se cuide. Y en la familia estos comportamientos deben ser promovidos para todos: cuidar el sobrepeso, dejar de fumar, no abusar de las bebidas alcohólicas, cuidar del cabello y la piel, de su dentadura, practicar un deporte, adquirir afición por caminar o pasear.

Quien cuida de sí mismo desarrolla su autoestima y valora más su vida. Y con ello puede estar más preparado para asumir la necesidad de un tratamiento psiquiátrico que prevenga sus crisis esquizofrénicas y le dé una calidad de vida a él y los suyos.

PSICOEDUCACIÓN

Son actividades orientadas a informar y promover el conocimiento del trastorno esquizofrénico en familiares y afectados. Su principal objetivo es mantener la adherencia al tratamiento y el desarrollo de actitudes y hábitos que prevengan las recaídas.

En el capítulo 7 se expone un currículo de psicoeducación dirigida a familiares y cuidadores. El desarrollo de un programa psicoeducativo para personas afectadas requiere una secuencia de acciones educativas que permitan superar la resistencia y rechazo que la persona afectada pueda tener a asumir que padece este tipo de trastorno.

Nuestro programa lo vemos como una pirámide que asciende hacia una adherencia al tratamiento y un autocuidado inteligente. Se inicia con el conocimiento y cuidado del cuerpo y el

El principal objetivo de la psicoeducación es mantener la adherencia al tratamiento y el desarrollo de actitudes y hábitos que prevengan las recaídas.

Cómo afrontar la esquizofrenia

desarrollo de actividades dirigidas a tomar conciencia del propio cuerpo. Junto a explicaciones anatomofisiológicas sobre los distintos sistemas (respiratorio, osteomuscular, nervioso y demás) promovemos el desarrollo de hábitos de autocuidado (tratamos el problema del tabaquismo, del sobrepeso, de la mejora del aspecto físico y otros). En este primer escalón promovemos la realización de actividades físicas con fines lúdicos y de conciencia corporal (bailar, nadar, expresión corporal, masajes y cualquier otra actividad que los participantes vean con interés).

Nuestro segundo escalón requiere acercar un concepto

Nuestro programa lo vemos como una pirámide que asciende hacia una adherencia al tratamiento y un autocuidado inteligente. Se inicia con el conocimiento y cuidado del cuerpo y el desarrollo de actividades físicas

de los trastornos mentales como trastornos del cerebro influidos por condiciones biológicas (como las drogas psicoactivas) y ambientales (como los conflictos). Se explica el funcionamiento del sistema nervioso central y lo que se sabe sobre la anatomofisiología del trastorno esquizofrénico y sus factores de riesgo y protección. Se adapta al nivel de estudios de los asistentes. Junto a ello se desarrolla un programa de autoestima con el fin de promover la idea de que todos somos vulnerables pero valiosos.

Finalmente se abordan las características del tratamiento, especialmente el psicofarmacológico, y se estudian los riesgos de recaída. Se analizan las emociones, ansiedad y depresión y se promocionan formas de afrontamiento.

Psicoterapia en los trastornos esquizofrénicos

En este campo existen muchas teorías y diferentes

Tratamiento de los trastornos esquizofrénicos

puntos de vista. Partiremos de un hecho básico, el tratamiento estrictamente psiquiátrico basado en la prescripción de antipsicóticos, es la terapia de prevención de crisis, control de síntomas y regulación del comportamiento, más eficaz y probada en los trastornos esquizofrénicos. Pero a partir de aquí, de la situación clínica denominada “compensación”, se abre un amplio abanico de posibilidades y alternativas para el crecimiento y desarrollo psicológico que,

lamentablemente, en muchos casos no se explora ni menos se agota.

Existen una gran cantidad de formas, escuelas y teorías psicoterapéuticas. Lógicamente, aquí nos referiremos sólo a la psicoterapia ejercida legalmente. Algo que las iguala a todas podría ser que se trata de un encuentro de una persona, un grupo o una familia, que se sienten afectados por problemas emocionales y/o de proyectos

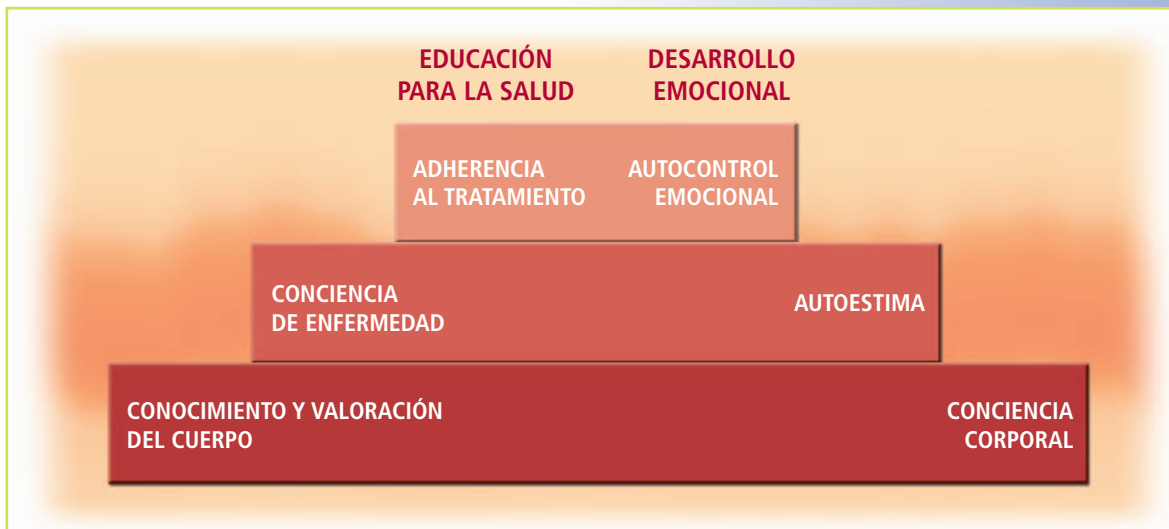


Figura 6. Currículum de psicoeducación en los trastornos esquizofrénicos.

en la vida, con un psicoterapeuta, el cual ha alcanzado ese rango por unos estudios universitarios (normalmente de psicología y/o medicina) y al que se le reconocen habilidades y ciencia para ayudar mediante la escucha de los problemas, el análisis de éstos, el asesoramiento, la práctica conductual y/o la prescripción de modos de comportarse. Los psicoterapeutas no ejercen juicios de valor aunque su proceder está regido por una ética profesional.

Las llamadas terapias cognitivo-conductuales son las que se reconocen más útiles y prácticas. Su base son los hallazgos experimentales acerca de cómo aprenden los seres humanos, cómo adquieren comportamientos y estilos de vida.

Mediante el uso de métodos basados en la observación, experimentación y evaluación de resultados se han logrado crear diversas

técnicas para superar fobias, depresiones, ansiedad, construir hábitos y promover comportamientos adecuados y eficaces en el terreno afectivo, interpersonal, laboral y vocacional. Existen técnicas cognitivo conductuales que ayudan a la persona en el control de sus síntomas alucinatorio delirantes.

Especialmente útiles para las familias son las terapias cognitivo conductuales de solución de problemas, así como el entrenamiento en habilidades de comunicación y para la negociación de situaciones conflictivas en la convivencia familiar.

Qué ofrece una psicoterapia a la persona afectada por trastornos mentales y a su familia

El psicoterapeuta no cura la enfermedad mental pero sí puede ayudar al enfermo a conseguir una mejora en su calidad de vida, y siempre asumiendo que la persona mantiene su tratamiento

Existen técnicas cognitivo conductuales que ayudan a la persona en el control de sus síntomas alucinatorio delirantes.

farmacológico con una adecuada supervisión psiquiátrica.

En primer lugar se valora que la persona afectada pueda alcanzar un mayor conocimiento de sí mismo, que desarrolle sus habilidades de introspección y análisis de su vida psíquica.

Los psicoterapeutas creemos muy importante que la persona amplíe su espacio interior, es decir, que explore su afectividad. En muchos casos la persona descubre su tendencia al retraimiento social y su empobrecimiento afectivo.

La propia vulnerabilidad y fragilidad psíquica lleva a la persona a poner distancia ante los afectos. En estos casos el papel del psicoterapeuta es especialmente importante, ya que se ayuda a estas personas a conocer sus emociones y sentimientos, a analizarlos, asumirlos y no temerlos, y también a reconocer y disfrutar de los

momentos positivos de su vida.

Un segundo punto añadido es que cultive su autoestima y sentimientos auténticos del propio valor. En nuestra experiencia de realizar psicoterapias con personas afectadas por esquizofrenia, hemos constatado en muchos casos, cómo la pérdida o la falta de autoestima es un factor de mantenimiento de situaciones de tensión psicológica que llevan con frecuencia a la reactivación de sus síntomas psicóticos. Otro elemento fundamental es la orientación vocacional, conocidas las peculiaridades de la persona y de la enfermedad, lograr encontrar un entramado ocupacional que permita el

El psicoterapeuta no cura la enfermedad mental pero sí puede ayudar al enfermo a conseguir una mejora en su calidad de vida.

Los psicoterapeutas creemos muy importante que la persona amplíe su espacio interior.

Cómo afrontar la esquizofrenia

La psicoterapia ofrece una información científica acerca de la esquizofrenia

desarrollo de habilidades y satisfacciones puede constituir un logro terapéutico principal.

Otro aspecto singularmente importante es que la persona afectada por enfermedad mental encuentre en la psicoterapia una información científica y clara acerca del trastorno que padece, lo que se sabe acerca de su curso y tratamiento.

Además es esencial que la psicoterapia le ayude a entender que la enfermedad que padece es crónica y que tiene que aprender a convivir con ella.

El afectado debe saber que es vulnerable a tener estas crisis y que éstas son situaciones puntuales que tienen más probabilidades de producirse con factores de riesgo como consumo de drogas, fuerte tensión emocional o derrumbamiento psíquico y que, por el contrario, será menos probable que sufra

nuevas crisis si cumple adecuadamente con el tratamiento, consulta a su psiquiatra, se mantiene ocupado con tareas productivas o de ocio, y aprende a anticiparse a sus crisis reconociendo sus pródromos.

Estos aspectos son importantes tanto para el autocuidado como para la psicoterapia de familia.

Un tercer aspecto importante a lograr en una psicoterapia sería la adquisición de habilidades y hábitos tales como la organización personal de su vida cotidiana, la automotivación, el mantenimiento de hábitos en el orden personal, el aprender a realizar actividades compartidas con su familia y la adquisición de habilidades para el trato interpersonal.

Rehabilitación psiquiátrica

El desarrollo de la enfermedad puede tener unas

consecuencias negativas sobre el afectado y su familia. Estudiar estas consecuencias y promover su superación son los objetivos de la rehabilitación psiquiátrica. Trastornos tan severos como éstos no sólo requieren un enfoque de tratamiento en que se busque remover causas y factores que influyen en el curso de la enfermedad, sino también son imprescindibles los servicios de rehabilitación, para aminorar discapacidades y minusvalías, que son las consecuencias de la enfermedad.

En la rehabilitación física se quiere ayudar al afectado a superar discapacidades y minusvalías en relación con un medio físico, por ejemplo superar barreras arquitectónicas o aumentar su desempeño mediante ayudas técnicas en discapacidades sensoriales como ceguera o sordera. En la rehabilitación psiquiátrica se quiere ayudar al sujeto a superar discapacidades como pérdida de hábitos de

autocuidado, ocupacionales o vocacionales que le permitan recuperar su papel social. Se trata de una rehabilitación basada en el entrenamiento de habilidades y la provisión de recursos y apoyos socioeconómicos para incrementar sus posibilidades en un medio social normal.

Centros de día con programas de entrenamiento de habilidades (de autocuidado, de cocina, de manejo de dinero, de cuidado de la ropa, de uso de recursos comunitarios, de relaciones interpersonales y otras muchas), talleres ocupacionales, trabajo protegido, ayudas económicas, formación profesional, programas de tutoría y otros, son todos servicios de rehabilitación destinados a ayudar a las personas afectadas a desarrollar habilidades y/o dar soportes, que le aumenten sus posibilidades de encontrar una ocupación y un mundo de relaciones sociales. Con el fin de que

La rehabilitación psiquiátrica estudia y promueve la superación de las consecuencias negativas de la enfermedad sobre el afectado y su familia.

TABLA 8. Áreas de intervención en rehabilitación psiquiátrica

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES
Orientación ocupacional	Estudio de intereses y aptitudes Desarrollo de la motivación Cómo buscar trabajo
Educación de adultos	Lectoescritura y aritmética Certificado escolar Formación profesional
Rehabilitación laboral	Formación de hábitos laborales Habilidades sociales Aprendizaje de oficios
Tiempo libre y de ocio	Trabajos manuales Coleccionismo y hobbies Deporte, excursionismo
Actividades de la vida diaria	Autocuidado y arreglo personal Tareas domésticas Dinero, transporte y compras
Habilidades sociales	Habilidades básicas Relaciones interpersonales Repertorios específicos
Rehabilitación cognitiva	Atención y memoria Percepción social Solución de problemas
Desarrollo emocional	Conciencia corporal Autoestima Autocontrol emocional
Psicoeducación de pacientes	Información anatomofisiológica Conciencia de vulnerabilidad Autoadministración medicación
Psicoeducación de familias	Información Comunicación Solución de problemas
Alternativas residenciales	Minirresidencia Pisos supervisados y protegidos Pensiones
Prestaciones sociosanitarias	Control médico y nutrición Prestaciones económicas Uso de recursos comunitarios

ocupen un lugar en la sociedad con la oportunidad de una vida más digna y autosatisfactoria. Esto es una exigencia terapéutica, ética y social.

OCUPACIÓN, TRABAJO Y REINSERCIÓN SOCIAL

A veces es difícil encontrar actividades que despierten el interés de la persona afectada. Puede ser útil empezar con lo que antes de la enfermedad le gustaba.

Considerar que las actividades que se promuevan deben tener un cierto valor social, que sean valoradas por otros y que por tanto produzcan una satisfacción y orgullo en la persona que las desarrolla.

Hay que considerar las características de vulnerabilidad, muchas personas afectadas son particularmente vulnerables a la estimulación social. El contacto con muchas personas o el tener que interactuar estrechamente

con otros les produce un considerable estrés. El que la persona afectada se comprometa a iniciar determinadas actividades (de entretenimiento, ocupacionales o laborales) puede depender del grado de apoyo afectivo que siente, a veces hay que empezar por acompañarle y realizar juntos la actividad.

Las personas encontramos en los hábitos ocupacionales, laborales y en nuestras relaciones afectivas lo más característico de nuestra vida social. Nos definimos y somos definidos por lo que hacemos y por la forma y estilo de nuestras relaciones afectivas e interpersonales.

Hay que procurar que las actividades que se promueven tengan cierto valor social, que sean valoradas por otros y que produzcan satisfacción y orgullo en la persona que las desarrolla

Cómo afrontar la esquizofrenia

Actualmente existen diversos servicios de rehabilitación ocupacional y laboral orientados a atender personas con trastornos mentales graves.

De aquí la importancia de promover alternativas ocupacionales y laborales para las personas afectadas por estos trastornos.

Desde lo más elemental, el cuidado de sí mismo, de su higiene, ropa, presentación personal, manejo de su dinero. Ser autónomo, utilizar recursos comunitarios como medios de transporte, cines, cafeterías. A ocupaciones

y trabajos protegidos, normalizados o en medios laborales normales.

Actualmente existen diversos servicios de rehabilitación ocupacional y laboral orientados a atender personas con trastornos mentales graves. Existen iniciativas desde los servicios sociales y de las asociaciones de familiares. Su desarrollo varía según las regiones en España.



Es importante tener buena salud

La persona que aprende a cuidar de su salud refleja un grado de madurez y desarrollo personal. Para una persona que padece de un trastorno esquizofrénico es muy importante que desarrolle un especial deseo de cuidar su cuerpo y su salud. Cuidar el peso, la piel, la salud del cabello, de los dientes, comer sano y mantenerse fuerte y ágil son actitudes que denotan una sana autoestima y una capacidad de disfrutar de la vida a pesar de otras limitaciones que uno tenga.

Quien padece de un trastorno o una predisposición a tener crisis, como es el caso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser más vulnerable a sufrir de mala salud física. Las causas más comunes de mala salud física en la población general se acumulan en una persona con estos trastornos: fumadores, vida sedentaria,

consumo de café, bebidas con cafeína u otros productos que si uno se excede, son claramente dañinos.

Cuando alguien pone en riesgo su salud y no acierta a llevar una vida sana y positiva, podemos suponer que no tiene una buena opinión de sí mismo aunque afirme lo contrario. Es fácil caer en la autodestrucción si crees que porque tienes un trastorno, todo ha terminado para ti. Afortunadamente tenemos muchos ejemplos de personas que padeciendo una enfermedad luchan y logran sacarle partido a su vida y desarrollarse como personas.

La persona afectada por un trastorno esquizofrénico puede llegar a darse cuenta de que su tratamiento psiquiátrico le permite una normalización que posibilita tener aficiones, vivir en familia, cuidar de sí mismo,

La persona que padece trastornos esquizofrénicos puede ser más vulnerable a sufrir de mala salud física.

Cómo afrontar la esquizofrenia

incluso trabajar y mantener relaciones afectivas. Esto claramente es posible si se disfruta de buena salud física. Si la persona y su familia ven el problema desde esta óptica hay pie para creer que vale la pena cuidarse y vivir lo más sano posible.

El sobrepeso, la obesidad, la diabetes, el tabaquismo, las enfermedades respiratorias –que desembocan en la condición de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)–, la hipertensión y las alteraciones del colesterol reducen en aproximadamente un 20% las expectativas de vida de una persona con

trastornos esquizofrénicos, respecto del resto de la población. Si a esta cifra se suman los accidentes y los suicidios vemos que las tasas de mortalidad son el doble que en la población general.

Estos riesgos se ven incrementados cuando la persona consume además sustancias adictivas como *haschich*, cocaína o heroína, o vive en un ambiente de gran tensión emocional y conflictos frecuentes.

Un problema añadido son los efectos secundarios de los antipsicóticos, la medicación principal en los trastornos esquizofrénicos como ya se ha destacado en el capítulo de tratamiento.

Toda medicación puede provocar daño y esto exige una estrecha supervisión médica. Interesa saber que en algunas personas estas medicaciones pueden provocar sobrepeso, diabetes y alteraciones del nivel de colesterol en sangre. No todos los antipsicóticos lo

Las personas afectadas por un trastorno esquizofrénico pueden darse cuenta de que el tratamiento psiquiátrico les permite llevar una vida normal que posibilita tener aficiones, vivir en familia, cuidar de sí mismo, incluso trabajar y mantener relaciones afectivas. Esto claramente es posible si se disfruta de buena salud física.

producen de la misma forma en todas las personas que los toman, hay un margen de respuesta individual que es donde el médico busca el mayor beneficio con el mínimo riesgo.

Querer vivir una vida más plena, con más posibilidades, pasa por tener una vida más sana y en este capítulo estudiaremos algunas recomendaciones que ayuden a cuidarse y a ilusionarse por este objetivo.

TABAQUISMO

Afortunadamente, cada vez más personas tienen conciencia del riesgo de mala salud que conlleva el tabaco. Hay una gran evidencia científica que relaciona consumo de tabaco con incremento de patologías cardiovasculares y respiratorias, no hay lugar a dudas de que el tabaco da mala vida. Vamos a intentar comprender por qué las personas con predisposición a tener crisis

esquizofrénicas son más proclives a engancharse en un consumo excesivo de tabaco.

Hay datos científicos para afirmar que quien fuma mucho es probable que se esté automedicando, que el tabaco le produce un efecto positivo, el problema es que el precio que paga es muy alto en términos de salud. Además ese efecto positivo se puede conseguir por medios menos agresivos.

El tabaco estimula un sistema de enzimas hepáticas llamado citocromo P450 que lo podemos imaginar como una serie de vías que metabolizan, entre otras cosas, los fármacos, disminuyendo así su concentración en sangre. La persona que tomando antipsicóticos experimente sedación, podría despejarse a base de fumar. Pero sería mucho más sano y positivo que lo hablara con su médico y éste buscaría los ajustes necesarios para disipar ese malestar.

Las personas con predisposición a tener crisis esquizofrénicas son más proclives a engancharse en un consumo excesivo de tabaco.

Los nuevos antipsicóticos, que hemos denominado atípicos, facilitan no engancharse al tabaco o dejar de fumar, ya que producen menos efectos secundarios.

De hecho los nuevos antipsicóticos, que hemos denominado atípicos, facilitan no engancharse al tabaco o dejar de fumar, ya que producen menos efectos secundarios.

Por ello hay que insistir siempre en que la persona y sus familiares deben comentar con su psiquiatra todos los efectos que experimenta con la medicación y obtener así la mejor solución en el control de sus síntomas con un mínimo de efectos secundarios.

Pero hay aspectos más complicados. El cerebro tiene en diversas regiones receptores a la nicotina cuya estimulación crea la sensación de agrado al fumar. Son por tanto el mecanismo de la adicción al tabaco.

El problema es que estos receptores a la nicotina están en las vías dopaminérgicas, que median los síntomas de las crisis esquizofrénicas, en

donde promueven la liberación de dopamina. Esto se traduce en efectos deseables y en otros indeseables.

Por un lado puede mejorar los síntomas negativos de apatía y desmotivación y mejorar incluso, hasta cierto punto, el rendimiento intelectual, pero por otro lado tienen más posibilidades de presentar síntomas positivos de la enfermedad: delirios o alucinaciones.

Fumando mucho puede sentirse más animado pero tendrá crisis con más frecuencia. Nuevamente la mejor solución está en el control médico.

Los nuevos antipsicóticos pueden mejorar, en casos, los síntomas negativos que también mejoran con la rehabilitación y estimulación psicosocial y sin riesgo de recaídas. Ya estudiamos antes como recaídas frecuentes se traducen en más obstáculos para una vida normalizada.

Los factores psicológicos y ambientales pueden condicionar mucho a una persona para que termine siendo un adicto al tabaco. Si la persona tiene poca autoestima y no valora su salud y el cuidarse; si los días son monótonos con pocas actividades organizadas, sin estímulos para realizar tareas de cooperación en casa o desarrollar aficiones; si no se cuenta con posibilidades de asistir a un centro de actividades; si la persona vive en un ambiente donde cuidar la salud no es algo importante ni se le hace sentir que es valioso mantenerse sano y fuerte, si no se pone límites a fumar en cualquier sitio de la casa o a cualquier hora y no se le motiva para controlarlo, es fácil que una persona con trastornos esquizofrénicos desarrolle un hábito tabáquico insensato que ponga en riesgo su vida y la de los que le rodean.

Fumar tabaco es una adicción física y psicológica

que se adquiere como un hábito. Y que además ha sido promovido por los intereses económicos de las empresas tabacaleras y hasta hace poco la desidia de las autoridades que valoraban los grandes beneficios que se obtienen vía impuestos.

Afortunadamente hoy en día la investigación científica ha traído evidencias que advierten a la población sobre los riesgos de fumar. Las autoridades sanitarias advierten con claridad y realismo acerca de sus riesgos.

Y es importante, además, darse cuenta de que fumar significa un dinero, que si se

Afortunadamente hoy en día la investigación científica ha traído evidencias que advierten a la población sobre los riesgos de fumar. Las autoridades sanitarias advierten con claridad y realismo acerca de sus riesgos. Fumar tabaco es una adicción física y psicológica que se adquiere como un hábito.

Cómo afrontar la esquizofrenia

calcula en un tiempo, un mes o un año, puede ser una cifra que seguro se te ocurren mejores alternativas para gastarlo que quemarlo. Quien fuma entre una a dos cajetillas al día, puede tener un gasto mensual entre 75 a 150 euros, que en un año son algo más o algo menos de 1.500 euros al año.

La vida de un fumador está marcada por sus patologías respiratorias. El mal aliento, la tos frecuente, los catarros, la dificultad para respirar ante cualquier incremento de la actividad física. Se incrementa en diez veces el riesgo de cáncer de pulmón. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de

riesgo de enfermedades del corazón, desarrollan con más frecuencia problemas circulatorios que se traducen en dolores musculares y fatiga fácil ante cualquier esfuerzo. Su vida se ve acortada en alrededor de ocho años.

El fumador crea a su alrededor un ambiente irrespirable para el que no fuma y es fuente constante de conflictos en la vida familiar creando tensión y estrés que incrementan el riesgo de recaídas y crisis.

Los llamados fumadores pasivos al estar expuestos en su ambiente al humo del tabaco tienen al final los mismos problemas que el fumador activo.

La vida de un fumador está marcada por sus patologías respiratorias.

Cualquier persona puede dejar de fumar y este deseo tiene más probabilidades de éxito si buscamos ayuda médica y psicológica

Cómo superar el tabaquismo

Cualquier persona puede dejar de fumar y este deseo tiene más probabilidades de éxito si buscas ayuda médica y psicológica. El médico de cabecera es el que mejor puede ayudar. Los

fumadores muy enganchados pueden necesitar tres o más intentos antes de lograrlo plenamente.

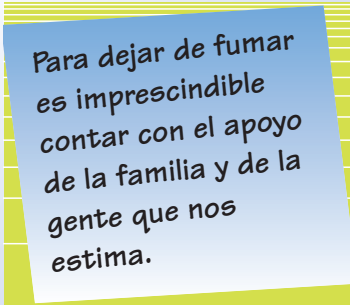
El primer paso es plantearse todas las razones personales para dejar de fumar y las razones que se tienen para fumar. Es bueno dedicar un tiempo a pensar y a escribir estas razones hasta que, al menos en el papel, queden claras las ventajas que tiene para la persona dejar de fumar. Un aspecto especial es calcular el dinero que se gasta en tabaco y hacer una lista de cosas o actividades en que se podría invertir ese dinero.

Un segundo paso es comenzar a llevar un registro de los cigarrillos que se fuman y observar si hay horas o circunstancias que incrementan el número de cigarrillos. Es necesario que la persona piense cómo podría afrontar esas circunstancias sin fumar, éste puede ser un buen tema para tratar con un psicólogo.

En este empeño, en dejar de fumar, hay que contar con el apoyo de la familia y de la gente que le estima, buscar que le animen y le ayuden a alcanzar el convencimiento de dejar de fumar y posteriormente a mantenerse en la decisión de no fumar. Hacer acuerdos con su familia para que le proporcionen incentivos, como regalos o premios si logra mantenerse una semana, un mes o más tiempo sin fumar.

También es bueno comenzar a beber más líquidos, aprender a relajarse y comenzar a realizar algún tipo de actividad física como pasear o aprender a bailar o a nadar o algo por el estilo.

Para librarse de la obsesión y el deseo de fumar existe ayuda médica que puede obtener de su médico de cabecera. Pueden prescribirle parches o chicles de nicotina o medicación que inhibe el deseo de fumar. Es muy importante que no tome por su cuenta estos



Para dejar de fumar es imprescindible contar con el apoyo de la familia y de la gente que nos estima.

Las personas que padecen de esquizofrenia tienen mayor probabilidad de sufrir sobrepeso

medicamentos ya que podrían perjudicarlo si no están ajustados en sus dosis, de acuerdo al nivel de adicción y las interacciones con otras medicaciones que toma.

Si deja de fumar, considérelolo un logro personal, un mérito que habla favorablemente de usted y de su capacidad para dirigir su vida.

Para reforzar su decisión de no fumar busque poder ayudar a otros a conseguirlo y disfrute de su ambiente limpio de malos humos.

SOBREPESO Y OBESIDAD

Las personas que padecen de esquizofrenia tienen mayor probabilidad de sufrir sobrepeso. La vida sedentaria, el consumo excesivo de bebidas azucaradas y golosinas, una dieta poco adecuada, se suman a probables efectos secundarios de los antipsicóticos en algunas personas.

Además cada vez se conocen mejor los efectos metabólicos de las medicaciones antipsicóticas que provocarían, en algunas personas, subidas de azúcar y colesterol, lo que exige un control médico.

Nuevamente la mejor solución no consiste en dejar la medicación, ya que la persona experimentaría crisis frecuentes que deteriorarían su vida y la de su familia. La solución es comentarlo con el psiquiatra para el control de los factores de riesgo y en su caso la búsqueda del tratamiento que no le produzca obesidad.

Para mantener un peso adecuado hay que regular la ingesta, cuidando la cantidad y calidad de lo que se come y además incrementar el gasto calórico mediante una actividad física.

Son más sensibles a subir de peso, con el tratamiento antipsicótico, los jóvenes y las personas delgadas. Esta subida de peso no está

relacionada con la mayor o menor dosis del medicamento sino con una respuesta peculiar de la persona a ese fármaco.

Hay personas que con un determinado tratamiento pierden la sensación de saciedad cuando comen y con ello aumentan la ingesta de comida, lo que se traduce en mayor grasa y masa muscular acumulada.

La subida de peso puede preocupar cuando supera los dos kilos del peso habitual. Otra medida es la circunferencia de la cintura, si un varón supera los 100 cm o una mujer los 88 cm, se considera en sobrepeso. También muchas máquinas de control del peso, que se pueden utilizar en farmacias, dan una estimación del IMC (índice de masa corporal, una medida que relaciona el peso con la estatura) y se considera sobrepeso un IMC mayor de 25 y obesidad un IMC mayor de 30. Cualquier persona en estas condiciones debería solicitar a su médico

de cabecera un chequeo de su glucemia, su nivel de colesterol y de su tensión arterial.

Existe evidencia científica que relaciona un exceso de peso con un mayor riesgo de sufrir hiperglucemia y diabetes, alteraciones del colesterol, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares. Las personas que padecen esquizofrenia tienen más del doble de probabilidades de sufrir una grave enfermedad cardiovascular que la población general, ya que a los posibles efectos metabólicos de la medicación suman la mayor prevalencia

Para mantener un peso adecuado hay que regular la ingesta, cuidando la cantidad y calidad de lo que se come y además incrementar el gasto calórico mediante una actividad física. La subida de peso puede preocupar cuando supera los 2 kg del peso habitual. Si un varón supera los 100 cm o una mujer los 88 cm de perímetro abdominal, se considera en sobrepeso.

de factores de riesgo como sobrepeso, vida sedentaria y dietas inadecuadas.

Esta situación exige un mayor control médico pero también que familiares y pacientes promuevan un estilo de vida y una dieta más saludables que prevengan estos riesgos.

Recomendaciones nutricionales

El pronóstico y el desarrollo de un trastorno esquizofrénico a lo largo del tiempo puede verse afectado por el tipo de dieta que realiza la persona que lo padece. Existe evidencia científica que relaciona algunos aspectos de esta enfermedad con carencias nutricionales.

Sabemos que parte de los síntomas del trastorno se deben a una hiperactividad dopaminérgica en los circuitos mesocorticales y mesolímbicos del cerebro. Ya estudiamos en el capítulo segundo cómo en las

membranas de las neuronas de estos subsistemas cerebrales existen receptores a la dopamina. Estos receptores están modulados en su expresión y densidad por ácidos grasos poliinsaturados.

En estudios del cerebro de personas con esquizofrenia se han encontrado niveles disminuidos de ácidos grasos poliinsaturados, por lo que se recomienda incrementar el consumo de alimentos ricos en estos ácidos grasos, como es el pescado, varias veces en la semana. Hay datos de investigaciones que indican que el consumo de pescado es inversamente proporcional al deterioro cognitivo y cerebral. En cambio el consumo de grasa animal y exceso de colesterol está asociado con graves patologías cerebrovasculares.

También se conoce que resultantes tóxicos del metabolismo de la neurona, llamados radicales libres, están

Se recomienda incrementar el consumo de alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados, como es el pescado, varias veces en la semana.

involucrados en la fisiopatología de la esquizofrenia. La eliminación eficiente de estos tóxicos requiere de los llamados antioxidantes. Por lo que se recomienda consumir diariamente frutas y verduras, ya que parece que en estas personas hay mayor requerimiento de antioxidantes tipo vitamina C y E.

Es aconsejable controlar la ingesta de alimentos a fin de evitar el sobrepeso. Los principales alimentos a restringir son los ricos en grasas y los que aportan calorías “vacías” (alcohol y dulces). Por el contrario, los alimentos ricos en carbohidratos complejos, como cereales, verduras, hortalizas, frutas frescas, deben aumentarse su ingesta con el fin de garantizar suficientes agentes antioxidantes naturales que favorezcan la desintoxicación neuronal. Se debe dar preferencia a la ingesta de pescado frente a la de carne para favorecer el funcionamiento cerebral.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

Nuestro cuerpo está diseñado para el esfuerzo físico. Mantenerse sano pasa necesariamente por tener actividad física. La tasa de enfermedades y de mortalidad es claramente menor en las personas que mantienen un mayor gasto calórico y con mejor forma física. Las personas que gastan más calorías en su trabajo, en su ocio o tiempo libre tienen una incidencia de enfermedades cardiovasculares menor. También se conoce que la actividad física favorece el hábito intestinal y previene el cáncer de colon.

No es necesario apuntarse a un gimnasio, aunque ello puede ser una posibilidad cierta de entretenerse, relacionarse y cuidarse. La vida diaria implica una serie de actividades que contribuyen a nuestra salud.

Participar en las tareas de casa, como limpiar, hacer

Participar en las tareas de casa es una oportunidad para desarrollar una actividad física que contribuya a la salud.

Cómo afrontar la esquizofrenia

compras, hacer la comida, poner, servir y recoger la mesa, limpiar y ordenar los cacharros, arreglar las camas, poner la lavadora, tender la ropa, planchar y muchas otras son una oportunidad para desarrollar una actividad física que contribuya a la salud.

Estas alternativas caseras deben ser consideradas por la persona que padece trastornos esquizofrénicos, en especial cuando se encuentra en una fase de mayor aislamiento social. Realizar tareas que contribuyan al bienestar familiar hará que la persona además se sienta útil y dará oportunidad para recibir de

su familia refuerzo y estima, necesarios para su motivación y su deseo de superación.

Los Centros de día y los clubes deportivos y de aficiones son sitios donde se pueden encontrar oportunidades ciertas para realizar actividades que permitan distraerse, divertirse, relacionarse y de paso mejorar la condición física. Aprender jardinería o asistir a clases de baile, grupos de teatro y música, visitas culturales, excursiones a sitios de interés o senderismo. La práctica deportiva es la expresión mayor de la actividad física. Hay deportes individuales como la natación, el ciclismo o el patinaje y deportes colectivos como el fútbol o el voleibol.

Los Centros de día y los clubes deportivos y de aficiones son sitios donde se pueden realizar actividades que permitan distraerse, divertirse, relacionarse y de paso mejorar la condición física

TENER SALUD

Estar sano es poder desarrollar aspectos de la vida que sean satisfactorios para la persona y para los

que le aprecian. Se puede padecer de un trastorno como la esquizofrenia y al mismo tiempo disfrutar de buena salud física y psíquica.

La salud psíquica está caracterizada por la autoestima, el valorarse y saber cuidarse, desarrollar intereses y actividades.

Quizás no pueda trabajar o estudiar pero allí no acaba todo, puede desarrollar aficiones e intereses que serán los aspectos sanos de su mente, realizar actividades que le hagan sentirse útil para su familia y su entorno, disfrutar del cariño de los suyos, sentir su cuerpo fuerte y sano.

Se puede padecer esquizofrenia y al mismo tiempo disfrutar de buena salud física y psíquica



Cómo afrontar las crisis y anticiparse a ellas

En la experiencia de convivir con una persona vulnerable a padecer episodios esquizofrénicos, es fácil reconocer que los trastornos presentan diversas fases, ya que la persona afectada no siempre está igual.

Ya hemos estudiado en el capítulo primero cómo la fase de crisis es seguida por el estado de compensación en que la persona, sin estar curada, mantiene una adecuada relación con la realidad y debe ser estimulada convenientemente para responder a las exigencias de una vida normalizada. Esta estimulación se debe regular de acuerdo con su grado de vulnerabilidad.

La fase de compensación puede dar paso a una nueva crisis si se presentan circunstancias ambientales como tensiones o conflictos, pero también circunstancias médicas como la suspensión

de la medicación o el consumo de drogas.

Antes de la crisis, la persona presenta una sintomatología inespecífica pero reconocible, que denominamos **pródromos**. La identificación de los pródromos puede ayudarnos a prevenir las crisis o a prepararnos para afrontarlas de modo que éstas generen el menor impacto posible en el afectado y su familia.

FASE PRODRÓMICA

La fase prodrómica son los cambios de comportamiento que suele experimentar la persona con enfermedad mental antes de las crisis propiamente dichas.

Estos cambios en el comportamiento y en el humor nos indican que algo comienza a fallar y que es necesario extremar los cuidados del afectado.

La identificación de los pródromos puede ayudarnos a prevenir las crisis o a prepararnos para afrontarlas de modo que afecten el menor impacto posible a su familia.

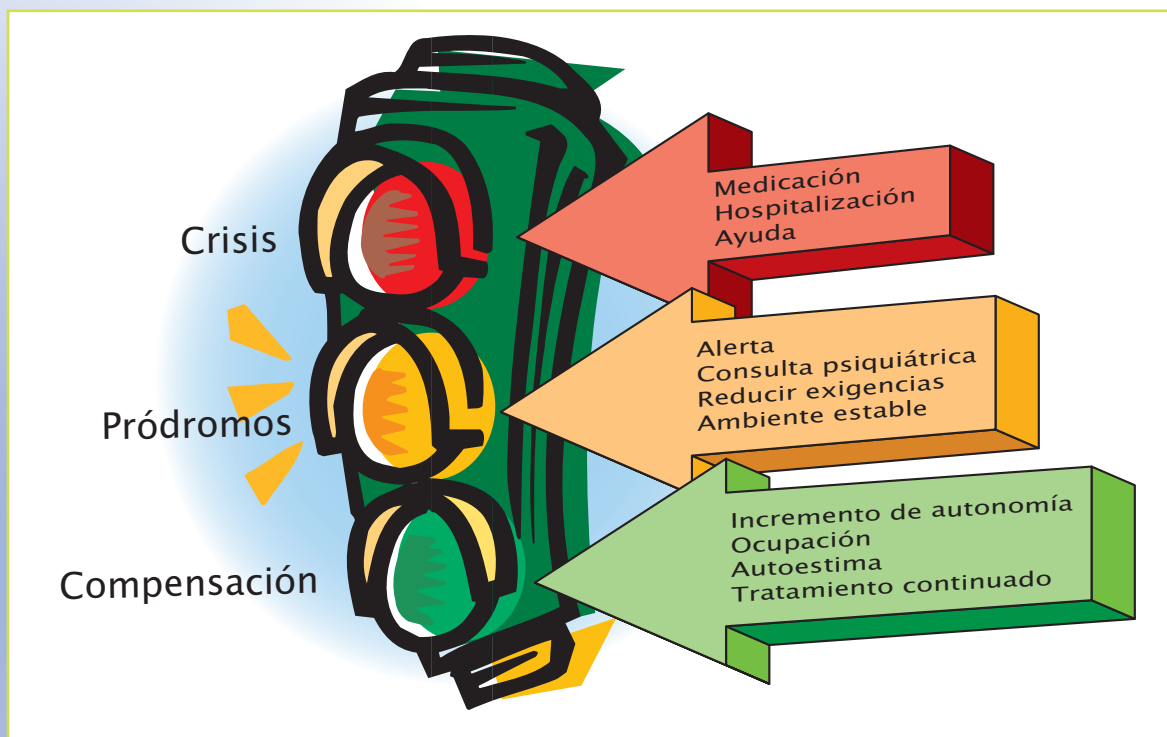


Figura 7. Conduzca su vida sin riesgos.

Los síntomas de la fase prodrómica varían mucho de un caso a otro, e incluso en un mismo sujeto pueden variar de una época a otra. Sin embargo, son fácilmente reconocibles, ya que son cambios en la conducta habitual hasta ese momento.

Algunos síntomas prodrómicos experimentados por las personas con enfermedad mental son:

- Cambios en los ritmos del sueño y de la actividad.
- Adoptar actitudes suspicaces o reticentes.

- Mostrarse muy preocupado por circunstancias poco relevantes.
- Dar importancia inusual a noticias o comentarios de los medios de comunicación.
- Obsesionarse con temas religiosos.
- Sentirse objeto de atenciones de extraños o personas poco relacionadas con él.

Además también deben ser considerados pródromos un incremento de comportamientos por defecto. Algunos ejemplos son:

- Abandono de hábitos de aseo personal o de autocuidado.
- Permanecer aislado y ensimismado durante más tiempo.
- Abandono de actividades que antes de las crisis le resultaban agradables.
- Asegurarse que se toma la medicación antipsicótica en la forma y dosis prescrita.
- Solicitar un adelanto de la consulta con el psiquiatra.
- Si la persona afectada se encuentra irritable y muy suspicaz, es mejor dejarle

En cualquier caso, esta lista es sólo indicativa. Cada paciente y cada familia deberán llevar un registro escrito de las circunstancias que antecedieron a anteriores crisis.

Este registro puede ayudar a identificar las situaciones prodrómicas y ser fuente de información importante para el psiquiatra.

Actitudes ante los pródromos

Ante la alerta que significa la aparición de pródromos debemos incrementar las precauciones para prevenir el estallido de la crisis. Algunas actitudes útiles pueden ser:

Ante los pródromos, debemos asegurarnos de que se toma la medicación antipsicótica correctamente.

TABLA 9. Identificación de síntomas prodrómicos o de riesgo de recaídas

SÍNTOMAS PRODRÓMICOS O PROBABLE COMIENZO DE UNA CRISIS

Identifique los síntomas que presentó justo antes del inicio de la última crisis. Aprenda a identificar estos síntomas que anteceden a la crisis y acuda al psiquiatra cada vez que se presenten. Intente prevenir así las recaídas.

Tensión y nerviosismo		
Pérdida del apetito o desorganización en las comidas		
Dificultad para concentrarse en actividades habituales		
Dificultad para dormir		
Disfruta menos de las cosas		
Inquietud corporal y mental		
Falta de memoria		
Depresión y tristeza		
Preocupado sólo con una o dos cosas		
Ve menos a sus amistades. Tiende a aislarse		
Piensa que se ríen o hablan mal de él		
Pérdida de interés en sus cosas y ocupaciones habituales		
Piensa más a menudo en temas religiosos		
Se siente mal sin un motivo claro		
Se muestra agitado o emocionado sin una causa clara		
Se lamenta de que no vale para nada		
Otros cambios que usted nota y relaciona con el comienzo de una crisis		
Otros cambios que usted nota y relaciona con el comienzo de una crisis		
Otros cambios observados antes de la crisis		

Cómo afrontar las crisis y anticiparse a ellas

y esperar a que se calme, antes de abordar una conversación en torno a sus preocupaciones.

- Utilizar temas que interesen al paciente para empezar una conversación cuyo fin sea conocer cómo se encuentra. En ningún caso debemos mostrarnos obsesionados por saber qué le ocurre, ya que es probable que ni él mismo lo sepa y que se encuentre confuso y desorientado.
- Escucharle siempre todo lo que quiera comunicar, aunque no se esté de acuerdo, o los contenidos de sus preocupaciones sean disparatados.
- Hay que aprender a responder más al sentimiento que al contenido. Es decir, no intentar inmediatamente rebatirle la irrealidad de sus preocupaciones sino manifestar primero nuestra comprensión de que esa idea le hace sufrir, sentirse amenazado o humillado.

Lo que no significa, de ninguna manera, que debemos llevarle la corriente y asegurarle que estamos de acuerdo en que está siendo vigilado por extraterrestres o lo que sea que le preocupe. Por el contrario, debemos insistirle en que no podemos aceptar esa creencia pero sí nos damos cuenta de que lo está pasando muy mal por esa idea, de que sufre y se siente indefenso.

- Si la persona se muestra más serena con nuestra actitud de simpatía y apoyo, puede ser el momento para discutir y poner en duda sus creencias delirantes o sus preocupaciones ilógicas. Pero siempre deberemos evitar que el paciente se emocione en exceso y que vuelva a alterarse.
- Reforzar y alabar positivamente con frecuencia al paciente con enfermedad mental. Es muy conveniente

Es muy importante reforzar y alabar positivamente con frecuencia a la persona con enfermedad mental.

El apoyo de la familia es clave para superar las dificultades.

aprovechar todas las ocasiones que podamos para demostrar nuestro afecto al paciente.

El apoyo de la familia es clave para ayudar al paciente, y a cualquier otro miembro de la familia, a superar las dificultades.

Es conveniente llamar al paciente por su nombre para sacarle de su ensimismamiento, e intentar hacer que participe brevemente en alguna actividad familiar sin olvidar que al término de la misma deberemos alabar su participación.

- Tener paciencia y tolerancia.

Dice el refrán que “la fuerza vence pero la dulzura convence”.

Es fundamental que la familia no sucumba ante la tensión que puede producir la aparición de síntomas indicadores de crisis inminentes. En estos

casos, hay que apoyarse mutuamente para relevarse en los cuidados y tratos de primera línea con el paciente.

Los padres deben conversar acerca del horario para estar con el paciente, de modo que la carga no recaiga sólo sobre uno de ellos. Además, deben analizar sus sentimientos de temor y vergüenza para evitar caer en una crisis emocional.

Si la familia muestra su miedo o su dolor ante la situación, se creará un clima emocional de alto riesgo negativo para el afectado.

- Es mejor dialogar que ejercer sin más la autoridad.

A veces da la impresión de que la conducta ilógica del paciente es fruto de su voluntad o de un deseo perverso de hacer daño o molestar a la familia, y ello

puede provocar una reacción autoritaria. Las actitudes agresivas y autoritarias con el paciente no van a solucionar el problema de fondo y sí pueden precipitar la aparición de ideas delirantes y persecutorias, o de crisis con graves trastornos de la conducta que lleven incluso a agresiones físicas a objetos o a personas (a terceros o contra sí mismo).

Por eso es necesario que los restantes miembros de la familia utilicen el diálogo para darle un respiro y ayudarlo a recuperar el control de sí mismo.

- Observar atentamente y buscar los momentos oportunos para abordar al paciente y conversar sobre sus dificultades.

Es muy conveniente establecer límites a su conducta. Por ejemplo, si insiste en permanecer en la cama todo el día sin

tomar su medicación, la familia debe considerar que está en una situación de riesgo y es necesario consultar con el psiquiatra.

Las actitudes agresivas o las agresiones de hecho no se deben tolerar, y hay que insistirle en que su aparición es señal de una crisis.

Las crisis agudas deben ser tratadas con hospitalización.

- Cuanto más extensos sean sus pródromos más debemos bajar el listón de las exigencias y concentrarnos en lo más básico: la toma de la medicación, la prevención

*Las actitudes agresivas o las agresiones de hecho no se deben tolerar, y hay que insistirle en que su aparición es señal de una crisis.
Las crisis agudas deben ser tratadas con hospitalización.*

Cómo afrontar la esquizofrenia

de trastornos de la conducta graves (agresividad o amenazas e intentos de suicidio), el mantenimiento del diálogo y el trato familiar.

- No hay que ser pesados. Nunca se tienen que plantear asuntos muy largos o varias cuestiones a la vez.
- Hay que mantener un contacto frecuente con el psiquiatra y los terapeutas que lo atienden. Lleve una historia de las medicaciones y dosis que le van prescribiendo. Ante un cambio de psiquiatra puede ser una información útil.

Los padres deben crear entre ellos una fuerte alianza para apoyarse mutuamente y así tener fuerzas para cuidar de su hijo, cuando esto no exista, deben aprender a pedir ayuda a otros familiares o amigos

- El desarrollo de pródromos extensos y prolongados debe llevar a los padres a mantener un contacto habitual con el psiquiatra y a preparar una posible hospitalización. Los ingresos programados suelen ser menos dramáticos que los ingresos por urgencias.

Los padres tienen que aprender a conocer sus límites y posibilidades como cuidadores, a sentirse apoyados y orientados por los profesionales de la salud mental, y a conocer los medios y trámites que conllevan las hospitalizaciones.

- Los padres deben cuidar también de sí mismos.

Los padres deben crear entre ellos una fuerte alianza para apoyarse mutuamente y así tener fuerzas para cuidar de su hijo. Cuando esto no exista, deben aprender a pedir ayuda a otros

familiares o amigos y a los servicios de salud mental.

También los padres pueden beneficiarse de una terapia si sienten que las dificultades con su hijo enfermo les desbordan.

Puede que los esfuerzos de los cuidadores no sean suficientes para evitar que la crisis siga su desarrollo y sea necesario el ingreso del paciente en una Unidad de agudos.

EL INGRESO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA

La familia debe mantener su contacto con el psiquiatra para poder afrontar las situaciones de crisis y contar con los servicios necesarios.

Por ello, es conveniente que desde el inicio de los pródromos la familia mantenga un contacto habitual con los Servicios de Salud Mental y que la situación sea evaluada periódicamente, y en forma

conjunta, por los profesionales, la familia y el propio paciente.

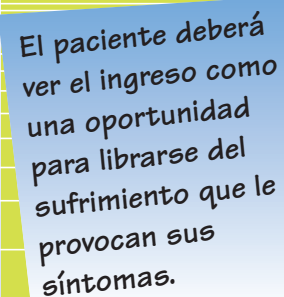
La posibilidad del ingreso hospitalario no debe ser utilizada jamás como una amenaza, sino como una situación de cuidados intensivos necesarios ante una crisis. El paciente deberá ver el ingreso como una oportunidad para librarse del sufrimiento que le provocan sus síntomas.

Los ingresos hospitalarios pueden ser:

- **Programados:** cuando el ingreso es acordado previamente y se realiza de acuerdo a un plan prefijado entre el psiquiatra y la familia.

Como hemos indicado anteriormente es necesario que se haga partícipe en esta decisión al paciente.

- **De urgencias:** cuando se suscita una situación crítica la familia puede solicitar el ingreso del



El paciente deberá ver el ingreso como una oportunidad para librarse del sufrimiento que le provocan sus síntomas.

paciente por urgencia hospitalaria. En este caso será el psiquiatra de guardia de la Unidad hospitalaria quien decidirá si es conveniente, o no, ingresar al paciente.

Los ingresos pueden tener tres modalidades:

- **Ingreso voluntario:** el paciente firma su autorización para ingresar voluntariamente en la Unidad hospitalaria.
- **Ingreso involuntario ordinario:** en este caso es el juez quien autoriza el ingreso del paciente. Para ello, el juez debe haber recibido el preceptivo

informe del psiquiatra en el que conste la indicación explícita de que ese paciente tiene que ser ingresado.

El protocolo hospitalario establece que el citado informe no debe tener más de 15 días de antigüedad.

Además, el citado protocolo indica que el juez ordenará un peritaje forense que escuchará a la persona con enfermedad mental antes de decidir si mantiene, o no, su ingreso hospitalario.

- **Ingreso involuntario urgente:** cuando la situación hace necesaria una actuación inmediata se puede solicitar el ingreso por la vía de urgencia.

En este caso el facultativo que autoriza el ingreso debe remitir al juez notificación de este hecho antes de 24 horas.

El procedimiento con el peritaje forense es el

Los ingresos pueden tener tres modalidades:

- Ingreso voluntario
- Ingreso involuntario ordinario
- Ingreso involuntario urgente

Toda esta serie de controles legales tienen la finalidad de salvaguardar los derechos de las personas a ser reconocidas.

mismo que en el caso anterior.

Toda esta serie de controles legales tienen por finalidad salvaguardar los derechos de las personas a ser reconocidas en su individualidad y el derecho a ser diferentes y no por ello considerados enfermos o peligrosos.

Recomendaciones generales para la familia

El ingreso psiquiátrico es breve, suele durar entre quince días y un mes.

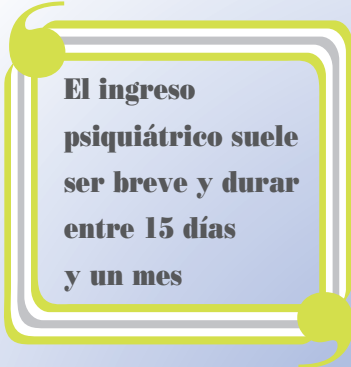
En casi todas las comunidades autónomas se hace en unidades hospitalarias dentro de los hospitales generales. Normalmente el caso será asumido por un médico psiquiatra adjunto a esa unidad y distinto del psiquiatra habitual del paciente.

Nada más producirse el ingreso, la familia debe entrevistarse con la

supervisora de enfermería y/o la trabajadora social, para asegurarse de que sus datos están correctamente recogidos y no habrá problemas para el contacto telefónico. Debe conocer la forma en que el médico les citará para las necesarias entrevistas, el régimen de visitas que existe en la unidad y las necesidades del paciente que deberá asumir.

La familia debe esperar con tranquilidad a que el equipo asistencial tome la iniciativa de llamarle. Por tanto, no hay que buscar desde el principio hacer patente el sufrimiento de la familia o el desbordamiento por la situación. Si algún familiar se siente especialmente afectado debe acudir a los servicios de salud mental y solicitar atención para sí mismo.

Los días del ingreso deben ayudar a la familia a recomponer sus fuerzas y a reforzar su organización para cuando se produzca el alta del paciente.



El ingreso psiquiátrico suele ser breve y durar entre 15 días y un mes

La familia debe acudir a las visitas en cuanto reciba autorización médica, ofreciendo al paciente comprensión y ánimo.

La persona afectada puede sentirse humillada ante los conocidos o preocupado por la opinión de otros familiares. Hay que escuchar con tacto estas preocupaciones y ayudarle a ver su ingreso como una decisión médica en una fase determinada de su enfermedad, pero no algo irrevocable ni estigmatizante.

En cualquier caso, la familia no debe introducir cambios en la habitación del paciente ni tomar decisiones sobre la disposición del espacio o de sus cosas, ya que este tipo de actitudes acrecentará su sentimiento de minusvalía tras el alta.

Consideraciones sobre el alta de la unidad hospitalaria

- El momento del alta es particularmente delicado. La persona afectada puede

sentir vergüenza e incluso sentirse degradado ante los demás.

- Es fundamental que el paciente perciba que se le espera en casa como un ser querido. La persona afectada de enfermedad mental debe sentir que la superación de la crisis abre para todos una nueva etapa donde cabe la ilusión por vivir mejor; y que es en esa nueva etapa, en la que la familia se siente con fuerzas para ayudarle.
- En estos momentos es importante hacer planes realistas, ya que una vez superada la crisis hay posibilidades de recuperar una convivencia familiar adecuada.
- Los pacientes jóvenes son los más vulnerables a los sentimientos de derrota tras la hospitalización, y ello crea a veces las condiciones para nuevas crisis y recaídas y también para decisiones dramáticas como el suicidio.

Es fundamental que el paciente perciba que se le espera en casa como un ser querido.

- La depresión posterior al ingreso es un cuadro psiquiátrico que se puede añadir al trastorno esquizofrénico, aumentando las dificultades y haciendo que sea especialmente importante ayudar al enfermo en sus primeros días a la vuelta del ingreso hospitalario.

EL SUICIDIO EN LOS TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

- El suicidio es la causa más frecuente de muerte prematura en la esquizofrenia, con una prevalencia vital de suicidios consumados en torno al 10%.
 - Aproximadamente un 40-55% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia realizan una o más tentativas de suicidio.
 - El mayor porcentaje de suicidio en los trastornos esquizofrénicos se da en varones jóvenes.
- El riesgo de suicidio también es mayor en los siguientes casos:
 - En los primeros diez años de enfermedad.
 - Cuando se han producido varios ingresos psiquiátricos.
 - En los primeros días tras el alta.
 - Si las recaídas o las rehospitalizaciones son frecuentes.
 - Si predominan síntomas positivos y síntomas depresivos.

Además se suelen dar las siguientes características entre las personas que tienen tendencias suicidas:

- Suele ser más frecuente en personas inteligentes y con un nivel cultural mayor.
- Es frecuente que estas personas abandonen previamente la medicación

El suicidio es la causa más frecuente de muerte prematura en la esquizofrenia, con una prevalencia vital de suicidios consumados en torno al 10%.

Cómo afrontar la esquizofrenia

antipsicótica o se la tomen de forma discontinua.

- Existen fuertes tensiones en el núcleo familiar, lo que lleva a un marcado aislamiento del enfermo.

Prevención del suicidio en la esquizofrenia

Hay algunas consideraciones que pueden ayudar a prevenir los suicidios en las personas con enfermedad mental.

- Un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto. Es necesario no desechar jamás una amenaza o alusión al suicidio y hay que comunicársela siempre al psiquiatra. Una situación de amenaza de suicidio requiere de las

orientaciones de los profesionales de la salud mental y exige un cumplimiento escrupuloso de la toma de la medicación.

- Ayudar a reflexionar a la persona con enfermedad mental para que valore otros aspectos más positivos de su vida.

La desesperanza y la depresión es signo de alto riesgo en una persona joven que se muestra por otra parte compensada.

No se trata de darle ánimo rápidamente, sino de acompañarle ayudándole a pensar en los aspectos más positivos de su vida.

- Comprometer a la persona en alguna actividad agradable para ella que le aleje de la tentativa de suicidio.
- Apoyar al afectado en caso de pérdida de un ser querido. La ausencia, muerte o separación de

Para la prevención del suicidio es importante ayudar a reflexionar a la persona con enfermedad mental para que valore otros aspectos más positivos de su vida

personas importantes en su vida deben llevar al resto de la familia a adoptar actitudes de prevención y de mayor contacto con el paciente. Es necesario que el afectado sienta el apoyo y los cuidados de otros familiares.

- Considerar el ingreso hospitalario forzado como un riesgo en personas jóvenes. Especialmente los ingresos dramáticos con gran sufrimiento por parte de la familia y el paciente, pueden repercutir gravemente en la persona afectada, cuando éste se hace consciente de la situación.

Hay que evitar en lo posible que los hechos se degraden hasta situaciones muy extremas. Si se da el caso, hay que abordar el tema directamente con el paciente y ayudarlo a ver que la familia lo ha superado y que el alta hospitalaria supone una nueva oportunidad para empezar de nuevo.

- No ofrecer falsas expectativas de curación y recuperación de capacidades que luego no se cumplen. Las expectativas deben ser optimistas pero realistas.

La vuelta a la normalidad debe ser acompañada de rutinas agradables, incrementando poco a poco la exposición del paciente a situaciones de mayor estimulación social.

Orientaciones a la familia ante el riesgo suicida

La familia debe valorar los factores de riesgo:

- Historia de tentativas previas.
- Mayor riesgo en los primeros años de la enfermedad.
- Considerar en serio las amenazas. Ante ellas

Lo más inmediato ante un intento de suicidio es contener al paciente físicamente y luego solicitar ayuda profesional.

- buscar ayuda y orientación profesional.
- Ayudar a la persona a darse cuenta de que los pensamientos de suicidio son un síntoma de la enfermedad y que desaparecerán a medida que el tratamiento sea efectivo.
- Hacer hincapié en la importancia que la vida de la persona tiene para el resto de la familia.
- Animar a la persona a pedir ayuda profesional.
- Acompañar a la persona a la consulta.

Frente a un intento de suicidio

Lo más inmediato ante un intento de suicidio es contener al paciente físicamente y luego solicitar ayuda profesional lo más pronto posible. No hay que dejarle solo hasta que se disponga de ayuda.

Además hay que alejar útiles y drogas que pueda utilizar para suicidarse.

- Insistir al paciente en que se trata de una crisis, y que superada, las cosas se verán de otro modo.
- Manifestarle lo importante que es para la familia su persona.
- Hacerle ver que la vida es un don precioso e irrepetible.
- Acrecentar su esperanza de superación de estos momentos amargos y de desesperación.
- Ayudarle a visualizar una situación futura mejor que la actual.

Es importante que la familia se organice, especialmente en estos momentos, para hacer frente a unos cuidados más extensos.

Sin agobiar al paciente hay que someterle a una vigilancia especial por su propia seguridad.

VALORACIÓN DE LAS CRISIS

Siempre una crisis es algo doloroso y traumático para la persona que la padece y para sus familiares. Un criterio de calidad de los cuidados y del tratamiento es que el número de crisis sea pequeño y el tiempo intercrisis sea muy extenso. Cuanto más duren las fases de compensación la enfermedad será más benigna.

De cada crisis hay que aprender para prevenirlas en el futuro y para adaptar mejor la estimulación ambiental. Ante cada crisis la familia debe reflexionar sobre qué factores pueden relacionarse con la aparición de los pródromos. Estos factores desencadenantes pueden ser obvios, como la suspensión de su medicación o el consumo de drogas, o menos claros como la boda de un hermano o cambios en las rutinas del paciente. Pero todos deben ser considerados. Se deben

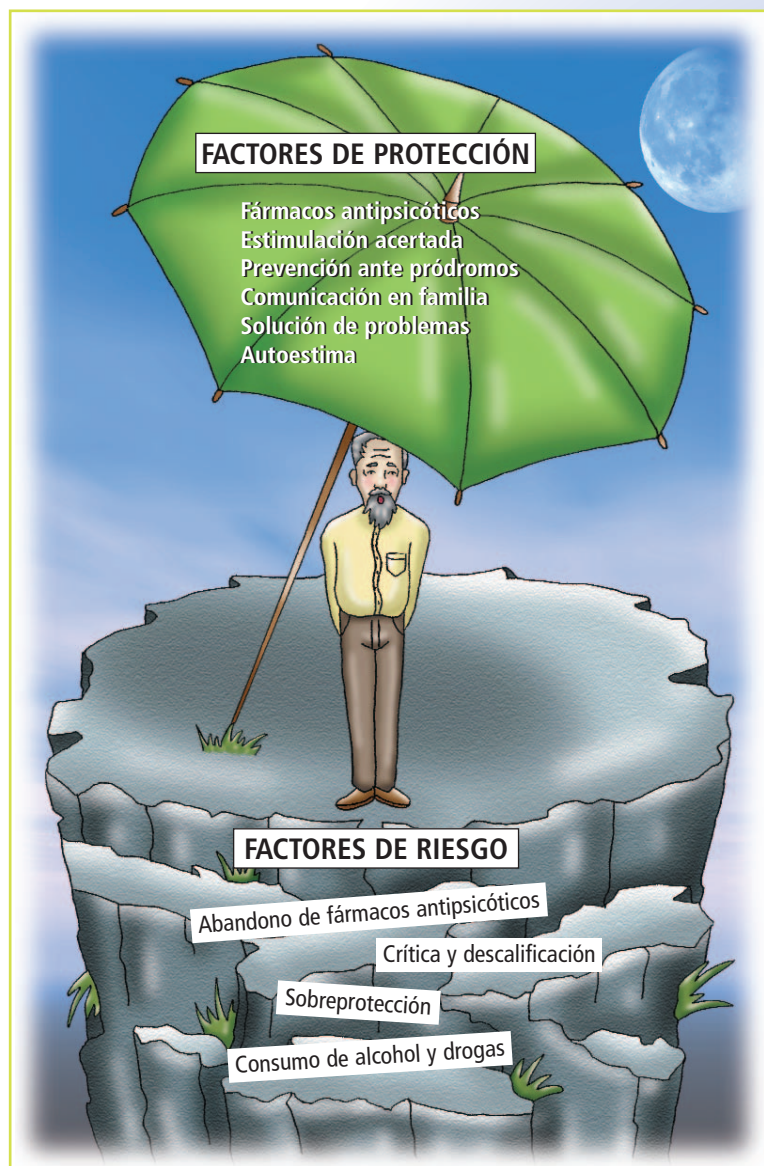


Figura 8. Prevención de las recaídas.

Cómo afrontar la esquizofrenia

La familia y la persona afectada pueden salir fortalecidos de una crisis y aprender a prevenirlas.

valorar las actitudes y medidas que se adoptaron ante los pródromos.

La persona afectada debe ser incorporada a estas reflexiones en cuanto se encuentre mejor y se debe insistir en la relación entre factores desencadenantes y crisis. Relacionar su

sufrimiento con el precipitante. Hay que aprovechar estas circunstancias para educar al paciente en su adherencia y valoración del tratamiento.

La familia y la persona afectada pueden salir fortalecidos de una crisis y aprender a prevenirlas.

6

Actitudes ante la enfermedad y los síntomas

A pesar de la gran eficacia de los modernos antipsicóticos, pueden persistir síntomas en la persona afectada o éstos se pueden manifestar en situaciones prodrómicas y de crisis como hemos analizado en el capítulo anterior. Por ello consideramos de interés profundizar en el análisis de las actitudes y respuestas que podemos tener en la convivencia ante la aparición de delirios, alucinaciones o trastornos de la conducta o el humor.

Desde luego siempre nuestra primera preocupación debe ser verificar que la persona afectada se está tomando correctamente la medicación prescrita por el psiquiatra. Y poner en antecedentes a la persona afectada y al médico del efecto de la medicación y de los cambios observados en la conducta.

Ante los síntomas nuestra actitud debe ser, lógicamente, de respeto y consideración, ante lo que indudablemente es manifestación de un trastorno.

Nadie se enfadaría o irritaría con quien muestra una discapacidad física o un grave síntoma digestivo o cardíaco. Del mismo modo, nuestra consideración ante el síntoma psiquiátrico debe ser ante todo de empatía por el sufrimiento que provoca en la persona afectada.

Es muy importante no confundir la empatía con llevarle la corriente a la persona afectada. En ningún caso debemos decirle que nosotros estamos plenamente de acuerdo con sus ideas delirantes o sus alucinaciones.

Es fundamental reconocer los sentimientos que provocan los síntomas en la persona, hay quienes se

Ante los síntomas nuestra actitud debe ser, lógicamente, de respeto y consideración, ante lo que indudablemente es manifestación de un trastorno.

Cómo afrontar la esquizofrenia

sienten asustados, otros agresivos o deprimidos.

Nuestra primera reacción tiene que ser, no al contenido del síntoma, sino al sentimiento: “me doy cuenta de que lo que piensas te hace sufrir mucho, veo que estás muy deprimido por lo que te ocurre”. Si el afectado siente que entendemos que está triste o enfadado se crea un vínculo de comprensión, que es la base para ayudarlo a afrontar y a veces a superar estos graves trastornos.

El siguiente paso consiste en que el sujeto identifique este sufrimiento y los síntomas que lo provocan

como expresión de su trastorno y que valore el contacto con el psiquiatra y otros profesionales de la salud mental que le atienden, como el medio más adecuado para afrontarlos.

No es fácil puesto que la persona, por lo general, tenderá a rechazar la idea de estar enfermo. Es muy importante hacer una labor de convencimiento en este sentido. Hay que aprovechar especialmente los ingresos para que la persona aprenda a relacionar las crisis con la suspensión de la medicación y su predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas.

Se trata de ayudar a la persona afectada a elaborar un concepto de lo que le ocurre: se tiene que ver a sí mismo como afectado de una predisposición a experimentar crisis nerviosas y por ello requiere tomar medicación antipsicótica. Tomar una medicación continua y cuidarse es una situación que se da en

Si el afectado siente que entendemos que está triste o enfadado se crea un vínculo de comprensión, que es la base para ayudarlo a afrontar y a veces a superar estos graves trastornos.

El siguiente paso consiste en que el sujeto identifique este sufrimiento y los síntomas que lo provocan.

muchas condiciones médicas como cardiopatías, diabetes, hipertensión, etc.

Pero el requisito previo para que el paciente dé este paso es que no se sienta descalificado como persona por la enfermedad. Comenzaremos por este punto.

SÓLO CON AUTOESTIMA SE PUEDE LLEGAR A TENER UNA VISIÓN REALISTA DE SÍ MISMO

Todos tenemos una opinión de nosotros mismos, y diversas investigaciones señalan que esta autoimagen mediatiza en gran parte nuestro estado psíquico y nuestras relaciones con los demás.

Lo sano es cultivar una aceptación y una valoración incondicional de uno mismo, independientemente de los logros o méritos. El quererse a sí mismo se manifiesta en comportamientos de autorresponsabilidad y de autocuidado.

Elaborar una imagen positiva de uno mismo exige reconocer los aspectos más positivos del pasado y de la vida actual. Hay personas que pueden necesitar ayuda para distinguir en su vida aspectos positivos.

También contribuye a la autoestima el saber planificar con realismo y sentido positivo el futuro. Unas metas realistas y a corto plazo contribuyen a crear una imagen de sí mismo más positiva.

Las personas con enfermedades mentales, por regla general, no tienen una buena opinión de sí mismos. Esto se debe en gran medida a que sienten vergüenza o se creen culpables de lo que les sucede. Por eso es importante que se den cuenta de que estos sentimientos nacen de los prejuicios sociales y como tales no deben ser asumidos como valoración personal acerca de lo que le ocurre. Nadie puede avergonzarse de sufrir un trastorno o enfermedad sea físico o mental.

Las personas con enfermedades mentales, no tienen una buena opinión de sí mismos

TABLA 10. Autoestima

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Nathaniel Branden, 1987

AUTOESTIMA: ¡QUIÉRETE!

- Autoimagen realista y valoración positiva incondicional.
- Autorresponsabilidad y autocuidado.
- Valorar aspectos positivos de su vida pasada y actual. Planificar con realismo y positivamente el futuro.
- Elaboración y superación de sentimientos de vergüenza y culpabilidad por su trastorno.

La autoestima es la confianza en tener las habilidades personales (y las ayudas externas necesarias) para superar los obstáculos y desafíos de la vida y reivindicar el derecho a ser feliz y a luchar por los propios intereses y necesidades.

La autoestima es el resultado de la suma de tres actitudes:

1. Autovaloración. Hay que aprender a valorarse a sí mismo, independientemente de las comparaciones con otros, de las expectativas que los demás tienen sobre uno, o de las expectativas que uno se plantea como metas.

Debemos darnos cuenta de que lo fundamental es la propia existencia, y de

que al sufrir por lo que no tenemos no disfrutamos de lo que sí poseemos.

2. Autoaceptación. No es imprescindible ser el número uno para sentirme satisfecho.

- La vida no es un concurso en el que tengamos que ponernos a prueba con otros.
- Cada uno de nosotros tiene su valía, y la debemos potenciar estableciendo metas de superación personal realistas que nos ayuden a mantener la ilusión.

3. Autosatisfacción. Sacarle partido a la vida es una responsabilidad personal.

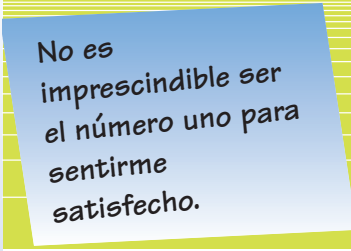
- Es absurdo pensar que sólo si se tiene salud completa, mucho dinero, o mucho prestigio se puede ser feliz.
- La realidad demuestra que la mayoría de las personas logra ser feliz

con lo que tiene. La clave está en saber disfrutar de los pequeños momentos agradables que nos depara cada día: una comida, la compañía de seres queridos, una afición, etc.

ES NECESARIO TENER CONCIENCIA DE LA PROPIA VULNERABILIDAD

Un paciente con una autoimagen realista y una adecuada autoestima que viva en un entorno que le refuerza y estimula adecuadamente, tiene altas probabilidades de aceptar su vulnerabilidad a experimentar crisis y de ser consciente de la necesidad de que debe seguir un tratamiento médico y llevar a cabo una serie de cuidados.

Para que el paciente adquiera conciencia y conocimiento acerca de su trastorno y de la necesidad de mantener un tratamiento



No es imprescindible ser el número uno para sentirme satisfecho.

❖ Cómo afrontar la esquizofrenia

psiquiátrico, deben seguirse una serie de pasos.

1. Fomentar en la persona el deseo de cuidar su salud física y su aspecto personal.
2. Que aprenda a relacionar las crisis e ingresos

psiquiátricos con el abandono de su medicación antipsicótica y otros factores de riesgo como el consumo de drogas o los conflictos.

3. Desarrollar sus habilidades de reconocimiento de sus

TABLA 11. Secuencia de razonamientos para educar la conciencia de vulnerabilidad

- Ideas genéricas acerca de la vulnerabilidad como predisposición común a sufrir trastornos somáticos, cerebrales, emocionales, mentales.
- Estudio de algunas enfermedades somáticas crónicas, caracterizadas por la predisposición a crisis, toma de medicación como factor de protección y organización de un estilo de vida.
- Presentación de la vulnerabilidad a experimentar crisis esquizofrénicas basada en la predisposición a desequilibrios bioquímicos cerebrales.
- Estudio de los factores de riesgo y protección.
- Estudio de síntomas positivos y negativos en los trastornos esquizofrénicos.
- Estudio de pródromos como elemento de alerta en la prevención de las crisis.
- Énfasis en la organización social que nos ayuda a afrontar las enfermedades y sus consecuencias.

estados de ánimo y la manera de afrontar los cambios de humor y sus dificultades de motivación.

4. Finalmente la persona debe ser instruida sobre las características de su enfermedad y su tratamiento.

LO INTELIGENTE ES SABER CUIDAR DE SÍ MISMO

Es fundamental que la persona con enfermedad mental comprenda cuáles son los factores de riesgo que favorecen la reaparición de crisis, y cuáles son los factores que le protegen frente a ellas.

Debe ser educada y entrenada para administrarse su medicación. Y que la valore como un recurso importante para prevenir las crisis, que reconozca los efectos principales y los secundarios y la forma de afrontarlos.

La relación con su psiquiatra como un factor de protección

La persona afectada debe llegar a considerar como un aspecto importante de su autocuidado, la relación con su médico psiquiatra. Es el especialista que prescribe su tratamiento principal y coordina las restantes medidas terapéuticas y rehabilitadoras. Es la principal fuente de información acerca de su problema.

TABLA 12. Para aprender a valorar la medicación neuroléptica

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: "TU SEGURIDAD"

- Información sobre la medicación: neurolépticos, hipnóticos, tranquilizantes y correctores.
- Valorar la medicación y el contacto con el psiquiatra como factores de protección.
- Distinguir entre los beneficios de los antipsicóticos y los efectos secundarios.
- Reconocer factores de riesgo: abandono de medicación, consumo de drogas, situaciones de estrés.

Cómo afrontar la esquizofrenia

La persona afectada debe saber preparar con antelación sus entrevistas con el médico. Debe aprender a tomar notas sobre lo que quiere consultarle. Es bueno que lleve un cuaderno con anotaciones sobre las consultas que realiza al médico y las normas e ideas que éste le va planteando. Este cuaderno puede constituir una guía de autocuidados.

También debe aprender a valorar la ayuda complementaria de otros profesionales. Enfermería respecto de su medicación y autocuidados. Terapeutas ocupacionales que le pueden ayudar en sus problemas de

motivación y orientarle en actividades ocupacionales que promuevan su desarrollo personal. Psicólogos que le pueden ayudar a conocerse mejor y saber afrontar su trastorno del modo más positivo y ventajoso.

ES NECESARIO CULTIVAR LA INTROSPECCIÓN Y EL CONTROL DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO

Hay personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que pueden llegar a tener graves alteraciones en la capacidad de identificar sus emociones y en expresarlas adecuadamente.

TABLA 13. El autocontrol emocional

AUTOCONTROL: “CONTRÓLATE”

- Reconocer los estados emocionales: alegría, tristeza, ansiedad, ira. Aprender a analizar el propio estado de ánimo.
- Desarrollar recursos personales para combatir la intranquilidad, la apatía, la tristeza.
- Fomentar el autocontrol. Prepararse para abordar situaciones desagradables.

Es útil cultivar un reconocimiento de los estados de ánimo y realizar actividades o conductas que faciliten su autocontrol.

Si por ejemplo uno se siente nervioso puede dar un paseo. El objetivo es ayudar a la persona a cultivar la sensación de autocontrol sobre la vida emotiva.

Darse cuenta de que uno mismo no es un elemento pasivo ante la intrusión de las emociones, tiene el valor añadido de ampliar el espacio interior del sujeto y contribuir a arrinconar lo patológico, a encapsular los delirios y las vivencias de la enfermedad, para potenciar los aspectos conservados de su vida psíquica.

Veremos cómo este autocontrol emocional puede potenciarse aprendiendo a identificar los pensamientos que mediatizan la emoción, y cómo es posible modificar estos pensamientos en términos más razonables.

CÓMO CULTIVAR UN ENFOQUE RACIONAL DE LA VIDA Y LOS PROBLEMAS

Existen muchos modos de entender la vida emocional. Uno práctico consiste en darse cuenta de que las emociones que nos producen las cosas, personas o circunstancias, obedecen más al punto de vista que adoptamos frente a ellas que a su misma naturaleza.

Si una persona con frecuencia se siente ansiosa o triste puede decidir revisar su manera de pensar o de enfocar sus problemas y darse cuenta de que está utilizando pensamientos exagerados o irracionales para juzgar la realidad, y eso en gran medida explica su trastorno emocional.

Hay personas que exigen que el mundo y la realidad sean distintos de como son y, como esto no es así, lo consideran algo insoportable e inaceptable, con lo que

Las emociones que nos producen las cosas, obedecen más al punto de vista que adoptamos frente a ellas que a su misma naturaleza.

viven en permanente tensión y disgusto.

El autocontrol de las emociones mediante la modificación de nuestra manera de pensar se basa en:

1. Darse cuenta de que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a crearnos una sensación penosa, **la forma en que enfocamos la cuestión** tiene un papel muy importante en cómo nos afecta.
2. **Reconocer que se posee la capacidad de modificar la forma de pensar** y con ello modificar los sentimientos dolorosos ante los problemas.
3. **Reconocer, analizar y cuestionar las creencias irracionales.**
4. **Elaborar nuevas creencias más racionales, adultas y realistas.**

Es importante reconocer que poseemos la capacidad de modificar nuestra forma de pensar.

La forma de pensar que nos hace sufrir

El filósofo griego Epicteto, hace más de 2.000 años, fue el primero en afirmar que no son las situaciones en sí mismas las que nos crean las perturbaciones emocionales, sino nuestra actitud ante dichas situaciones.

Las ideas que condicionan que los problemas de la vida nos hagan sufrir en exceso lo denominaremos pensamiento irracional, irrealista e infantil.

Algunas de estas actitudes son:

- **El tremendismo:** todo tiende a exagerarse o ponerse en términos superlativos.
- **El sentimiento de derrota:** la persona se declara derrotada de antemano ante las dificultades.
- **La condenación:** cuando se toman las dificultades como un castigo a su persona.

- **Pensamiento todo o nada:** es un pensamiento extremista. Por ejemplo, creer que si no puede estar completamente sano, ya nada vale la pena.
- **Pensamiento debería/debo:** aquel que hace sufrir porque la persona se exige a sí misma cosas que se ve incapaz de cumplir.
- **Sobre generalización:** la persona piensa que por haberle ocurrido uno o algunos problemas toda su vida está amenazada o fastidiada.
- **Autoinculpación:** sentirse responsable por todo y atribuirse una culpabilidad exagerada. Ésta es una actitud relativamente frecuente cuando los padres afrontan una enfermedad crónica en sus hijos.
- **Anticipar el futuro como algo cierto:** la persona anticipa con certeza lo que va a ocurrir. Por norma

La autoinculpación es una actitud relativamente frecuente cuando los padres afrontan una enfermedad crónica en sus hijos.

Las ideas son las que condicionan que los problemas de la vida nos hagan sufrir en exceso

general, el paciente anticipa resultados negativos, y sufre de antemano por ellos.

- **Aceptar consejos** como si fuesen verdades y no meras opiniones de otros.
- **Actitud negativa.** El paciente se centra siempre en lo negativo de una situación, y se resiste a hacer un análisis más objetivo y moderado de lo que le ocurre.
- **Actitud del “siempre y nunca”.** Hay personas que valoran sus posibilidades en términos de “siempre y nunca”. Estas personas comienzan las frases con alguna de estas palabras y

Lo más importante es quererse a uno mismo

sienten que no les es posible adoptar otras posturas más flexibles, que son las que –en muchas ocasiones– nos exige la vida para poder ser felices.

- **Actitud de descalificación de lo positivo.** Hay personas que desprecian los pequeños placeres de la vida y con ello se pierden la base de la felicidad.
 - **Actitud de dejarse llevar por el corazón y no por la cabeza, que es el verdadero órgano del pensamiento.** Esto significa que las reacciones emocionales intempestivas deben ser matizadas por un análisis más ponderado y racional.
 - **Exceso de perfeccionismo.** Algunas personas son excesivamente perfeccionistas y sufren porque las cosas no son exactamente como creen que deben ser.
- Hay personas que sufren porque cultivan una filosofía de la vida equivocada e irracional**
- Algunas ideas que pueden hacernos sufrir son:
- **Creer que es imprescindible para ser feliz y vivir plenamente, el cariño y la aprobación de todas las personas que conocemos y que valoramos o apreciamos.** Cuando lo más importante es quererse a uno mismo y darse cuenta de que el aprecio de los demás siempre es fluctuante y que depende de muchos factores y no todos tienen que ver con nosotros.
 - **Creer que hay que ser siempre competente y perfecto.** Las personas que tienen esta filosofía de vida no son conscientes de que todos cometemos errores y que lo importante es hacer las cosas lo mejor posible.
 - **Considerar que las cosas deberían ser como uno**

cree que deben ser y no como son. La realidad es como es, independientemente de mi voluntad, y es una actitud absurda pasar el día quejándose en vez de concentrarme en sacarle partido a lo que tenemos.

- **Cultivar la creencia de que las circunstancias son la causa absoluta de mis desgracias.** Todas las personas tenemos una gran capacidad para organizar nuestra vida, y para sacarle partido a muchos momentos del día.
- **Considerar que lo desconocido o incierto es peligroso y que cambiar o modificar nuestra vida es intolerable o no se debe permitir.** Precisamente lo que ha hecho grande a la humanidad ha sido la actitud de explorar y buscar nuevas metas.
- **Creer que el pasado determina para siempre.** En realidad la importancia del pasado depende de

nosotros mismos. Si me concentro en lo que tengo aquí y ahora y hago planes para mi futuro inmediato, tengo un amplio margen para superar cualquier mal momento vivido en el pasado.

Cómo promover nuestro equilibrio emocional

Para aprender a “cultivar” nuestro jardín emocional es recomendable adoptar una postura flexible racional y tolerante, que reconozca la realidad de las cosas. Asumiendo que el mundo no está para doblarse a nuestra forma de pensar.

Un pensamiento racional es una concepción de tipo probabilística o preferencial en el cual se crean expectativas pero no se les

Hay que aceptar la realidad tal como es, independientemente de nuestra voluntad, y debemos esforzarnos por sacarle el mayor provecho posible.

Cómo afrontar la esquizofrenia

añade una característica de dogma o exigencia.

Esta recomendación es buena como premisa ante cualquier situación de la vida, pero es especialmente importante ante la enfermedad.

Tanto la persona afectada como sus familiares deben aceptar que la enfermedad mental es el fruto de muchos factores y no de una causa única y, sobre todo, deben ser conscientes de que la enfermedad mental no es culpa de nadie ni es un castigo divino.

Adoptar el punto de vista del tremendismo no va a

ayudar a que las cosas vayan a mejor. Por el contrario, ponerse de cara a los problemas y afrontarlos con resolución y paciencia es lo más acertado.

PSICOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS ALUCINATORIO DELIRANTES

Ya hemos definido estos síntomas en el capítulo primero. Sabemos que a pesar de la medicación algunas personas siguen presentándolos o en momentos de crisis vuelven a aparecer. Vamos a estudiar en primer término algunas características psicológicas de ellos y, posteriormente, describiremos algunas actitudes útiles cuando se presenten en la convivencia familiar.

No se sabe exactamente por qué se producen las alucinaciones. Lógicamente el desorden básico está en los circuitos neuronales y en la

Tanto la persona afectada como sus familiares deben aceptar que la enfermedad mental es el fruto de muchos factores y no de una causa única, y deben ser conscientes de que la enfermedad mental no es culpa de nadie

transmisión neuroquímica del impulso nervioso.

Sobre esta base material se daría el fenómeno psicológico que poseería sus propias leyes. Se piensa que las alucinaciones ocurren por un fallo en la atribución interna de eventos mentales.

La disfunción neurológica lleva al sujeto a percibir algunos de sus pensamientos como voces ajenas a su vida psíquica, y esta atribución refleja la cultura personal acerca de los agentes causales que operan en el mundo. Así, una persona muy religiosa pensará que estas voces son de seres sobrenaturales o alguien muy interesado en los extraterrestres se las atribuirá.

La alucinación adquiere las características de la percepción real y por ello es fácil que el sujeto busque una explicación al fenómeno. Como el contenido alucinado, en realidad, refleja las preocupaciones y

pensamientos del sujeto, conocerlas nos da una idea de su mundo interior. Estas voces por lo general son insultantes y con ello reflejan la pobre autoestima del sujeto.

En cuanto a los delirios, en muchos casos serían un intento de dar sentido a una experiencia alucinatoria. Constituirían un sesgo lógico del razonamiento, que busca una explicación al hecho insólito de las voces.

Responden al proceso habitual de formación de creencias y por tanto a las expectativas personales y a la información que discrimina el sujeto como relevante. El sujeto construye la explicación delirante basándose en su información cultural.

Si queremos ayudar a la persona a ejercer una actitud crítica hacia el delirio y la alucinación es conveniente considerar los factores mantenedores del delirio.

La alucinación adquiere las características de la percepción real y por ello es fácil que el sujeto busque una explicación al fenómeno.

Para ayudar a la persona que sufre alucinaciones debemos transmitirle que nos damos cuenta de su sufrimiento, miedo o indignación.

Ayudarle a desviar su atención, afrontar la alucinación y la desensibilización, son tres tipos de actitudes útiles para ayudarlo ante el fenómeno alucinatorio.

Se ha visto que la fuerza de la creencia es fundamental. Esta fuerza se basa en las pruebas culturales que el sujeto puede añadir a su creencia. Por ejemplo, si cree que está siendo objeto de interés o manipulación por extraterrestres y encuentra en el quiosco de revistas una que da como noticia de primera plana que los extraterrestres visitan la tierra para operar en el cerebro a los humanos, puede sentirse reforzado en su idea.

Un segundo factor es considerar las consecuencias del abandono de la creencia delirante que sería decidir entre que es un enfermo de esquizofrenia o que ha sido elegido por los

extraterrestres para un experimento. Las ideas delirantes pueden estar al servicio de reparar una deficiente autoestima.

Cómo ayudar a la persona que alucina por trastornos esquizofrénicos

La actitud básica es la empatía y el reconocimiento del sentimiento que acompaña al fenómeno alucinatorio. Transmitir a la persona que nos damos cuenta de su sufrimiento, de su miedo o indignación aunque no compartamos su interpretación del problema. Con tacto hacerle relacionar su sufrimiento con síntomas de su trastorno, y cómo el psiquiatra y su tratamiento son lo principal de la solución.

Existen tres tipos de actitudes útiles para ayudarlo ante el fenómeno alucinatorio:

- **Ayudarlo a desviar su atención.** Cuando una persona está escuchando una voz alucinada puede

mostrarse ensimismado o asustado pero centrado en lo que le ocurre. Si en ese momento se le distrae, la alucinación tiende a desaparecer. Invitarle a salir de la habitación o si estaba realizando algo que suspenda la actividad o que se comprometa en otra actividad, son recursos que pueden llevar a terminar, en ese momento, con la experiencia alucinatoria. Muchos pacientes mayores con síntomas alucinatorios crónicos aprenden a realizar este tipo de cambios para controlar la alucinación. Es conveniente que la persona compruebe que con este tipo de maniobra logra el control del fenómeno alucinatorio.

- **Afrontamiento de la alucinación.** Es un paso más avanzado y complejo, y requiere que la persona afectada se comprometa en la lucha contra la alucinación. Esta preparación se hace

cuando la persona no la está experimentando.

Una secuencia útil es:

- a) Primero hay que sentarse con el paciente a analizar las características distintivas de las voces: tipos, clases y número, tono, acento, género, identidad, localización en el espacio. Luego es necesario repasar su contenido; es decir, lo que “le dicen” las voces. Todo este estudio previo le dará al paciente las condiciones para iniciar su autocontrol y, probablemente, se vea favorecido si es capaz de llevar un registro de las voces, pensamientos y creencias relacionadas. El objetivo es que el paciente acepte que son generadas por él mismo y que son causa de un trastorno neuroquímico.
- b) En el siguiente la persona debe lograr

La persona afectada debe comprometerse en la lucha contra la alucinación

hacer un cambio en la atribución de las voces que cree escuchar. Cuando se presente la alucinación, debería identificarla como un síntoma y no otorgarle una identidad delirante. Si lo identifica como un síntoma debe concluir que es necesario comentarlo con el psiquiatra.

- **Desensibilización** ante la voz alucinada. Sería la consecuencia última del proceso anterior. La persona ya identifica la alucinación como síntoma, aprende a desviar su atención, es capaz de analizar y criticar los contenidos de la voz, cultiva su autoestima y

poco a poco la alucinación, aunque persista, no será capaz de despertar sus temores y ansiedad.

Para ayudar a disminuir la omnipotencia de las alucinaciones

Uno de los aspectos más destructivos de la vida psíquica que tienen las alucinaciones auditivas son su cualidad de paralizar al sujeto, aterrorizarlo y atrapar toda su atención, impidiéndole que pueda desviar su atención y que cultive aficiones u ocupaciones.

A este fenómeno le llamamos omnipotencia de la alucinación. Cuanto más acentuado sea este fenómeno, más esencial es la ayuda que podemos ofrecerle a la persona afectada en la convivencia diaria.

Algunas actitudes que pueden ayudarle son:

- **Identificar las creencias del sujeto ante la**

Para disminuir la omnipotencia de las alucinaciones la persona que las sufre debe prestarse a analizar sus creencias respecto de las voces

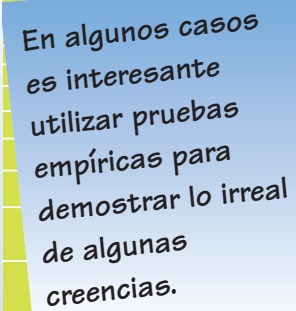
naturaleza de las voces y las evidencias que alega.

Cuanto más omnipotente es la voz, más probable es que la persona cultive explicaciones delirantes acerca de su naturaleza, lo que obliga a ayudarle a repasar las ideas científicas que se tiene respecto de este fenómeno, y a asumir la explicación delirante como síntoma.

- **Hacer que la persona que sufre las alucinaciones exprese verbalmente sus creencias.** En la medida en que el sujeto se presta a analizar sus creencias respecto de las voces, debemos ir introduciendo dudas en su razonamiento pidiéndole pruebas y certificaciones de lo que afirma. Para ello podemos utilizar preguntas para hacerle ver sus contradicciones y falta de asideros lógicos y reales para su planteamiento. De ninguna forma hay que descalificar de entrada sus ideas.

- **Usar pruebas empíricas.**

Si el caso se presta podemos realizar pruebas empíricas que demuestren lo irreal de sus creencias o buscar documentación científica sobre los fenómenos que alega en su razonamiento delirante. Es bueno que el paciente se interese por documentarse y poner a prueba sus ideas con un enfoque científico. Una persona afectada puede creer que las voces que escucha son ondas de radio que le envían con la intención de fastidiarle. Se le podría motivar, entonces, a que dedique un tiempo a estudiar la naturaleza de las ondas de radio y el espectro de ondas que capta el oído humano. Cuando le quede claro que no hay compatibilidad se le puede preguntar: ¿por qué te cuesta tanto aceptar el hecho de que se trata de un síntoma?, ¿cuánto tiempo más piensas perder en buscar explicaciones que no te ayudan?



En algunos casos es interesante utilizar pruebas empíricas para demostrar lo irreal de algunas creencias.

Las ideas delirantes pueden ser persistentes y provocar graves alteraciones en la convivencia familiar

Cómo afrontar las ideas delirantes

Gracias a la medicación antipsicótica, muchos delirios pierden consistencia, se desdibujan, a veces quedan larvados y otras desaparecen completamente.

Sin embargo hay personas que, a pesar de su tratamiento farmacológico, mantienen ideas delirantes.

El principal problema de los delirios es la imposibilidad de hacer cambiar al sujeto de idea mediante argumentaciones lógicas habituales. Estas ideas delirantes son persistentes y pueden provocar graves alteraciones en la convivencia familiar o en las posibilidades de relación interpersonal u ocupacional del sujeto.

Por ejemplo, creer que la madre le pone veneno en la comida puede provocar conductas agresivas y hacer incompatible la permanencia en casa del paciente. Por eso,

antes que nada, es necesario conocer detalladamente el contenido de las ideas delirantes.

Para ello deberemos analizar varios aspectos de los delirios:

- La convicción o intensidad con que el sujeto cree en lo que delira.
- La preocupación, o tiempo que dedica al delirio.
- La interferencia del delirio en la vida cotidiana.
- Las reacciones del sujeto a la contradicción hipotética.

Hay pacientes que pueden reaccionar muy airadamente si se les plantea una contradicción dentro de su delirio. Es conveniente conocer esta especial sensibilidad del sujeto ya que nos permitirá adaptar nuestra actitud y ritmo a la hora de empezar a matizar su idea delirante.

Para abordar un problema tan difícil, es necesario que

se den las siguientes condiciones:

- **Que el paciente discrimine creencias de realidad.** Hay que introducir en la conversación diaria la diferencia entre lo que uno cree y la naturaleza real de las cosas.
- **Hay que conocer los antecedentes de la creencia delirante del paciente.** Ya hemos señalado que normalmente tienen relación con la cultura o los intereses y preocupaciones de la persona afectada. Tenemos que conocer los libros que haya leído sobre extraterrestres o informática o de dónde ha sacado las ideas que contribuyen a su delirio.
- **Utilizar con él el empirismo colaborador.** Acostumbrarse a adoptar una actitud investigadora ante cualquier duda que nos ofrezca el día a día. Consultar con el paciente

una enciclopedia o proponer pruebas de realidad y valorar las opiniones científicas ante cualquier fenómeno.

- **Seleccionar adecuadamente una jerarquía de creencias delirantes como objetivo de tratamiento.** Debemos comenzar por desmoronar las ideas delirantes más fáciles, en cuanto que tienen menos firmeza en sus creencias y el sujeto se muestra más abierto a la duda.
- **Elaborar un procedimiento graduado para introducir la duda en el delirio.** Comenzar por hacer preguntas que lleven al sujeto a la necesidad de justificar y aducir las pruebas que tiene, y luego preguntas que pongan en evidencia la falta de racionalidad en sus pruebas. Hay que prestigiar los hechos científicos y las ideas compartidas por la mayoría de las personas.

Hay que ayudar a la persona a distinguir entre creencia y realidad

- **Cuando el sujeto empieza a dudar de sus creencias hay que recurrir a pruebas empíricas basadas en el conocimiento científico que se tiene de las cosas.**

Se puede buscar a personas de prestigio o técnicos para que incrementen los conocimientos del sujeto respecto de lo delirado. También se puede recurrir a probar la falsedad del delirio mediante pruebas culturales (por ejemplo, consultando una enciclopedia) y otras pruebas que hayan demostrado su eficacia.

Para disminuir la importancia de las ideas delirantes

Para demoler el delirio en su totalidad o al menos hacer que disminuya, hay que hacerle perder su solidez y aislarlo, haciendo que influya lo menos posible en la vida del afectado.

Para ello podemos utilizar, entre otras, las siguientes actitudes:

- El desafío verbal: a través de preguntas cuestionar la consistencia interna y verosimilitud del sistema de creencias.
- Establecer una relación entre creencias, conductas y consecuencias. A través de preguntas el paciente debe concluir que la consecuencia de mantener el delirio es peor que la consecuencia de asumir una idea científica sobre el aspecto de la realidad que le preocupa. Promover la evaluación de las ideas alternativas y la valoración

Para demoler el delirio en su totalidad o al menos hacer que disminuya, hay que hacerle perder su solidez y aislarlo, haciendo que influya lo menos posible en la vida del afectado.

Se pueden utilizar actitudes como: desafío verbal, establecer una relación entre creencias, conductas y consecuencias...

de sus consecuencias positivas en términos de mayor aceptación social y mayor autoestima.

- Organizar pruebas de realidad. Planificar y ejecutar una actividad que pueda invalidar el delirio o una parte de él.
- *Racionalización. Requiere que el sujeto opere en el estadio abstracto del pensamiento. Hay que llamar la atención del sujeto sobre los saltos ilógicos en su razonamiento, donde olvida considerar todos los aspectos del problema y por tanto se producen los fallos del razonamiento lógico.*

Los síntomas alucinatorio delirantes pueden llegar a estar tan presentes en la vida psíquica de la persona afectada que se haga imposible su reducción. Pero en la mayoría de los casos gracias a la medicación antipsicótica, y con actitudes como las que

hemos comentado, estos síntomas pueden ser eliminados o al menos atenuados.

CÓMO SUPERAR DÉFICIT COGNITIVOS

Los déficit cognitivos son alteraciones en sus capacidades de atención y concentración, de memoria, de razonamiento y de coordinación psicomotriz.

Este aspecto cobra singular importancia cuando el nivel de estudios previos es muy bajo, cuando el tipo de trastorno esquizofrénico que se padece es simple, residual o hebefrénico o desorganizado y, en especial, cuando los síntomas negativos son muy extensos y predominan sobre los positivos.

En cualquier caso, conviene señalar que todos estos problemas admiten un abordaje basado en la estimulación y rehabilitación.

Los síntomas alucinatorio delirantes pueden llegar a estar tan presentes en la vida psíquica de la persona afectada que se haga imposible su reducción. Pero en la mayoría de los casos gracias a la medicación antipsicótica, y con actitudes como las que hemos comentado, estos síntomas pueden ser eliminados o al menos atenuados.

Un déficit cognitivo muy peculiar de los trastornos esquizofrénicos es fallar en identificar la expresión del rostro de su interlocutor.

Cómo reaccionar ante los problemas de atención y concentración

Los fallos de atención y concentración son muy comunes. La persona afectada por trastornos esquizofrénicos puede tener dificultades para mantener el foco de la atención sobre una tarea o una conversación o una lectura.

Los fallos de atención continuada le pueden perjudicar gravemente en sus desempeños ocupacionales o de estudios; por eso, es conveniente que se ejercite en mantener su atención de forma consciente en tareas o ejercicios, y que trate de ir incrementando paulatinamente el tiempo de concentración que consigue.

Estas personas se desempeñarán mejor en tareas que tengan una retroalimentación inmediata como es, por ejemplo, trabajar en un ordenador, donde su acción tiene una respuesta simultánea en la pantalla que le ayuda a

controlar si ha sido capaz de concentrarse.

Otros ejercicios útiles para estimular su concentración pueden ser la resolución de sopas de letras, la búsqueda de diferencias entre dos dibujos, la identificación de un personaje u objeto en una lámina con muchos dibujos o la realización de ejercicios de cartillas escolares.

Para afrontar los fallos en su percepción social

Un déficit cognitivo muy peculiar de los trastornos esquizofrénicos es fallar en identificar la expresión del rostro de su interlocutor. Así, por ejemplo, no aciertan a decidir si la persona con la que interactúan está triste, preocupada o aburrida.

Del mismo modo pueden fracasar en identificar si las personas que están con él en una reunión familiar o de amigos, y que para él constituyen un entorno social complejo, hablan en serio o en broma.

También pueden experimentar problemas para discriminar lo importante de lo secundario.

Hoy en día la habilidad para las relaciones interpersonales y afectivas se considera muy importante en el currículo formativo de los niños en edad escolar y por ello es posible encontrar en el mercado material escolar muy interesante y que nos puede dar muchas ideas para estimular a nuestro familiar afectado.

Para afrontar los problemas de memoria y de agilidad mental

Sus problemas de memoria se refieren sobre todo a la memoria a largo plazo y más específicamente a la memoria verbal.

Así, las personas con enfermedad mental tienen problemas tanto para recordar incidentes concretos de su pasado (¿Qué he comido ayer?), como los que tienen que ver con

asociaciones y conceptos generales.

Para mejorar esto es conveniente:

- Simplificar la información, siendo claro y conciso con las instrucciones.
- Reducir la cantidad de información que debe ser recordada.
- Asegurarse de haber entendido lo que se estudia.
- Hacer asociaciones con algo que le resulte familiar.
- Distribuir el tiempo de estudio. Es mejor intentar aprender algo unos pocos minutos varias veces al día, que durante una hora, una sola vez al día.
- Organizar la información que es necesario recordar. Hacer esquemas. (La memoria visual y espacial parece estar más preservada.)

Cómo afrontar la esquizofrenia

- Repetir lo que nos están diciendo para asegurar la comprensión y hacer preguntas cuando algo no quede claro.
- Llevar un diario y anotar aquellos acontecimientos que nos gustaría recordar, o utilizar sistemas de alarma que nos recuerdan lo que tenemos que hacer.
- Aficionarse a los juegos cognitivos, puzzles, rompecabezas, palabras cruzadas, consultar un diccionario, hacer cuentas, ejercicios matemáticos y, en general, actividades destinadas a la estimulación cognitiva.

Aficionarse a los juegos cognitivos, puzzles, rompecabezas, palabras cruzadas, consultar un diccionario, hacer cuentas...

Son actitudes para afrontar los problemas de memoria y agilidad mental

En las librerías se encuentran multitud de cuadernillos para realizar este tipo de ejercicios, normalmente destinados a la recuperación psicopedagógica, pero muy útiles también para lo que aquí pretendemos.

ACTITUDES ANTE LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD

Deben basarse en una relación de confianza y respeto con la persona afectada. La actitud de ayuda parte de considerar el sufrimiento que conllevan estos trastornos, de comunicar esta comprensión a la persona afectada, creando un vínculo empático y de aceptación mutua. Es muy importante crear costumbres entre la familia y la persona afectada, hábitos de relación: ver siempre el partido de fútbol, dar un paseo, jugar a las cartas, son situaciones que favorecen la confianza y la comunicación.

Los síntomas del trastorno obedecen a causas que operan a diversos niveles; el más asequible para nosotros es el cognitivo, es decir, ayudar a la persona afectada a pensar correctamente.

Para ello debemos cultivar en nosotros mismos una manera de pensar racional y adulta de acuerdo con la cultura científica actual, desechando los

pensamientos mágicos y sobrenaturales para explicar las cosas.

Es muy importante crear costumbres entre la familia y la persona afectada, hábitos de relación: ver siempre el partido de fútbol, dar un paseo, jugar a las cartas, son situaciones que favorecen la confianza y la comunicación



Cómo afrontar los problemas de la convivencia

La aparición de un trastorno esquizofrénico en algún miembro de la familia traerá inevitablemente problemas y situaciones difíciles. Por esta razón, la postura más realista que debe adoptar la familia es la de prepararse para afrontar estos momentos complicados.

El primer paso para poder afrontar la nueva situación es tratar de mantener un clima emocional adecuado en casa.

Para ello, la familia deberá evitar la tendencia a la crítica constante como forma de control de la conducta, la descalificación de la persona con enfermedad mental o la sobreprotección. Estas actitudes pueden llevar a crear en casa un clima altamente emotivo y muy perjudicial para la persona afectada.

Por el contrario un clima estable emocionalmente,

donde se estimule la autonomía del paciente cuando está en la fase de compensación, donde se use la alabanza y el refuerzo de lo positivo, de los logros, como método para incrementar sus comportamientos deseables, es el ambiente que nos servirá de base para afrontar las dificultades en las mejores condiciones posibles.

- Existen dos grandes grupos de habilidades que la familia debe desarrollar en la convivencia con una persona afectada de esquizofrenia: **habilidades de comunicación** y

El primer paso para poder afrontar la nueva situación es tratar de mantener un clima emocional adecuado en casa. Para ello, la familia deberá evitar la tendencia a la crítica constante como forma de control de la conducta, la descalificación de la persona con enfermedad mental o la sobreprotección.

habilidades de solución de problemas.

- Los trastornos esquizofrénicos alteran la capacidad para la comunicación y las relaciones interpersonales, lo que obliga a hacer un esfuerzo para mantener una buena comunicación con la persona afectada.
- Por otro lado, estos trastornos cursan por fases y de vez en cuando presentarán crisis o descompensaciones que nos obligan a afrontar situaciones difíciles o la extensión de los síntomas crea en casa problemas, que es necesario saber afrontar y solucionar o al menos disminuir su impacto destructor de la vida familiar.

Una persona que sufre esquizofrenia, puede ver gravemente alterada su capacidad para comprender las situaciones sociales y entender los estados de ánimo de los demás.

PRINCIPIOS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Una persona que sufre esquizofrenia, según la

extensión de la enfermedad, puede ver gravemente alterada su capacidad para comprender las situaciones sociales y entender los estados de ánimo de los demás.

La investigación señala que estas personas pueden fallar en expresar empatía o en interpretar situaciones interpersonales e identificar la expresión emocional de sus interlocutores. Además, su aislamiento social, su falta de motivación y su tremenda ansiedad ante el contacto social, les puede llevar a una pérdida de habilidades para el trato social que, en algunos casos, puede llegar a ser muy importante.

Asimismo, muchas de estas personas tienen dificultades para analizar y reconocer sus estados de ánimo, así como para expresar adecuadamente sus emociones a las personas con las que se relacionan.

Por todo lo anteriormente señalado hay que intentar reconocer qué fallos presenta

nuestro familiar afectado en sus habilidades de comunicación, para poder adaptarnos a ellos.

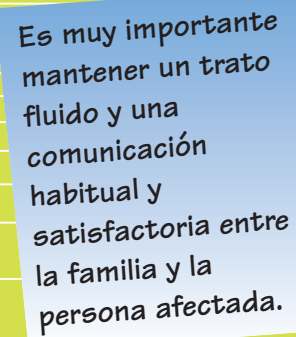
En este sentido, los profesionales de la salud mental que le atienden pueden ofrecer a la familia consejos sobre cómo mejorar el trato y la comunicación con la persona afectada.

Es muy importante mantener un trato fluido y una comunicación habitual y satisfactoria entre la familia y la persona afectada. Es la base para la superación de sus sentimientos de minusvalía y aislamiento, para influir positivamente sobre él y llegado el caso, para que el manejo de las situaciones difíciles sea menos traumático.

Para mejorar la comunicación

- **Expresa sus ideas de una manera simple y breve.** Refiérase continuamente sólo a una idea central.

- **Mire a los ojos de la persona con quien habla.** Además, procure también que la persona afectada le mire a la cara cuando le hable.
- **Deshágase de posibles distracciones.** Es esencial para una buena comunicación que no haya distracciones que la puedan dificultar tales como música, televisión, etc.
- **Repita con frecuencia lo que dice.** Para ello mantenga el énfasis en la idea principal y no mezcle temas ni utilice un lenguaje muy emotivo.
- **Asegúrese de que su familiar afectado le escucha y le comprende.** Para ello es útil que le pida que le repita lo que le ha comentado.
- **Anote el objetivo de la conversación para que sirva de recordatorio.** Esto lo vemos más claro con un ejemplo. Así, si el objetivo



Es muy importante mantener un trato fluido y una comunicación habitual y satisfactoria entre la familia y la persona afectada.

de su conversación es llegar al acuerdo de que su hijo colabore en casa, póngalo por escrito cuando termine de charlar con él y así será consciente de qué es lo que debe hacer.

Es necesario considerar algunas dificultades específicas de la comunicación.

Dificultades en la comunicación no verbal

La comunicación no verbal es el lenguaje del cuerpo; es decir lo que comunicamos a través de nuestra postura corporal, del movimiento de manos o de nuestra expresión facial.

Para una adecuada comunicación con la persona con enfermedad mental es necesario el contacto con la mirada y mantener una expresión amistosa y cercana

Para una adecuada comunicación no verbal con la persona con enfermedad mental es necesario el contacto con la mirada y mantener una expresión amistosa y cercana. Así, podemos abrazarle o darle palmaditas en la espalda, ya que conseguiremos que esté más receptivo a nuestros comentarios.

Muchas veces tendemos a creer que la persona afectada no está interesada en un contacto de este tipo, pero nos equivocamos. Las personas con enfermedad mental suelen tener atenuada su expresión gestual, pero lo más probable es que si nos esforzamos en mostrarles nuestra afectividad con gestos, agradecerán este tipo de contactos.

Hay que recordar que también es comunicación permanecer juntos sin necesidad de grandes intercambios verbales pero sintiéndose bien juntos mientras se ve la televisión o se da un paseo.

En este sentido puede resultar de ayuda tener una afición en común con el paciente que ayude a crear este tipo de vínculos y para hacerle ver que es importante para la familia.

Para mejorar la comunicación no verbal

- 1. Captar la atención de nuestro familiar afectado del modo adecuado.** Para ello deberemos mantener la mirada, situarnos a un metro aproximado de distancia y en un ángulo de unos 45 grados pues así podremos mantener una charla relajada y productiva con el enfermo.
- 2. Ofrecer un trato cálido.** Muchas veces detrás de una persona apática, aislada y taciturna se esconde un ser humano que sufre de soledad y falta de afecto. Se sienten sin ilusiones, derrotados por la enfermedad, humillados por los prejuicios sociales

y con falta de metas y de relaciones.

Para poder atender las necesidades afectivas de una persona hay que aceptarla como es y fomentando sus aspectos positivos. Para esto último puede ser de utilidad ligar aspectos del pasado de los que se sienta orgulloso a conductas del presente.

- 3. Preservar la dignidad de la persona.** Para ello puede ser útil:
 - a)** Llamarle siempre por su nombre.
 - b)** Ser delicados a la hora de abordar sus problemas delante de terceras personas.
 - c)** Evitar el tratar de supervisar cada uno de sus actos.
 - d)** Hacerle participar de las decisiones familiares y valorar sus opiniones.

4. Favorezca la toma de decisiones. A veces las personas más apáticas o desinteresadas pueden requerir ayuda para ejercitar el poder de elegir. Anime a su familiar a que elija pequeñas cosas como qué hacer con su tiempo libre o qué pantalón comprar.

5. No pierda oportunidades para reforzar. Es necesario que la familia sea capaz de estimular en el paciente comportamientos que merezcan la alabanza de los demás. Un ejemplo: el paciente puede aprender a hacer una tortilla de patata que es apreciada por su

familia, o acostumbrarse a ayudar a realizar la compra semanal.

Actitudes ante la conversación inconexa o delirante

De vez en cuando, sobre todo en períodos de crisis, nuestro familiar puede producir delirios, soliloquios (hablar solo) o un habla confusa.

La práctica clínica demuestra que si la familia se centra excesivamente en corregirle o contradecirle tenderá a aumentar la frecuencia de este tipo de habla. Por el contrario, es necesario que la familia identifique estos hechos, pero que no se relacione con la persona afectada a través de ellos.

Cuando insista en dirigirse a nosotros con este tipo de charla es recomendable:

- **Manifiestar claramente nuestro desacuerdo.** Si el contenido no es un tema

Ante la conversación inconexa o delirante es aconsejable:

- Reconocer el sentimiento o la emoción que la persona tiene en lo que dice.
- Manifiestar claramente nuestro desacuerdo.
- Distraerle haciendo que preste atención a otra cosa que ocurra a su alrededor.

altamente sensible para él, y se refiere a una mala interpretación de la realidad, es necesario manifestar nuestro desacuerdo con tacto y respeto, y proporcionarle información sobre qué es lo que ocurre de verdad.

En ningún caso le llevaremos la corriente ni haremos comentarios jocosos al respecto.

- **Distraerle.** Si se muestra muy excitado por lo que dice, es necesario utilizar el tacto y hacerle cambiar el tema, llevándolo a otro sitio o haciendo que preste atención a otra cosa que ocurra a su alrededor.
- **Reconocer el sentimiento** o la emoción que la persona tiene en lo que dice, ignorando el contenido de su conversación. “Me doy cuenta de que esto te irrita, deprime o afecta mucho, siento que lo pases mal.” Manifestando

nuestro desacuerdo pero comunicando que nos damos cuenta de su estado de ánimo.

DESARROLLO DE HABILIDADES PARA AFRONTAR PROBLEMAS

Los problemas son inherentes a la vida y se puede establecer una medida de nuestra madurez en la capacidad para afrontarlos.

Hay problemas en la vida que podemos solucionar, otros en los que necesitamos ayuda y también hay problemas que no tienen solución. Ante estos últimos la actitud fundamental no consiste en lamentarnos de su existencia y falta de solución sino más bien en aprender a vivir con ellos.

El tener muchos problemas no necesariamente debe llevarnos a la desesperación o a un estado de abatimiento.

El tener muchos problemas no necesariamente debe llevarnos a la desesperación o a un estado de abatimiento.

Todo el mundo puede aprender cómo resolver problemas más eficazmente

Debemos reconocer nuestras habilidades y recursos y ver en la familia, amigos y profesionales las fuentes de apoyo.

La convivencia con problemas se hace más llevadera cuando uno desarrolla su vida de una manera más variada. Si aparte de padres, cultivamos nuestro vínculo conyugal, nuestras relaciones afectivas con familiares y amigos, una ocupación fuera de casa, aficiones de tiempo libre y vacaciones, nuestra vida se hace más rica y seremos más capaces de soportar dificultades.

Hay que tener en cuenta que:

- Las situaciones problemáticas son parte de la vida normal y es probable que ocurran con frecuencia.
- Todo el mundo puede aprender cómo resolver problemas más eficazmente.

- La ansiedad y otros sentimientos desagradables actúan como una señal de que existe una “situación problema”.
- Las situaciones problemáticas se manejan mejor si se para y piensa, en vez de actuar rápidamente sin pensarlo primero.
- Si creemos que podemos solventar los problemas, tendremos más posibilidades de lograrlo.

Aprenda a definir y delimitar los problemas

La sensación de sentirse derrotado por los problemas crece cuando éstos se ven de forma global.

Para solucionar los problemas hay que identificarlos, delimitarlos, clasificarlos según su importancia (urgentes o secundarios) y su facilidad para afrontarlos (fácil, difícil o sin solución). Además,

deberemos buscar las ayudas y apoyos de familiares o profesionales para lograr superarlos.

Para conocer qué problemas reales tiene con su familiar con problemas mentales, quizá le resulten de utilidad las opiniones de los demás.

Una forma de aprender a conocer los problemas y superarlos es preguntarse qué problemas se están manejando con más dificultad, así como qué cosas le gustaría cambiar.

Para ello puede seguir los siguientes pasos:

- **Recoja un ejemplo del problema.** Un problema suele ocurrir frecuentemente en un número de situaciones diferentes; por esta razón es una buena idea elegir una situación en la que ocurre el problema y entonces intentar cambiar el problema en esa situación.

Este método le ayudará a dividir el problema en pasos más pequeños y manejables. Es decir, el encontrar una solución para una situación en particular le ayudará a encontrar buenas soluciones para otras situaciones relacionadas.

Escoja una situación particular y hágase las siguientes preguntas para definir el problema más específicamente y por lo tanto hacer más fácil la solución:

- ¿Cuál es la situación en la que ocurre el problema?
- ¿Cuándo ocurre el problema?
- ¿Dónde ocurre el problema?
- ¿Con qué frecuencia ocurre?
- ¿Con quién ocurre?
- ¿Qué hago yo en las situaciones?
- ¿Qué hacen otras personas en la situación?
- ¿Qué me gustaría cambiar en este ejemplo específico?

Una forma de aprender a conocer los problemas y superarlos es preguntarse qué problemas se están manejando con más dificultad, así como qué cosas le gustaría cambiar.

- ¿Cuáles son algunas de las cosas que no me dejan resolver mi problema?

Haga una lista de posibles soluciones

Frente a cada problema, ya definido en términos concretos, busque su solución. Esta solución implicará hacer un cambio de actitudes. En cualquier caso, en esta etapa es bueno pensar en todo tipo de soluciones, desde las más radicales o fantásticas, a las más realistas.

Estudie las consecuencias que traería aplicar cada una de las posibles soluciones.

Escoja la mejor solución o una combinación de soluciones

Escriba la solución acordada y procure que todos los implicados la conozcan y participen de ella. Cuando se llega a una conclusión acerca de la forma de abordar un problema, es necesario trabajar por llevarla a cabo intentando conseguir el apoyo de todos y procurando el máximo de ayudas para conseguir el objetivo.

Establezca un plan para implantar la solución escogida

La mejor solución puede no pasar de ser un buen propósito si no acertamos a tener un buen plan para llevarla a cabo. Muchas veces conviene un plan de pasos sucesivos; es decir, decidir quién se encargará de hacer cada cosa y anticipar qué ocurriría si existen fallos en estos pasos y cómo se podrían solucionar.

Ante cualquier problema que se le presente:

- **Haga una lista de posibles soluciones.**
- **Escoja la mejor solución o una combinación de soluciones.**
- **Establezca un plan para implantar la solución escogida.**

Es necesario establecer un día y hora de la semana para revisar y valorar la solución implantada. Recuerde que es recomendable reforzar los pequeños logros conseguidos por cada uno de los miembros de la familia que participa en la resolución del problema.

Si después de un tiempo razonable, la solución no funciona, no se sienta derrotado y piense de nuevo en cómo afrontar el problema; en este caso, puede ser de gran ayuda apoyarse en los amigos o familiares que nos pueden dar consuelo y ánimo para seguir adelante.

CÓMO ESTABLECER ACUERDOS Y NEGOCIAR CONFLICTOS

Es lógico que en la convivencia existan conflictos y por ello es importante saber adoptar una actitud

negociadora a la búsqueda de soluciones que satisfagan tanto a la persona afectada como a la familia.

Para llegar a establecer un acuerdo o para negociar un conflicto le recomendamos seguir los siguientes pasos:

- 1. Seleccionar el momento adecuado para hablar con la persona en conflicto.** El momento adecuado no es cuando el problema está presente y los ánimos están alterados, sino cuando existe un momento de calma y buena disposición.
- 2. Exponer con claridad y de modo resumido el asunto.** Se recomienda identificarlo como asunto y no cargar las tintas en que se trata de un gran problema, o en el sufrimiento que le provoca el problema. El uso de un lenguaje demasiado emotivo creará una atmósfera tensa y poco

Ante cualquier conflicto es importante saber adoptar una actitud negociadora a la búsqueda de soluciones

propicia para el razonamiento.

3. Identificar las propuestas de la persona implicada y sus dificultades para cumplir las demandas que se le hacen.

4. Sugerir opciones para solucionar la cuestión y pedir a la persona afectada que también plantee sus opiniones.

5. Llegar a un acuerdo. Este acuerdo puede ser una de las dos propuestas (la de la familia o la de la persona afectada), o una nueva que recoja aspectos de las dos. Es bueno escribir el acuerdo y ponerlo en un lugar visible y que sirva de recordatorio.

La falta de higiene personal, el abandono y suciedad en la habitación o en su ropa son actitudes que es necesario abordar de manera franca y directa con el paciente.

6. Establecer un procedimiento de verificación del cumplimiento del acuerdo. Por ejemplo fijar un día de la semana para revisar el acuerdo o fijar unas consecuencias diferentes si se cumple o no se cumple.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS

La falta de higiene personal, el abandono y suciedad en la habitación o en su ropa son actitudes desconsideradas o irrespetuosas con otros miembros de la familia que es necesario abordar de manera franca y directa con el paciente.

- **Siéntese y háblele con calma.** Sin emocionarse y con tranquilidad.
- **Muéstrese firme, pero sin enfadarse ni amenazarle.** Sea claro y concreto, refiérase siempre a la

conducta indeseable pero no a él como persona. Así, por ejemplo, puede hacerle ver que el problema no es que sea sucio, sino que debe ducharse todos los días.

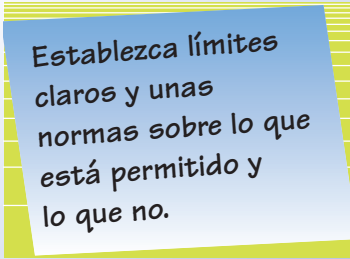
- **Establezca límites claros y unas normas sobre lo que está permitido y lo que no.** Si es oportuno ofrezca diferentes consecuencias si se cumple la norma o no, y mantenga estos límites recordándolos verbalmente cuando sea necesario.
- **Confronte la irrealidad de la conducta y de algunas de sus ideas.** Cuando sea posible relacione estos trastornos con síntomas de la enfermedad, hágale ver, con mucho tacto, que lo que está experimentando no es real sino parte de la enfermedad. Pero no utilice nunca la medicación o los servicios de hospitalización como una amenaza.

- **Utilice el contacto físico en su comunicación si la persona afectada lo acepta.** Cójale la mano, abrácelo o siéntese junto a él para hablar.
- **Utilice el sentido del humor con delicadeza y evite herirle.** Intente crear una atmósfera distendida y orientada a establecer un acuerdo.
- **Asegúrese de que está tomando la medicación.**

USO DE REGLAS Y NORMAS PARA CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO

En todo ambiente suelen existir unas reglas y normas que hacen la vida más fácil al establecer con claridad qué se espera de las personas que están allí y evita que se produzcan comportamientos que alteren la convivencia.

El medio ambiente familiar, institucional o de una actividad se hace consistente



Establezca límites claros y unas normas sobre lo que está permitido y lo que no.

Por norma general, estas personas se sienten más seguras en un ambiente donde se repitan unas mismas rutinas.

cuando unas pocas normas se imponen con claridad y de forma explícita.

Las personas afectadas de esquizofrenia suelen sentirse más cómodas en un ambiente estable en el que pueden predecir lo que ocurrirá. Por norma general, estas personas se sienten más seguras en un ambiente donde se repitan unas mismas rutinas.

Una regla o norma es una demanda que se realiza acerca de cualquier tarea, que se debe ejecutar rutinariamente, o acerca de una determinada conducta que se debe desarrollar en relación con unas circunstancias que se repiten con rutina en la vida diaria.

Requisitos de una buena regla o norma

- **Ser definible.** Debe ser definida y anunciada de modo que la persona sepa con exactitud lo que se le exige y bajo qué circunstancias se le exige.

También debe implicar una serie de criterios que le permitan discriminar cuando ha faltado al cumplimiento de la norma.

- **Ser razonable.** Entre otras cosas una regla o norma debe tomar en cuenta el tiempo que demanda su ejecución de forma que el tiempo de la persona no debe estar completamente sujeto a normas. Es necesario que exista tiempo libre y discriminar las normas por un período concreto de tiempo y circunstancias.
- **Las normas deben exigir una conducta que la persona posea en su repertorio.** Es decir, no puede exigir lo que no sabe hacer o lo que hace mucho tiempo que no hace. En este último caso antes de imponer la norma hay que enseñar y entrenar la conducta deseable.
- **Las reglas o normas deben demandar actividades o tareas que**

se deben mantener bajo cualquier circunstancia del ambiente no del sujeto obviamente. La familia deben mantener y respetar la misma norma o regla sin introducir excepciones que confundan o desalienten la necesidad de respetar la regla o norma.

Cómo imponer reglas o normas sobre tareas o actividades obligatorias

a) Se debe establecer un tiempo límite para su realización.

Cuando la regla requiere la ejecución de una tarea se debe especificar el momento en que debe ser realizada y el tiempo límite para hacerlo.

Es muy conveniente que este tiempo límite esté marcado por el inicio de otra actividad. Es un grave error dejar el momento del cumplimiento de la regla a la elección diaria

del sujeto afectado. Es más eficaz negociar con él el horario de cumplimiento.

Ejemplo: si queremos que haga su cama diariamente, podríamos fijar el hacerla antes de desayunar.

b) Hay que establecer y acordar procedimientos de verificación para saber si la regla o norma se cumple.

Los registros y auto registros de las actividades realizadas permiten eficazmente esta verificación. El hecho de preparar y más tarde repasar con la persona afectada un horario de tareas o de actividades contribuye a que efectivamente se realicen. Es evidente que la familia debe organizarse para disponer de este tiempo de preparación, negociación y verificación.

Hay que establecer y acordar procedimientos de verificación para saber si la regla o norma se cumple.

c) Hay que ignorar conductas irrelevantes o marginales en el cumplimiento de la norma o regla.

Normalmente ante la implantación de una norma las personas afectadas intentarán romperla o transgredirla y muchas veces lo hacen protestando o adoptando conductas que pueden dirigir la atención del familiar fuera de la norma que se está imponiendo. Se deben ignorar todas las conductas que no tengan relación con el cumplimiento estricto de la norma.

Ejemplo: si la norma es que realice determinada actividad de colaboración con las tareas de casa. Vamos a exigir su cumplimiento sin entrar a batallar inmediatamente con las actitudes que adopte en

la realización de la actividad.

Cómo hacer cumplir reglas o normas sobre problemas

Las reglas o normas sobre problemas son aquellas que no tienen un tiempo límite para realizarlas pues su exigencia puede surgir en cualquier momento. Generalmente se trata de reglas sobre interacción social, cuidado de objetos o muebles, agresividad o actitudes.

Los pasos para hacerlas cumplir serian:

- a) Negociar con la persona afectada la norma en cuestión y llegar a un acuerdo respecto de su definición.** Logrado el acuerdo hay que recordar la regla de forma llamativa: mediante carteles o consignas.
- b) Ante la transgresión de la regla solicitar al transgresor que repita**

Negociar con la persona afectada la norma en cuestión y llegar a un acuerdo respecto de su definición.

cuál es la norma. Esto es importante realizarlo siempre que el estado emocional del paciente no esté gravemente alterado; si es así, hay que esperar a que se serene. Debe evitarse inculpar a la persona en forma genérica; es necesario mantener el foco de la atención sobre la conducta y la norma.

c) Se deben establecer consecuencias diferentes si se cumple la norma o si no se hace.

d) Ignorar conductas irrelevantes.

CÓMO AFRONTAR CONDUCTAS AGRESIVAS

Las conductas agresivas lógicamente, provocan alarma y ansiedad en la familia y también en la persona afectada.

Su manejo es muy difícil cuando la conducta agresiva

se presenta ya sin control. Ante un caso de agresión extrema en que la fuerza física del paciente supera la contención que pueda hacer la familia, es mejor marcharse y solicitar ayuda a la policía.

Nunca hay que exponerse a sufrir daños que más tarde seguirán siendo fuente de sufrimiento para la familia y también para el paciente. En casos de que su familiar presente conductas agresivas es especialmente importante tratar de aprender a prevenirlas.

Ante un paciente que tiende a amenazar o volverse agresivo:

- **Asegúrese de que toma correctamente su medicación.**
- **Háblele directamente sobre la conducta problemática, sin hacer relación a otras cuestiones.** Sea específico y concreto refiriéndose a la agresión o a las amenazas.

Ante un caso de agresión extrema en que la fuerza física del paciente supera la contención que pueda hacer la familia, es mejor marcharse y solicitar ayuda a la policía.

❖ Cómo afrontar la esquizofrenia

El problema es la conducta concreta y no la persona del paciente.

- **Manténgase tranquilo y con normalidad, sin subir la voz ni hacer gestos de amenaza.** Es muy importante no demostrar temor, ni sensación de debilidad. Tampoco hacer una demostración de fuerza o de amenazar con la policía u otros recursos para aplastar la resistencia del paciente.
- **Sea claro, firme y concreto.** No acuse, sino establezca la conducta que no va a tolerar. La convivencia familiar es incompatible con la agresión entre sus

miembros. Recorra a ejemplos sobre las consecuencias desastrosas de la agresión entre las personas y cómo esto destruye los vínculos.

- **Pida ayuda si lo ve necesario.** La presencia de los hermanos u otros familiares, sin intervenir directamente, puede ayudar a que el paciente se tranquilice o deponga las actitudes más agresivas.

Si la persona afectada está muy alterada es necesario darle la oportunidad de que se calme. Pero tan pronto sea posible aborde el problema y pida ayuda a otros familiares si es que teme que le haga daño.

Si la persona afectada está muy alterada es necesario darle la oportunidad de que se calme. Pero tan pronto sea posible aborde el problema y pida ayuda a otros familiares si es que teme que le haga daño

- **Establezca límites y normas claras y consistentes.** No se puede romper objetos, amenazar, insultar o golpear a los miembros de la familia. Todos los problemas deben ser abordados y negociados verbalmente.

- **Establezca acuerdos y explicité las consecuencias.** Las agresiones físicas y los insultos reiterados motivarán la salida del domicilio familiar. Esto no significa que la familia no siga preocupándose del paciente, sino que simplemente éste debe vivir sólo hasta que valore la vida familiar.
- **Ante graves dificultades de convivencia busque alternativas de vivienda para la persona afectada.**

Si la situación es insostenible por su agresividad es necesario que salga de casa.

Muchos padres se resisten a ver esta solución, piensan que su hijo perderá totalmente su control, sin embargo la experiencia nos enseña que en situaciones extremas puede ser muy positivo que el paciente agresivo salga de su casa.

Así, por ejemplo, una solución intermedia podría

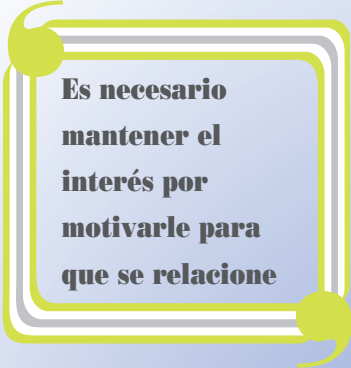
ser que viviera en una pensión o en un piso cerca de la casa familiar y acudiera a casa a por ropa o por comida.

COMO AFRONTAR EL AISLAMIENTO SOCIAL

Una característica de esta enfermedad es la especial sensibilidad y ansiedad que experimentan las personas afectadas ante los contactos sociales. Lo que unido a su falta de habilidad para el trato social y su despreocupación por cultivar amistades y afectos con otros, lo llevan a una vida aislada.

Cada persona afectada presentará un grado de vulnerabilidad mayor o menor al contacto social, que incluso variará según épocas. Dependiendo de esto la familia tiene que aprender a modular el grado de estimulación social.

Es necesario mantener el interés por motivarle para que se relacione. Nunca hay



Es necesario mantener el interés por motivarle para que se relacione

Cómo afrontar la esquizofrenia

que asumir su aislamiento y abandonarle en este sentido, ya que estos síntomas pueden hacerse muy extremos y acusados, cronificando el curso de la enfermedad.

Actitudes familiares que pueden ayudar a la persona afectada a combatir su tendencia al aislamiento:

- **Implíquela en actividades familiares y sociales.** Las situaciones con familiares cercanos y de trato habitual son las más fáciles de aceptar por el paciente. Cultive una situación rutinaria de trato con el paciente, por

ejemplo comer o cenar juntos, ver los partidos de fútbol o escuchar música a una hora o pasear juntos.

- **Acepte que en determinados momentos del día, y en fases prodrómicas, necesita aislarse y disminuir su actividad.**
- **Anímele a que mantenga ocupado su tiempo con actividades de ocio.** En los primeros momentos quizá resulte de utilidad que le acompañe usted o algún amigo o familiar. En cualquier caso, recuerde que no debe presionarle en exceso pues puede ser contraproducente.

Actitudes familiares para combatir el aislamiento:

- *Implíquela en actividades familiares y sociales.*
- *Acepte que en determinados momentos del día, y en fases prodrómicas, necesita aislarse y disminuir su actividad.*
- *Anímele a que mantenga ocupado su tiempo con actividades de ocio.*

CÓMO MEJORAR LOS HÁBITOS DE HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL

Para fomentar los hábitos de higiene y el cuidado personal de la persona con enfermedad mental quizá pueda serle de utilidad seguir estas indicaciones:

- **Use recordatorios constantes (verbales o escritos) de los cambios deseables de conducta.** Hay que recordar que las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos pasan por diferentes fases, y en ciertos momentos hay que volver a insistir y recordarles ciertas rutinas que tenderán a abandonar en los momentos previos a las crisis.
- **Busque plantear estas exigencias en términos positivos, con sentido del humor.** Sea delicado y no plantee estos temas en presencia de terceros.
- **Refuerce y alabe sus progresos.** La mejora del cabello, el cuidado de su piel, de sus uñas o de sus dientes, los cambios de ropa o la elección de colores y atuendo deben ser motivo de refuerzo con frecuencia. No asumir que se trata de una rutina o de algo tan básico que no requiere la atención de los demás, por el contrario

debe ser motivo de interés constante, ello favorece el mantenimiento del hábito y además tiene consecuencias positivas sobre la autoimagen del sujeto.

- **Estimule y anime a tener una imagen positiva de sí mismo.** Para ello puede emplear cumplidos que describan sus aciertos.
- **Logre que participe activamente en la compra de ropa nueva, de artículos de aseo personal, así como de objetos de decoración para su habitación.**

Para mejorar los hábitos de higiene y cuidado personal:

- Use recordatorios constantes (verbales o escritos) de los cambios deseables de conducta.
- Busque plantear estas exigencias en términos positivos, con sentido del humor.
- Refuerce y alabe sus progresos.
- Estimule y anime a tener una imagen positiva de sí mismo.

Una buena convivencia se basa en el respeto mutuo y en el reconocimiento de las peculiaridades de cada cual

- **Asegúrese de que dispone de ropa limpia y adecuada.** Hay personas que pasan largas temporadas aisladas y permanecen en casa en pijama o chándal, lo que puede hacer que cuando queramos que hagan vida social, no tengan ropa adecuada para ello.
- Tenga en cuenta que la persona afectada debe elegir su indumentaria y arreglo personal de acuerdo a las pautas de los de su misma edad y según sus gustos personales.

❖ LOS PROBLEMAS Y LA CONVIVENCIA

La mejor actitud es aceptar que siempre se presentarán problemas y que lo básico es

saber afrontarlos. Lo primordial es fomentar un buen vínculo con la persona afectada creando situaciones de trato cotidiano y agradable, manteniendo rutinas de entretención que crean situaciones de comunicación y confianza. Ante los problemas hay que adoptar una actitud de análisis racional a la búsqueda de la mejor forma de afrontarlos, implicando siempre en la reflexión a la persona afectada.

Una buena convivencia se basa en el respeto mutuo y en el reconocimiento de las peculiaridades de cada cual. La persona afectada debe ser educada en la consideración de las necesidades de los demás y a su vez debemos respetar sus necesidades de aislamiento o de reducción de la estimulación.



Cómo cuidarse para poder cuidar

Aceptar que un familiar tiene una enfermedad grave, del tipo que sea, es siempre una experiencia dura y difícil. Para un padre o una madre ver a su hijo, joven y en apariencia con buena salud física, consumirse en un mundo psicótico de difícil comprensión es muy amargo y destructivo.

Las cosas se complican aún más por la carga de prejuicios y estigma social que conllevan las enfermedades mentales. De hecho, la sociedad parece más sensibilizada ante enfermedades y discapacidades físicas que ante enfermedades mentales.

El desconocimiento y el rechazo social de la enfermedad mental junto a sentimientos de culpa y vergüenza pueden llevar a aislarse a la familia, perdiendo el contacto habitual y afectivo con otros

familiares, amigos y vecinos. Esta pérdida de relaciones y apoyos sociales y afectivos pesa muy negativamente en los recursos y habilidades de la familia para afrontar con éxito los cuidados de su paciente y crea una situación emocional negativa en los miembros más implicados en los cuidados del día a día.

SÍNDROME DEL CUIDADOR

Por lo general son los padres los comprometidos en una convivencia diaria con la persona afectada, aunque también pueden verse muy implicados los hermanos u otros familiares.

El dolor y la desesperanza pueden ser muy destructivos si el curso del trastorno no es todo lo positivo que se esperaba. La angustia por el futuro de la persona afectada puede pesar cada vez más en el tiempo, en unos padres

El dolor y la desesperanza pueden ser muy destructivos si el curso del trastorno no es todo lo positivo que se esperaba.

cada vez mayores y unos hermanos que tienen sus propios problemas. El día a día, si no se conoce bien la enfermedad, puede traer mayor sufrimiento y provocar en las personas que conviven con el paciente una serie de síntomas psicológicos y físicos que se ha dado en llamar el síndrome del cuidador.

Los familiares y cuidadores pueden comenzar a sufrir de insomnio y alteraciones del apetito y otras funciones corporales. Son características la irritabilidad y la impaciencia, se hacen cada vez menos tolerantes ante las disfunciones conductuales del paciente.

Los familiares y cuidadores pueden comenzar a sufrir de insomnio y alteraciones del apetito y otras funciones corporales. Son características la irritabilidad y la impaciencia, se hacen cada vez menos tolerantes ante las disfunciones conductuales del paciente.

Esta reacción puede hacerse extensiva a su pareja y otros miembros de la familia, lo que viene a aumentar el problema al privarle así del necesario apoyo.

Se pueden experimentar sentimientos de enfado y rechazo del paciente y sus actitudes, generando críticas y una actitud hostil que incrementa el trastorno conductual del afectado, creando así un círculo infernal de problemas continuos.

El cuidador afectado puede comenzar a experimentar con frecuencia un estado de ansiedad donde se siente cada vez más preocupado por el futuro, incluso inmediato, con una visión muy negativa de la enfermedad y de la convivencia. Sólo percibiendo los aspectos negativos y sin valorar los recursos y ayudas.

Puede experimentar síntomas de depresión,

sintiéndose impotente para mejorar la situación, desesperanzado ante la posibilidad de ayuda y cambios. Situación que puede agravarse mucho por sentimientos de culpa sobre las causas y el curso de la enfermedad de su hijo.

Puede ocurrir que en vez de abrirse a compartir con familiares y amigos cercanos esta situación se aisle y oculte su sufrimiento aumentando así su fragilidad psíquica y emocional. El cuidador puede empezar a experimentar una sensación de fatiga y cansancio cada día mayor ante las dificultades de la convivencia. Puede ver gravemente perturbadas sus capacidades para trabajar o desempeñar sus labores habituales.

El resultado puede ser un cuadro de ansiedad y depresión con un aislamiento social y afectivo creciente. Esta situación provocará que la convivencia familiar se

deteriore y el curso del trastorno esquizofrénico de su familiar afectado sea más tórpido y grave.

CÓMO AFRONTAR EL ESTRÉS Y LA CARGA FAMILIAR

Los problemas de la convivencia no sólo provienen de los posibles conflictos que crea la persona afectada por trastornos esquizofrénicos.

En muchos casos los principales problemas vienen de la ansiedad y sufrimiento que experimentan los padres como consecuencia de la enfermedad de su hijo, son la carga emocional que soporta la familia. Otra fuente de

El cuidador puede empezar a experimentar una sensación de fatiga y cansancio cada día mayor ante las dificultades de la convivencia. Puede ver gravemente perturbadas sus capacidades para trabajar o desempeñar sus labores habituales.

Busque recursos personales para relajarse y distraerse

preocupaciones proviene de cuestiones materiales, como la estrechez de la vivienda o la falta de recursos económicos, son las cargas objetivas de la enfermedad.

Es necesario saber abordar estas dificultades.

- **Converse con otros padres que tienen los mismos problemas y aprenda a intercambiar consejos prácticos.** Ciertas personas tienen reparo en comentar sus dificultades con otros familiares o amigos, ya que alimentan sentimientos de vergüenza o falso orgullo. Esta actitud hay que corregirla, pues lo realmente importante es sacar adelante la vida familiar y personal, y para lograrlo hay que valerse de recursos y ayudas de familiares y amigos.
- **Busque recursos personales para relajarse y distraerse.** El cuidador

debe cultivar su tiempo libre y sus aficiones, así como el vínculo conyugal u otros apoyos afectivos, ya que ello le ayudará a renovar su capacidad para afrontar los problemas.

- **Hágase hábil para afrontar problemas que se repiten.** Es necesario cultivar la experiencia. Estar cada vez más preparados para afrontar situaciones críticas y que ya no sean una sorpresa inesperada.
- **Participe en grupos de autoayuda y en asociaciones de familiares de personas afectadas de esquizofrenia.** Desarrolle una actividad cívica reivindicativa por mejores servicios y prestaciones.

Actitudes orientadas a superar la carga emocional

Es natural que si un hijo desarrolla una grave


enfermedad, los padres se sientan ansiosos y deprimidos. Y aún más, cuando se trata de un trastorno esquizofrénico, donde las terapias no logran curar la enfermedad y ésta se manifiesta en la conducta del paciente, que se hace por momentos inexplicable para los padres.

Esta carga emocional puede ser tan severa que en algunos casos puede llevarlos a perder el control de sus emociones y desarrollar cuadros de ansiedad y depresión que requerirán tratamiento psiquiátrico.

Afortunadamente la mayoría de los padres logra superar este dolor y ofrecer a su hijo afectado un entorno tranquilo y adecuado emocionalmente. Sabemos que una atmósfera muy emotiva con demostraciones evidentes de sufrimiento psicológico es altamente perjudicial para el curso de la enfermedad.

Algunas orientaciones generales que han ayudado a los padres a conformarse y a madurar el control de sus emociones son:

- Aprenda a compartir sus problemas y sentimientos con amigos y familiares. Cultive sus amistades y relaciones afectivas.
- Participe en grupos de ayuda mutua o en otras iniciativas ciudadanas encaminadas a sensibilizar a la sociedad ante estos problemas y a presionar a los políticos para que desarrollen normas y leyes que favorezcan los servicios sociales y sanitarios que mejoren la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.
- Cuide de sí mismo, valore el tener tiempo para sus cosas, cultive sus aficiones. Disfrute de su tiempo libre.
- Procúrese un apoyo espiritual. Cualquiera que



**Cultive sus
amistades
y relaciones
afectivas**

sea su fe o religión, busque en ella consuelo espiritual. Cultive la meditación en los valores trascendentales de la vida, valore la vida como una oportunidad única, fomente el valor de las personas, el derecho de cada cual a ser diferente y no por ello marginado de la sociedad.

Actitudes personales hacia la esquizofrenia

La aparición de la enfermedad en un ser querido puede suscitar muchas emociones y sentimientos negativos.

Los padres pueden sentirse culpables, avergonzados, ver la

enfermedad como un castigo divino o una maldición sobre sus vidas. La actitud ante la enfermedad es esencial en nuestra capacidad para afrontar con éxito la situación. Por eso, es muy importante cultivar unas actitudes razonables y no dejarse llevar por prejuicios o creencias poco realistas.

- **Asuma la gravedad de la enfermedad y su larga evolución.**
- **Reconozca los límites de las intervenciones de los profesionales de la salud mental. Sin embargo, es importante también que cultive unas esperanzas razonables en los avances científicos.**
- **Elabore el firme propósito de cultivar su vida personal** además de cuidar de su familiar afectado.
- **Reúna información sobre los trastornos esquizofrénicos.** Siga las noticias de nuevos

Los padres pueden sentirse culpables, avergonzados, ver la enfermedad como un castigo divino o una maldición sobre sus vidas. La actitud ante la enfermedad es esencial en nuestra capacidad para afrontar con éxito la situación.

descubrimientos y hallazgos. Lea y asista a cursos y conferencias sobre estos temas. Aprenda a valorar el conocimiento científico y rechace las opiniones basadas en creencias o prejuicios.

Qué hacer ante las cargas objetivas de la enfermedad

Son cargas objetivas los problemas de vivienda, la falta de recursos económicos, los problemas de horarios y de organización familiar.

Es importante conocer los recursos y prestaciones que proporcionan los servicios asistenciales y sociales a todos los niveles (Administración del Estado, Comunidad Autónoma, Ayuntamientos).

CÓMO BUSCAR AYUDA

Es muy importante poder reaccionar a tiempo y buscar

ayuda. Proponerse mejorar la relación de pareja y la relación con otros miembros de la familia es el primer paso.

Darse cuenta de que su faceta de cuidador debe ser un aspecto más de su vida, importante, pero siempre a compartir con su relación con otros miembros de la familia.

Promover y recomponer las alianzas afectivas es el paso fundamental para mantener el equilibrio emocional.

El principal vínculo suele ser la pareja, sentirse comprendido y apoyado, compartir, poder analizar los problemas y la forma de afrontarlos, sentirse querido y querer son sentimientos que reparan los sufrimientos. Las satisfacciones emocionales que pueda experimentar en la relación con otros hijos o amigos son también importantes.

Un grave problema son las situaciones de divorcio

emocional que puede experimentar una pareja cuando se enfrenta al cuidado de un hijo enfermo.

Se trata de una distancia emocional donde no se logra compartir ni darse apoyo, incluso puede haber enfrentamientos y descalificaciones mutuas. Esta situación es de grave riesgo para el equilibrio emocional de los padres y también para el curso de la enfermedad del hijo.

Es fundamental que ante estos problemas se pueda reaccionar con sensatez y se superen estas distancias y malos entendidos. Si no fuera así se debería solicitar ayuda profesional en los servicios de salud mental.

Cuando se afronta algo tan desolador como un trastorno esquizofrénico, que impregna todos los aspectos de la vida cotidiana, aumentan las necesidades de apoyo y ayuda.

El apoyo y la ayuda mutua

Todos necesitamos el apoyo y la comprensión de los demás para afrontar con posibilidades de éxito los desafíos de la vida. La salud mental de cada cual exige vivir en un entramado de relaciones afectivas y de soporte.

Cuando se afronta algo tan desolador como un trastorno esquizofrénico, que impregna todos los aspectos de la vida cotidiana, aumentan las necesidades de apoyo y ayuda.

Cuanto más graves sean los problemas más necesidad de apoyo para poder afrontarlos con estabilidad emocional.

En muchos casos los vínculos de pareja y familiares no son suficientes para soportar los múltiples problemas de la convivencia. Las asociaciones de familiares de personas afectadas por un mismo trastorno han demostrado ser un

instrumento útil para ayudar a las familias a organizarse y hacer frente, en las mejores condiciones, a la larga tarea de los cuidados en casa.

Los denominados **grupos de autoayuda** se han revelado como la más eficaz de las escuelas para aprender a superar los problemas cotidianos de la convivencia y el trato con el paciente. Cuando se trata de problemas de la vida diaria, muchas veces es más acertado el consejo de alguien que ha pasado por lo mismo, que una docta teoría acerca de las relaciones humanas.

Los grupos de personas afectadas por un mismo problema pueden ofrecer:

- La comprensión, fuerza y ánimo de quien conoce bien el problema.
- Intercambio de experiencias que pueden ser de gran utilidad para manejar los problemas que

pueden surgir en la convivencia con el paciente.

- La posibilidad de hacer nuevos amigos y de establecer relaciones afectivas y de comprensión mutua.
- Estímulo para animarnos a ponernos en marcha para lograr la resolución de problemas, superando las actitudes derrotistas a las que nos pueden empujar los problemas y dificultades.

Un **grupo de autoayuda** lo podemos entender como un grupo de personas que piensan que tienen un problema común y que se reúnen para hacer algo al respecto. No están dirigidos por profesionales.

Sus objetivos quedan definidos por su necesidad de cuidar de un familiar con un diagnóstico común a todos. Sus propósitos son ayudarse para superar los

Los denominados grupos de autoayuda se han revelado como la más eficaz de las escuelas para aprender a superar los problemas cotidianos de la convivencia y el trato con el paciente.

problemas que se derivan de estos cuidados y de la convivencia con el paciente.

Dar el paso de incorporarse o formar un grupo de autoayuda puede resultar muy útil para afrontar la tarea de cuidar a una persona con enfermedad mental; sin embargo, hay que ser consciente de que participar en un grupo de autoayuda exige cambiar algunos hábitos y creencias acerca de la vida familiar y sus problemas.

Los grupos de autoayuda sirven para:

- **Promover el sentimiento de pertenencia a un grupo con problemas comunes.** Disminuye las autovaloraciones negativas, los sentimientos de fracaso, de ser anormal o víctima desventurada. Las personas no se sienten aisladas y el grupo les proporciona ciertas perspectivas objetivas para abordar sus dificultades.

- **Permitir una mayor comprensión por parte de la familia, del comportamiento de la persona afectada por una grave enfermedad mental.** Aumentan las probabilidades de que asuman los sacrificios y el estrés que les pueda deparar la convivencia familiar, disminuyendo sus costes emocionales.

- **Proporcionar una oportunidad para el debate en grupo de los problemas y la crítica constructiva mutua.** Cuando se participa en estos grupos, las personas en lugar de sentirse destruidas por sus problemas, sienten que crecen y se fortalecen. Son capaces de analizar sus dificultades y sienten que su sufrimiento les da experiencia y capacidad para ayudar a otros.
- **Ofrecer modelos de conducta.** La experiencia de los iguales es fácilmente asumida por el

Los grupos de autoayuda disminuyen las autovaloraciones negativas, los sentimientos de fracaso, de ser anormal o víctima desventurada.

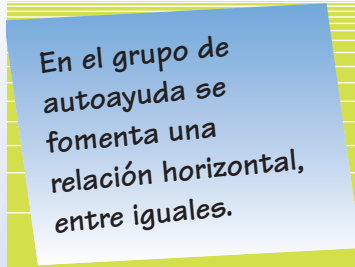
grupo. El éxito de unos anima a probar a otros. Como no hay distinciones formales entre los miembros, un participante nuevo puede identificarse fácilmente con otro más experimentado.

Facilitar una red de relaciones sociales y afectivas. Las familias de enfermos mentales crónicos por diversos procesos de sobreimplicación y de estigma social terminan muy aisladas y esta situación es fuente de sufrimiento y de nuevos problemas. Un grupo de autoayuda ofrece formas reales y concretas para romper este aislamiento y acceder a nuevas relaciones sociales y afectivas.

Estos grupos suelen ser pequeños e informales aunque suelen funcionar dentro de una organización tal como una asociación de familiares. También pueden surgir en relación con una Unidad de Salud Mental pública o privada.

Este tipo de reuniones se realizan de manera periódica y son dirigidas por las personas de mayor experiencia ante la enfermedad, aunque es importante señalar que en el grupo de autoayuda se fomenta una relación horizontal, entre iguales (no hay “directores”) donde cada experiencia y cada opinión es escuchada y respetada por los demás.

Los grupos de autoayuda formados por familiares de personas con trastornos esquizofrénicos suelen centrarse en conocer más sobre las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular. Buscan aprender a reconocer en la conducta del afectado los síntomas y señales de la enfermedad. Adquieren experiencia para apreciar tratamientos y recursos asistenciales y para afrontar problemas cotidianos de la convivencia y ofrecer a sus miembros apoyo afectivo y esperanzas realistas.



En el grupo de autoayuda se fomenta una relación horizontal, entre iguales.

Es aconsejable que los grupos de autoayuda sean pequeños, con un máximo de 10 familias.

❖ Cómo organizar grupos de autoayuda y ayuda mutua

Quienes van a tener interés por participar en estos grupos son padres, cónyuges, hermanos, otros familiares pero también amigos y allegados de personas con diagnóstico de esquizofrenia. El origen del grupo podrá estar en torno a una Unidad de Salud Mental o en el seno de una asociación de familias. Algún profesional de estos servicios puede tomar la primera iniciativa para convocar una reunión que promueva la formación de estos grupos.

Consejos para la realización de grupos de ayuda mutua

- **Tamaño.** Es necesario que los grupos sean pequeños. Como norma general es recomendable que incluyan un máximo de 10 familias.
- **Horario de las reuniones.** Las reuniones deben celebrarse siempre el mismo día de la semana y

a la misma hora, ya que el tener que respetar un día fijo de reuniones contribuye a la asistencia regular.

- **Ubicación.** El lugar físico en el que se celebren los encuentros debe ser cómodo. Lo más indicado es una habitación lo suficientemente grande para que permita a los asistentes sentarse en círculo y comunicarse de modo fluido.
- **Duración.** Debe limitarse la duración del encuentro del grupo de autoayuda a unas dos horas.
- **Desarrollo.** Hay que evitar en lo posible las formalidades y crear una atmósfera receptiva y comprensiva para que todos los miembros del grupo puedan participar. Es desaconsejable criticar a los participantes; por el contrario, es muy positivo alabar los pequeños progresos que hayan logrado cada uno de los

asistentes en el cuidado de sus familiares afectados.

Es muy conveniente transmitir a todos los miembros del grupo que sus experiencias y opiniones son igualmente valiosas.

Por otro lado, también hay que permitir a las personas que sólo quieran escuchar que lo hagan, ya que el objetivo último de estas reuniones es que todos los miembros regresen a sus casas más confortados y con mayor ánimo del que llegaron al encuentro.

- **Liderazgo de la reunión.**

El modo más adecuado de estructurar las reuniones dependerá de cómo se encuentren más cómodos los participantes. Para algunos grupos es útil la existencia de un líder que favorezca el funcionamiento del grupo y que se encargue de distribuir los tiempos y de promover iniciativas.

Sin embargo, en otras ocasiones, los grupos se organizan de manera menos estructurada y el orden y duración de las intervenciones se realiza de manera más informal.

- **Guión de las reuniones.**

Pueden ser muy variados, uno frecuente es:

1. **Presentación de nuevos asistentes al grupo.** Estas personas tendrán más tiempo en esta reunión para contar su caso y recibir el parecer y las opiniones de los demás.

2. **Seguimiento de casos ya tratados y de problemas pendientes.**

El modo más adecuado de estructurar las reuniones dependerá de cómo se encuentren más cómodos los participantes. Para algunos grupos es útil la existencia de un líder. Sin embargo, en otras ocasiones, los grupos se organizan de manera menos estructurada.

Se preguntan entre los miembros del grupo los desenlaces de situaciones pendientes y ya comentadas. Se tratan nuevos problemas y se proponen alternativas.

3. Establecimiento de acuerdos para el apoyo y ayuda mutua.

Por ejemplo, quedar para acompañar a alguien a realizar trámites especialmente problemáticos (ingresos judiciales, autorizaciones, etc.).

4. Comunicación de noticias sobre la asociación de familias y sobre otras actividades

científicas o sociales de interés.

Otro tipo de encuentros: los talleres de convivencia

Se trata de reuniones más extensas (por lo general de entre 4 o 6 horas) que pueden reunir a varios grupos de autoayuda.

Los talleres de convivencia se pueden realizar en el marco de una excursión y se suele invitar a algún profesional para que imparta una charla sobre algún tema de especial interés para los asistentes.

Después del coloquio, se puede servir un refrigerio y reanudar la charla en un esquema similar a los grupos de autoayuda.

Los talleres de convivencia se pueden realizar en el marco de una excursión y se suele invitar a algún profesional para que imparta una charla sobre algún tema de especial interés para los asistentes

ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

La Confederación Española de Agrupaciones de

Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) agrupa a más de 170 asociaciones en toda España y representa al movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental a nivel nacional.

FEAFES es considerado interlocutor válido por los organismos y Ministerios implicados en la asistencia y protección de los enfermos, así como por instituciones como el Defensor del Pueblo.

En diferentes Comunidades Autónomas existen Federaciones que agrupan Asociaciones de Familiares que luchan por sensibilizar a la sociedad y promover entre los políticos decisiones administrativas que mejoren las condiciones socio-sanitarias de este colectivo de enfermos.

Otros organismos y asociaciones internacionales:

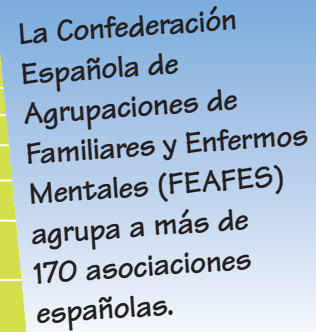
- **EUFAMI.** Entidad de ámbito europeo que

agrupa y representa al movimiento asociativo de familiares de enfermos mentales.

- **World Schizophrenia Fellowship.** Organismo presente en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que es la entidad representativa de este colectivo a nivel mundial.
- **National Schizophrenia Fellowship** (Reino Unido).
- **Schizophrenia Association of Great Britain** (Reino Unido).
- **Unión de familiares de personas con enfermedad mental** (UNAFAM).

Cómo asociarse:

Para asociarse a una entidad de representantes de personas con familiares nada más fácil que contactar con los Servicios de Salud Mental de su Comunidad Autónoma o a la Delegación provincial o regional de FEAFES o la Confederación Nacional.



La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) agrupa a más de 170 asociaciones españolas.

Una de las principales actividades de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental es la realización de campañas divulgativas sobre las enfermedades mentales.

Si no existiese una asociación en tu ciudad o barrio puedes animarte a crearla, para ello recurre a la Confederación Nacional de FEALES, ya que, sin duda, sus consejos podrán serte de gran utilidad.

Actividades de las asociaciones de familiares

Aunque cada asociación tiene sus características, se pueden distinguir tres grandes bloques de actividades en la mayoría de ellas:

- **Autoayuda, orientación y apoyo mutuo.**

Dentro de este grupo de actividades se enmarcan las siguientes:

- Escuela de padres.
- Conferencias y charlas sobre salud mental.
- Convivencias, excursiones y otras actividades de tiempo libre.
- Grupos de autoayuda.

- **Campañas de divulgación y de sensibilización.**

Una de las principales actividades de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental es la realización de campañas divulgativas sobre las enfermedades mentales. Para ello realizan jornadas y conferencias en las que se da información sobre estas patologías y se trata de eliminar los estigmas tradicionalmente asociados a ellas. Con el fin de dar mayor difusión a estas charlas, las asociaciones suelen convocar a los medios de comunicación a ruedas de prensa, así como enviarles periódicamente información.

- **Desarrollo de estructuras y servicios de rehabilitación y ocupacionales.**

Las asociaciones están recibiendo subvenciones de la Administración y

otras ayudas para crear Centros de Día, Clubes Sociales y Centros Ocupacionales que sirvan para conseguir la rehabilitación y la reinserción social de gran parte de las personas con enfermedad mental.

ESCUELAS DE FAMILIA

Se trata de una actividad psicoeducativa dirigida a las familias de personas con enfermedad mental. Su principal objetivo es informarles de las características de la enfermedad para que, conociendo mejor la enfermedad que afecta a sus familiares, puedan mejorar la forma de afrontar la situación.

Las “Escuelas de familia” se pueden realizar en una Unidad de Salud Mental, en un Centro de Día o en una Asociación de pacientes y familiares.

Generalmente las escuelas de familia están coordinadas por un psicólogo o un psiquiatra aunque, en ocasiones, también puede realizar esta función de coordinación un titulado en enfermería o en trabajo social.

Para que la escuela resulte útil la persona que la coordina debe conocer los antecedentes clínicos y sociales del caso, así como realizar una entrevista al grupo familiar en la que se aborden las actitudes y reacciones de los familiares ante el comportamiento de la persona con enfermedad mental, las creencias en torno a la enfermedad, y los problemas que dicha

Escuelas de familia:

Su principal objetivo es informarles de las características de la enfermedad para que, conociendo mejor la enfermedad que afecta a sus familiares, puedan mejorar la forma de afrontar la situación.

En las Escuelas de familia se ofrece una información comprensible sobre la enfermedad

enfermedad genera en la convivencia.

Al término de la escuela de familia, el coordinador suele entregar un cuestionario con la finalidad de conocer la valoración del curso por parte de los asistentes y mejorarlo, en la medida de lo posible, para las siguientes ediciones.

La intervención psicoeducativa se ve reforzada cuando se aplica en un pequeño grupo multifamiliar.

Lo ideal es que acudan los padres y hermanos mayores o allegados del paciente. De tal forma que en un grupo se admitirían entre 5 y 10 unidades familiares. Parecen funcionar mejor los grupos que son homogéneos en cuanto al nivel cultural, pero heterogéneos en cuanto a los años de evolución de la enfermedad, nivel de emoción expresada y problemas en la convivencia familiar.

Objetivos de una Escuela de familia

Los objetivos de una Escuela de familia son:

- Dar una información comprensible acerca de la enfermedad mental. Ello implica enseñar a reconocer síntomas, pródromos y los factores de riesgo y de sobreprotección que pueden afectar al paciente. Se trata, en suma, de lograr prevenir las recaídas.
- Enseñar a valorar la medicación antipsicótica como un importante factor de protección.
- Entrenar a las familias en habilidades de comunicación y de convivencia con su familiar con enfermedad mental.
- Estimular a las familias para la superación de su aislamiento y del estigma.

La consecución de estos objetivos se puede lograr con la realización de tres tipos de actividades dentro de la Escuela de familia: grupos informativos, grupos de entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas y grupos de autoayuda.

GRUPO MULTIFAMILIAR INFORMATIVO

Son reuniones sobre un tema específico relacionado con la enfermedad mental y en las que se entrega información científica acerca de esta patología, así como sobre los factores que intervienen en su evolución, y los recursos asistenciales y de servicios sociales a que pueden acceder los afectados y sus familias.

El formato es más parecido a una escuela donde las familias asisten con cuaderno y lápiz para tomar nota de la clase impartida.

Algunos temas incluidos en una Escuela de familia podrían ser:

- **En una primera sesión:**
 - Qué es la enfermedad mental.
 - Qué es la esquizofrenia.
 - Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.
 - Exposición de la hipótesis de la vulnerabilidad para caracterizar la situación de los pacientes.
- **En una segunda sesión:**
 - Tratamiento psiquiátrico.
 - Principales tipos de fármacos en psiquiatría.
 - Qué son los neurolépticos
 - Efectos principales y efectos secundarios de los fármacos.
 - Psicoterapias.
 - Objetivos de la rehabilitación psiquiátrica.
- **Tercera sesión:**
 - Consejos para afrontar la enfermedad mental.

Cómo afrontar la esquizofrenia

- Ideas y prejuicios comunes ante la enfermedad mental.
- Vivencias que experimenta el paciente en el curso de su enfermedad.
- **Cuarta sesión:**
 - Los altos niveles de emoción expresada como un factor de riesgo en la convivencia familiar.
 - Otros factores que influyen en el curso del trastorno: medicación, acontecimientos estresantes, habilidades para la convivencia, tiempo óptimo de contacto entre familiares y paciente en el día a día.
- La importancia del cumplimiento de la medicación antipsicótica.
- La superación de las dificultades y de las situaciones estresantes por parte del enfermo mental. La importancia de los apoyos sociales y afectivos en la superación de dichas dificultades.
- **Quinta sesión:**
 - Habilidades de comunicación en la convivencia familiar.
 - Estrategia familiar de solución de problemas.
 - Cómo estimular y mantener hábitos en el paciente.
- **Sexta sesión:**
 - Red de Recursos sanitarios y sociales para el paciente y su familia.

Grupo multifamiliar informativo:

Son reuniones sobre un tema específico relacionado con la enfermedad mental y en las que se entrega información científica acerca de esta patología, así como sobre los factores que intervienen en su evolución, y los recursos asistenciales y de servicios sociales.

Grupo multifamiliar de entrenamiento en habilidades de comunicación

Aquí el formato cambia, ya no se trata de clases, sino de grupos de entrenamiento.

El método más utilizado es la representación de situaciones de diálogo e interacción familia-paciente.

El profesional que realiza el grupo debe tipificar situaciones representativas y lograr que los participantes las representen.

Posteriormente se comenta la forma en que han interactuado los participantes y se indican las pautas de comunicación deseables.

Los objetivos son mejorar el diálogo con el paciente y fomentar las habilidades para negociar conflictos.

Grupo multifamiliar de entrenamiento en solución de problemas

Utilizando el mismo formato de representación de situaciones, ahora se abordan problemas concretos de la convivencia familiar.

A estas alturas las familias conocen bastante de la enfermedad y han aprendido estilos de comunicación y negociación de conflictos. Ahora se trata de poner todas estas habilidades al servicio de la mejora real de la convivencia con el paciente.

Estos ejercicios procuran crear en las familias una actitud positiva y activa para afrontar sus dificultades.

Los objetivos del grupo multifamiliar de entrenamiento en habilidades de comunicación son:

- *Mejorar el diálogo con el paciente.*
- *Fomentar las actividades para negociar conflictos.*

Para solventar problemas es necesario un “estado mental” positivo y optimista.

Se intenta moldear un acercamiento racional basado en identificar y delimitar los problemas y luego buscar y probar soluciones.

Las familias deberán comprender incluso que existen problemas sin solución y que ello les pone a prueba para comprobar si han adquirido habilidades para aprender a vivir con estos problemas.

El curso se estructura alrededor de cinco pasos básicos de solución de problemas:

- 1.** Para solventar problemas es necesario un “estado mental” positivo y optimista.
- 2.** Hay que identificar y definir el problema.
- 3.** Se deben enumerar todas las soluciones alternativas posibles.
- 4.** Decidir la mejor solución a las alternativas.
- 5.** Implantar la solución elegida y valorar su eficacia.



Glosario

Acatisia: inquietud, agitación, dificultad para permanecer sentado o quieto. Pueden provocarla los antipsicóticos, especialmente los típicos o más antiguos. El médico puede aliviarlo modificando dosis o fármacos o prescribiendo un fármaco específico. También la persona se relaja si da pequeños paseos. *Pág. 51.*

Adolescencia: etapa de transición en la vida que en nuestra sociedad cada vez se prolonga más debido al mayor período de estudio y preparación para ejercer una profesión o trabajo. Los cuadros de esquizofrenia suelen debutar en esta etapa, en especial cuando la persona comienza a afrontar una vida más exigente de estudio, trabajo o relaciones interpersonales. *Págs. 8, 9.*

Afrontamiento: conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que se aprenden para hacer frente a situaciones emocionales como interpersonales. Se espera que las personas aprendamos a modular nuestras reacciones emocionales ante las dificultades de la vida diaria, que sepamos controlar nuestro estado de ánimo, la ansiedad o la agresividad. Así como saber negociar nuestras diferencias con otras personas. Se espera que la familia aprenda a afrontar los problemas del día a día con su familiar afectado. *Págs. 60, 117.*

Agitación: una actividad mental o una conducta motora y/o verbal excesiva. En una crisis la persona se puede angustiar ante alucinaciones o creencias o mostrarse muy inquieta e incluso agresiva. Es importante saber tranquilizarle, no insistir en los temas conflictivos y dar sobre todo seguridad y cuidados. *Págs. 14, 47.*

Alucinaciones: percibir algo que no responde a un estímulo real. Las más comunes en los trastornos esquizofrénicos son las alucinaciones auditivas. La persona escucha voces que le hablan o hablan acerca de él, por lo general su contenido es insultante o agresivo o despectivo. Existen datos científicos que indican que se trata de pensamientos del propio sujeto que por disfunción cerebral el sujeto los oye como si le hablaran. Podrían reflejar sus problemas de autoestima y sus preocupaciones. Suelen producir miedo y parálisis de la vida psíquica. Mientras alucina el sujeto puede estar abstraído o aterrorizado. Hay que saber distraerle, sacarle de la situación proponiéndole un cambio de actividad en ese momento. Con tacto se puede hablar acerca de lo que escucha y orientarle para que vea en el psiquiatra la ayuda necesaria para librarse de tan terrorífico síntoma. Pueden darse alucinaciones olfativas pero rara vez visuales, que son más frecuentes en cuadros de intoxicación por

drogas o alcohol. *Págs. 7, 11, 14, 16, 27, 30, 114, 118, 119.*

Ansiedad: estado de tensión e inquietud, sentimiento de desagrado y temor aunque no siempre referido a algo concreto. Puede ser un síntoma o una reacción ante una situación o un trastorno continuo de sufrimiento. Las personas con esquizofrenia pueden experimentarla sin ser capaces de referirla o analizarla. *Págs. 6, 14, 34, 55, 130, 152.*

Autocuidado: destinado al mantenimiento de la salud y de una buena autoimagen. Incluimos los hábitos de higiene, de arreglo personal, de preparación e ingesta de alimentos, la dieta, el cuidado del peso corporal, el rechazo al tabaquismo y al abuso del alcohol. En el caso de las personas que sufren esquizofrenia estos hábitos pueden deteriorarse como reflejo de los síntomas negativos pero también puede confluír una pérdida de autoestima, por ello es importante siempre reforzar y estimular su mantenimiento. *Págs. 12, 19, 34, 59, 65, 107.*

Autoestima: resulta de la opinión e imagen que se tiene de sí mismo. Es un mediador cognitivo de nuestra conducta y reacciones. Va siendo modificada por las experiencias. Lo normal es que de pequeño dependa mucho de la imagen y valor que le otorga su familia y el grupo de pares. De adulto lo sano es que sea más independiente de la opinión de los demás. Mejorar la autoestima pasa por una

aceptación y una valoración positiva de sí mismo y por saber proporcionarse gratificaciones adecuadas. Las personas que padecen una enfermedad requieren una especial estimulación de su autoestima: reforzarles con frecuencia sus logros y desempeños y ayudarles a desarrollar hábitos ocupacionales, como aficiones que incrementen la satisfacción consigo mismos. *Págs. 12, 39, 59, 63, 81, 103.*

Autoimagen: reconocimiento de sí mismo. Lo más básico nace de la conciencia corporal cuando el niño reconoce su cuerpo y su creciente maduración cerebral le lateraliza haciendo que mano, pie y ojo sean dominantes, para la mayoría el derecho. Luego de adolescente surge la conciencia del propio cuerpo ante los demás y su valoración y finalmente la imagen de uno mismo se funde en el mediador cognitivo autoestima. Cuidar la propia imagen se refleja en el interés por la higiene personal, el cuidado de la salud, la elección de la vestimenta y otros aspectos del autocuidado. *Págs. 12, 20, 103, 149.*

Clima emocional en la convivencia: se considera un factor de riesgo en el curso del trastorno esquizofrénico cuando predomina la crítica continua o la descalificación, lo que crea un clima de alta emoción en la convivencia que precipita la aparición de crisis. Un aspecto muy negativo es cuando el paciente es supervisado estrechamente en

todos los aspectos de su vida, impidiéndole el ejercicio de, al menos, cierta autonomía. Las crisis son menos frecuentes cuando los pacientes conviven con personas estables emocionalmente. *Págs. 88, 129.*

Colesterol: sustancia liposoluble distribuida por todo el organismo, en especial sangre, cerebro y vainas de mielina que recubren los nervios. La fracción HDL, de alta densidad, se considera saludable pero la de baja densidad, VDL, se relaciona con grave patología cardiovascular. Una dieta rica en huevos, carnes, grasas y bollos aumenta peligrosamente el colesterol VDL. Las personas con esquizofrenia deben controlar su colesterol mediante una analítica anual. *Págs. 46, 51, 70, 76-78.*

Compensación: estado libre de síntomas. Es la fase en la que la persona debe ser estimulada a incrementar su nivel de actividades y a ser más autónomo. Esta estimulación debe ser paulatina y sensible a la aparición de pródromos que aconsejarían su reducción. *Págs. 19, 20, 56, 61, 129.*

Conciencia de enfermedad: reconocimiento que hace una persona afectada de necesitar tratamiento médico. En los trastornos esquizofrénicos la persona con frecuencia rechaza su tratamiento y niega su enfermedad, en realidad la persona no se siente enferma. No relaciona su malestar psíquico con síntomas de la enfermedad y necesidad de seguir un

tratamiento. Le puede resultar intolerable asumir una enfermedad psiquiátrica. Es muy importante que una persona con esquizofrenia relacione la aparición de crisis con el abandono de medicación y poder disfrutar de una vida normalizada con el seguimiento de un correcto tratamiento. Hay que cultivar su autoestima y al mismo tiempo el deseo de cuidarse físicamente y aprender a prevenir las crisis psiquiátricas tomándose su tratamiento. *Págs. 61, 71, 105.*

Crisis: aparición brusca o paulatina de síntomas. En el caso de una crisis esquizofrénica suelen ser más llamativos los síntomas positivos, sin embargo la aparición paulatina de síntomas negativos llama menos la atención y sin embargo al final pueden ser más limitantes para una vida normalizada. *Págs. 17, 18, 23, 34-39, 55, 64, 83-100, 130, 149.*

Cuidadores: personas del entorno natural del paciente y que se implican en la convivencia diaria. Proporcionan apoyo emocional y solucionan problemas domésticos. Por su vínculo con el paciente y su compromiso diario sufren una carga importante que a veces se traduce en sufrimiento emocional, limitaciones de horario o económicas o de vivienda, entre otras. Se considera que con el tiempo adquieren pericia y experiencia. *Págs. 90, 152, 154.*

Deficiencia mental: anomalía del desarrollo en que por causas genéticas, del embarazo,

parto o enfermedades de la infancia la persona tiene una limitación en su rendimiento intelectual. No constituye una enfermedad mental. *Pág. 3.*

Delirios: creencias que no son compatibles con las pautas aceptadas en nuestra cultura. En los trastornos paranoicos alcanzan un gran desarrollo y mediatizan en gran medida la vida psíquica y de relación. En los trastornos esquizofrénicos no suelen desarrollarse extensamente y por lo general se circunscriben a un aspecto de la realidad. Muchas veces responden a la necesidad de explicarse las alucinaciones o vienen a compensar una grave pérdida de autoestima, resultante de su vida limitada por la enfermedad. Pueden ser muy perturbadores cuando incluyen creencias acerca de las personas con que se convive, creer que le quieren envenenar o hacer daño. Los antipsicóticos pueden atenuar o encapsular estas ideas. En la convivencia requieren un manejo muy cuidadoso. Es importante mantener la buena relación con el paciente pero nunca decirle que pensamos lo mismo que él. Siempre hay que comunicarle que comprendemos sus sentimientos pero no compartimos su idea, esto último con tacto y nunca descalificando su persona. *Págs. 11, 30, 44, 72, 101, 115, 120-122, 134.*

Depresión: puede usarse para designar un síntoma como tristeza o un grupo complejo de síntomas psíquicos como apatía, pérdida de ilusiones o pérdida de autoestima junto a

síntomas físicos como llanto frecuente, pérdida de apetito o peso. También designa un grupo de enfermedades depresivas que exigen un diagnóstico y tratamiento por especialistas en psiquiatría y psicología clínica. Una persona con trastornos esquizofrénicos puede presentar un síndrome depresivo si es consciente de las limitaciones en su vida con una importante pérdida de autoestima, son más susceptibles las personas jóvenes con buen nivel cultural, un comienzo brusco de la enfermedad y cuando recién salen del hospital. Existe un síndrome depresivo producido por la propia medicación antipsicótica. Todos estos aspectos tienen tratamiento médico y psicológico. *Págs. 7, 60, 95, 152, 153.*

Deterioro: lesión o alteración funcional de un órgano. En el caso de los trastornos esquizofrénicos se considera en los casos que presentan alteraciones cerebrales anatómicas y funcionales como dilatación de los ventrículos laterales o hipofunción de la corteza prefrontal, objetivadas a través de pruebas de neuroimagen como TAC, resonancias o SPECT. *Págs. 8, 18, 34, 78.*

Diabetes: subida de los niveles de azúcar en sangre que provoca mayor ingesta de líquidos, orinar en abundancia, debilidad y pérdida de peso. Cuadro grave que puede debutar con pérdida de conciencia y un cuadro metabólico que requiere atención médica urgente. Las personas con esquizofrenia y tomando antipsicóticos atípicos deben con-

trolar mediante analítica anual su glucemia. *Págs. 2, 34, 70, 77, 103.*

Discapacidades: pérdida de habilidades o hábitos como resultado del deterioro producido por una enfermedad. En la esquizofrenia se refiere a la pérdida de hábitos en la vida diaria, como la higiene y arreglo personal, el orden y cuidado de sus cosas o la cooperación en las tareas de casa, ocupacional y para las relaciones interpersonales que deben ser abordadas mediante rehabilitación psicosocial. *Págs. 26, 43, 65, 101, 151.*

Distonías: alteración del tono muscular que afecta con más frecuencia a cabeza, cuello y lengua como efecto secundario de los antipsicóticos. *Pág. 51.*

Divorcio emocional: falta de sintonía afectiva y pérdida de apoyo mutuo entre personas que viven juntas. Puede darse entre los padres cuando no aciertan a compartir las cargas emocionales y objetivas que les depara la enfermedad de su hijo. *Págs. 25, 157.*

Dopamina: neurotransmisor, sustancia química que media la comunicación entre neuronas. Existen cuatro vías de comunicación entre las estructuras cerebrales que utilizan la dopamina. La vía mesolímbica, que es en la que un exceso de dopamina parece implicado en la producción de los síntomas positivos; la vía mesocortical, donde un déficit de dopamina sería responsable de los síntomas

negativos; la vía nigroestriada, donde el bloqueo farmacológico de los receptores a la dopamina produciría los efectos secundarios musculares, y la vía tuberoinfundibular, que al ser bloqueada liberaría la producción de hormonas como prolactina, dando lugar a efectos secundarios neurohormonales. *Págs. 27, 29, 30-33, 48, 51, 78.*

Empatía: capacidad para entender las emociones y problemas de otra persona. Implica la habilidad de ver las cosas desde el punto de vista del otro pero sin perder la propia perspectiva. Tiene un aspecto instrumental que es saber comunicar al otro que se le está comprendiendo. El sentirse comprendido ayuda, la persona se tranquiliza, le da la oportunidad de autoexplorarse y de ser más receptivo a un consejo. *Págs. 101, 116, 130.*

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica progresiva e irreversible con dificultad respiratoria creciente ante los esfuerzos y en muchos casos tos crónica. Las personas fumadoras tienen un riesgo alto de padecerla. *Pág. 70.*

Estilo de vida: conjunto de valores, actitudes y comportamientos que configuran una constancia en la rutina diaria. Suelen estar marcados por la actividad principal y por las relaciones afectivas más significativas. *Págs. 5, 34, 57, 78.*

Fármacos antipsicóticos: se caracterizan por bloquear los sistemas dopaminérgicos cere-

brales y algunos de estos fármacos además actúan sobre los sistemas colinérgicos y noradrenérgicos. Su efecto principal es el control de los síntomas psicóticos positivos y en el caso de los nuevos antipsicóticos también cabe que contribuyan al control de los síntomas negativos. La primera generación de estos fármacos comenzó a desarrollarse a partir de 1952; estos primeros antipsicóticos (típicos o de primera generación) presentan múltiples efectos secundarios. Sin embargo, los de segunda generación (o atípicos) no provocan, en general, esos efectos secundarios. Son el tratamiento básico y fundamental de los trastornos esquizofrénicos. Aunque no curan el trastorno sí controlan los síntomas, especialmente los síntomas positivos, y permiten que la persona afectada se beneficie de la psicoterapia y la rehabilitación. Por tanto, si una persona afectada cumple adecuadamente con su medicación antipsicótica puede llevar una vida normalizada. *Págs. 1, 22, 27, 29-33, 39, 42-59, 70, 99.*

Fobia: reacción emocional exagerada ante un estímulo o situación que no lo justifica. *Págs. 7, 62.*

Hipomimia: rigidez en los músculos de la cara, lo que provoca un rostro inexpresivo; puede ser un efecto secundario de los antipsicóticos. *Pág. 53.*

IMC: índice de masa corporal; es una medida del estado nutricional y se calcula dividiendo el

peso por la talla y el resultado al cuadrado. La normalidad está entre 18 y 27. Un valor mayor avisa de las complicaciones de la obesidad. Muchas máquinas de peso en las farmacias dan esta información. *Pág. 77.*

Lóbulo frontal: una de las divisiones principales de la corteza cerebral situado en la zona anterior. Se relaciona con la elaboración y ejecución de la conducta, el lenguaje y con el control de la conducta emocional. Estaría implicado en los síntomas negativos del trastorno esquizofrénico. *Pág. 13.*

Lóbulo límbico: compleja estructura de la zona basal y medial de los hemisferios cerebrales y que rodea al tronco cerebral. Desempeña un importante papel en la conducta y la modulación emotiva. Probablemente implicado en los síntomas positivos del trastorno esquizofrénico. *Pág. 30.*

Lóbulo temporal: una de las divisiones importantes de la corteza cerebral. Implicado en la comprensión y producción del lenguaje, participa en la elaboración de la percepción auditiva. Probablemente implicado en las alucinaciones auditivas. *Pág. 11.*

Manía: estado de intensa excitación con hiperactividad, euforia, pérdida de atención. La persona puede hablar muy deprisa y moverse con mucha energía emprendiendo actividades inusuales en su conducta habitual. *Págs. 7, 16, 43.*

Metabolismo: es el conjunto de reacciones bioquímicas necesarias para la vida y que tiene lugar en el interior de cada una de las células del organismo. Allí se sintetizan, transforman y desintegran los elementos químicos dando lugar a la producción de energía, nuevos elementos y residuos a eliminar. *Págs. 56, 78.*

Minusvalías: constituyen una de las tres consecuencias identificadas en una enfermedad crónica (ver deterioro y discapacidades). Se refieren a las desventajas sociales, económicas y laborales que provoca el padecer una enfermedad o trastorno crónico. *Págs. 43, 50, 65, 94, 131.*

Motivación: estado en el que el sujeto desarrolla un comportamiento conducente a obtener un determinado fin. Motivar significa describir para un sujeto una situación que le puede ser apetecible y que puede alcanzar si desarrolla determinada conducta. Ver **refuerzo**. *Págs. 45, 47, 64, 72, 80, 107, 130.*

Neuroimagen: imágenes del sistema nervioso. Puede ser una radiografía convencional del cráneo o una imagen elaborada por medios informáticos. Puede ser una imagen fija o anatómica o reflejar la actividad nerviosa o imagen funcional. *Págs. 10, 22, 27, 176.*

Neuroléptico: se refiere a antipsicóticos de primera generación que inducían un estado de

sedación y lentitud motora y psíquica. *Págs. 42, 47, 53, 54, 169.*

Neurona: célula principal del sistema nervioso. Tiene una estructura basada en un cuerpo celular y unas prolongaciones. Una más larga, el axón, por la que envía señales a la siguiente neurona y otras más cortas llamadas dendritas por las que recibe la señal de otras neuronas. *Págs. 11, 28-32, 78, 115.*

Neurosis: nombre en desuso para designar alteraciones emocionales en las cuales el sujeto conserva su contacto con la realidad. Son personas que reconocen rápidamente no sentirse bien y normalmente demandan asistencia y atención. *Pág. 7.*

Neurotransmisor: sustancia producida por el organismo y que media la comunicación entre neuronas. En el caso de los trastornos esquizofrénicos parecen especialmente implicados la dopamina y su regulación por otros como la serotonina o el glutamato. *Págs. 28, 29, 32, 44.*

Percepciones: es el proceso de elaboración de las sensaciones por la cual el sujeto toma conciencia del mundo exterior. *Págs. 11, 12, 27, 115, 124.*

Pródromos: síntomas inespecíficos que anteceden a una crisis. *Págs. 19, 83, 85, 89, 90, 99, 168.*

Psicosis: designa los más graves trastornos mentales y se caracteriza por una ruptura en el sentido de la realidad. Normalmente cursan sin una clara conciencia de enfermedad por el sujeto, con lo cual no suelen pedir asistencia. *Págs. 7, 43.*

RNM: técnica que permite obtener una imagen del cerebro. Existe también la RMN funcional por la cual se obtiene una imagen de los cambios de flujo sanguíneo cerebral asociado a la actividad neuronal. Lo que permite establecer hipótesis sobre el funcionamiento del cerebro cuando enfrenta una tarea o se ve sometido a un síntoma como una alucinación. *Pág. 22.*

Serotonina: neurotransmisor que participa en vías nerviosas que contribuyen a la elaboración del tono afectivo y también en neuronas que modulan las vías dopaminérgicas. *Págs. 27, 29-33.*

Síntomas negativos: alteraciones conductuales y psicológicas por déficit o pérdida de funciones o habilidades. La persona puede mostrarse apática, desinteresada, poco afectiva y aislada. El tratamiento farmacológico de estos síntomas es difícil, aunque los nuevos antipsicóticos pueden ser más eficaces, se requiere la utilización de técnicas de rehabilitación y un entorno que programe una estimulación psicosocial adecuada. *Págs. 12, 13, 19, 31, 37, 38, 44, 72, 123.*

Síntomas positivos: alteraciones conductuales y psicológicas por aparición de nuevos fenómenos psíquicos como alucinaciones y delirios, lo que da lugar a comportamientos extraños o inusuales. Estos síntomas no sólo se presentan en los trastornos esquizofrénicos, también se pueden producir en cuadros tóxicos o en situaciones de alto estrés psicológico o en privación sensorial. Estos síntomas son los que mejor se controlan con los fármacos antipsicóticos. *Págs. 11, 12, 30, 32, 45, 47, 95, 169.*

Sistema límbico: compleja estructura de la zona basal y medial de los hemisferios cerebrales y que rodea al tronco cerebral. Desempeña un importante papel en la conducta y la modulación emotiva, y probablemente, esté implicado en los síntomas positivos del trastorno esquizofrénico. *Pág. 30.*

Sobreimplicación emocional: actitud que pueden llegar a adoptar la familia que convive con una persona que padece una enfermedad crónica. En el caso de los trastornos esquizofrénicos se le considera un factor de riesgo para precipitar recaídas. Básicamente se compone de la expresión continua de sufrimiento psicológico (ansiedad, tristeza o irritabilidad), de una supervisión de cada uno de los aspectos de la vida cotidiana de la persona enferma y de una claudicación de la vida social. El familiar sobreimplicado está alterado emocionalmente, supervisa toda la vida del enfermo y está aislado. *Pág. 161.*

SPECT: técnica que utiliza sustancias radiactivas de vida breve para obtener una imagen del cerebro. *Pág. 22.*

TAC: técnica que permite obtener imágenes del cerebro a partir de finas radiaciones X que son elaboradas en un ordenador. *Pág. 22.*

Ventrículos laterales: cavidades que existen en el interior de los hemisferios cerebrales que se comunica con otras cavidades formando un sistema ventricular que contiene líquido cefalorraquídeo. *Pág. 13.*

Vulnerabilidad: concepto que resume los datos que se conocen acerca de por qué y de qué manera una persona desarrolla una enfermedad o un trastorno crónico. En el caso de los trastornos esquizofrénicos se trata de una predisposición a experimentar

crisis cuando se afrontan situaciones de estrés o excesiva estimulación o demanda que supera los factores de protección del sujeto. La predisposición se ancla en la herencia y en la maduración y desarrollo de ciertas estructuras cerebrales que puede verse afectada por circunstancias del embarazo y parto. Contribuirían las experiencias de socialización y desarrollo afectivo y social. Sobre esta predisposición actuarían factores de riesgo como el consumo de drogas, demandas y exigencias de la vida. Desarrollado el trastorno esquizofrénico se considera factor de protección básico la medicación antipsicótica. Contribuyen a vivir en un ambiente estable emocionalmente, el conocimiento de las características del trastorno, la autoestima y el desarrollo ocupacional. *Págs. 23, 33-39, 57, 67, 105, 147, 169.*



Bibliografía

- Aldaz, J. y Vázquez, C.: *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Editorial Siglo XXI. 1996.
- Anderson, C.; Reiss, D. y Hogarty, G.: *Esquizofrenia y Familia*. Editorial Amorrortu. 1988.
- Arribas, M. y otros: *Convivir con la esquizofrenia. Una guía de apoyo para familiares*. Editorial Promolibro. 1996.
- Aznar, E. y Berlanga, A.: *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia*. Editorial Pirámide. 2000.
- Barrowclough, C. y Terrier, N.: *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention*. Chapman & Hall. 1992.
- Cañamares, J. y otros: *Esquizofrenia*. Editorial Síntesis. 2001.
- Carson, C.: *Educating patients and familias about mental illness. A practical guide*. An Aspen Publication. 1991.
- Chinchilla, A.: *Guía terapéutica de las esquizofrenias*. Editorial Masson. 2003.
- Colodron, A.: *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. Editorial Siglo XXI. 1990.
- Falloon, I.; Boy, J. y McGill, C.: *Family Care of Schizophrenia. A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. The Guilford Press. 1984.
- Falloon, I. y otros: *Family management of schizophrenia*. The Johns Hopkins University Press. 1985.
- Gradillas, V.: *La familia del enfermo mental*. Editorial Díaz de Santos. 1998.
- Hatfield, A.: *Family education in mental illness*. The Guilford Press. 1987.
- Igartua, J. y otros: *Enfermedad mental. Grupos de autoayuda e integración social*. Eusko Jaurlaritz. 1994.
- Kuipers, L. y Bebbington, P.: *Working in partnership. Clinicians and carers in the management of longstanding mental illness*. Heinemann Medical Books. 1990.
- Kuipers, L.; Leff, J. y Lam, D.: *Family work for schizophrenia. A practical guide*. The Royal College of Psychiatrists. 1992.
- Mañá, S.: *La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos*. Editorial Club Universitario. 1997.
- Obiols, J. y Obiols, E.: *Esquizofrenia*. Martínez Roca. 1989.
- Rebollo, S.: *Rehabilitación Psiquiátrica*. Universidade de Santiago de Compostela. 1996.
- Rebollo, S. y Lobato, M.J.: *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Fundación Nou Camí. Barcelona. 1997.
- Rodríguez, A.: *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Editorial Pirámide. 1997.
- Thornton, J. y Seeman, J.: *Schizophrenia simplified. A field guide to schizophrenia for frontline workers, families and professionals*. Hogrefe & Huber Publishers. 1991.
- Valiente, C.: *Alucinaciones y delirios*. Editorial Síntesis. 2002.



Bibliografía recomendada. Guías clínicas

Asociación Mundial de Psiquiatría. *La esquizofrenia abre las puertas*. Barcelona: Aula Médica; 2000.

FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. *La esquizofrenia. De la incertidumbre a la esperanza*. Madrid; 2002.

Luengo MA. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, *Comprender la Esquizofrenia*; 2001.

Torrey F. *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: Harper Collins Publishers. Fundació SENY; 2001.

¿Qué sabemos de la Esquizofrenia? Guía para pacientes y familiares. Miquel Bernardo. Barcelona: Ars Medica; 2004. Existe traducción en catalán (*Què sabem de l'Esquizofrènia? Guia per a pacients i familiars*), en gallego (*¿Qué sabemos da Esquizofrenia? Guía para pacientes e familiares*) y en vasco (*Zer dakigu Eskizofreniari buruz? Gaixo eta ahaideentzako gida*).

Parellada E, Fernández-Egea E. *Esquizofrenia: del caos mental a la esperanza*. Barcelona: Morales i Torres Editores; 2004.



Webs de interés

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)
www.feafes.com

FEAFES. DELEGACIONES PROVINCIALES

ANDALUCÍA

Asociación provincial de allegados de enfermos mentales (APAEM)
<http://www.pagina-web.de/apaem/>

ARAGÓN

Asociación aragonesa pro-salud mental de Zaragoza (ASAPME-ZARAGOZA)
<http://www.asapme.org>

ASTURIAS

AFESA-ASTURIAS FEAFES
<http://www.afesasturias.org/>

CANARIAS

No hay sitio web disponible.

CANTABRIA

Asociación cántabra pro-salud mental (ASCASAM)
<http://www.ascasam.org>

CASTILLA Y LEÓN

FEAFES-CASTILLA Y LEÓN FECLEM
<http://www.feafes-castillayleon.org>

CASTILLA-LA MANCHA

FEAFES-CLM
<http://www.feafesclm.com>

CATALUÑA

Associació de familiars de malalts mentals de Catalunya (AFAMMCA)
<http://www.ravalnet.org/usuarios/afammca/>

CEUTA

Asociación ceutí de familiares de enfermos psíquicos (ACEFEP)
Página web: no disponible
Correo electrónico: acefep@terra.es

EXTREMADURA

FEAFES-EXTREMADURA
<http://www.feafesextremadura.org>

GALICIA

FEAFES GALICIA
Federación de asociaciones de familiares e enfermos mentais de Galicia
<http://www.feafesgalicia.org>

ISLAS BALEARES

Asociación pitiusa de familiares de enfermos mentales (APFEM)
<http://www.apfem.com>

LA RIOJA

Asociación riojana de familiares y enfermos psíquicos (ARFES PRO-SALUD MENTAL)
<http://www.arfes.org>

MADRID

Federación madrileña pro-salud mental (FEMASAM)
<http://www.femasam.org>

MELILLA

Asociación melillense de familiares de enfermos mentales (AMELFEM)

Página web: no disponible

Correo electrónico: amelfem@hotmail.com

MURCIA

Federación murciana de asociaciones de familiares de enfermos mentales (FEAFES-REGIÓN DE MURCIA)

Página web: no disponible

Correo electrónico: feafesmurcia@ono.com

NAVARRA

Asociación navarra para la salud mental (ANASAPS)

<http://www.anasaps.org/>

PAÍS VASCO

Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y enfermos psíquicos (FEDEFES)

Página web en elaboración.

Correo electrónico: fedefes@yahoo.es

VALENCIA

Federación valenciana de asociaciones de familiares y enfermos mentales (FEAFES-Comunidad Valenciana)

Página Web en elaboración

Correo electrónico: feafem@tiscali.es

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Sociedad Española de Psiquiatría

<http://www.sepsiq.org/>

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

<http://sepsiq.org/sepb/index.htm>

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
<http://www.fepsm.org/indexf.htm>

Asociación Española de Neuropsiquiatría
<http://www.asoc-aen.es/aAW/web/cas/index.jsp>

Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
<http://www.aepc.es>

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP)
<http://www.amrp.info>

Colegio Oficial de Psicólogos
<http://www.cop.es/>

Consejo General de Colegios Oficiales Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
<http://www.cgtrabajosocial.es/>

Consejo General de Enfermería en España
<http://www.actualidad.enfermundi.com>

INSTITUCIONES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES

World Health Organization (WHO)

Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/es>

World Psychiatric Association

Asociación Mundial de Psiquiatría
<http://www.wpanet.org/>

World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)

Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial
<http://www.wapr.net>

Webs de interés

World Federation of Mental Health (WFMH)

Federación Mundial para la Salud Mental
<http://www.wfmh.org>

World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD)

Asociación Mundial para la Esquizofrenia y los Trastornos Relacionados
<http://espanol.world-schizophrenia.org>

American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría)

<http://www.psych.org>

National Institute of Mental Health

(Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos)
www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm

National Mental Health Association

(Asociación Nacional de Salud Mental, Estados Unidos)
www.nmha.org/infoctr/factsheets/14.cfm

NAMI (National Association Mental Health)

Organización de ayuda mutua constituida de enfermos mentales, sus familiares y amigos
<http://www.nami.org/spanish/main.html>

Association of European psychiatrist

(Asociación Europea de Psiquiatría)
<http://www.aep.lu>

European Disability Forum (EDF)

Foro Europeo de las personas con discapacidad
<http://www.edf-feph.org>

Mental Health Europe (MHE)

Salud Mental Europa
<http://www.mhe-sme.org>

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)

Federación Europea de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedad Mental
<http://www.eufami.org>

OTRAS WEBS DE INTERÉS

Ministerio de Sanidad y Consumo

www.msc.es

Generalitat Valenciana.

Conselleria de Sanitat

<http://193.145.164.73/publicaciones/documentos/V.2514-2000.pdf>

Servicio Canario de Salud

http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/adultos/esquizofrenia.html

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/esquizofrenia_c.pdf

Programa de esquizofrenia del Hospital Clínic de Barcelona

<http://www.esquizofreniaclinic.org>

Portal de pacientes de Pfizer

<http://www.lavidapordelante.com>