



# *Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial y Familia*

---

*Trabajo Final de Grado*

*Modalidad: Monografía*

Estudiante: Deborah Dahiana Lombardi Repetti

CI: 5.145.951-1

Docente Tutor: Geraldina Silvana Pezzani Di Falco

Montevideo, julio 2017

# INDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>1. Esquizofrenia</b> .....	6
1.1 Etimología de la palabra Esquizofrenia.....	6
1.2 Proceso histórico del concepto.....	6
1.3 Definición de esquizofrenia.....	7
1.4 Desarrollo caracterológico de la esquizofrenia.....	8
1.4.1 Frecuencia, edad, sexo, curso, pronostico, causas.....	8
1.4.2 Características de cuadro clínico.....	9
1.4.3 Criterios diagnósticos.....	12
1.4.4 Tratamiento.....	13
<b>2. Rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia</b> .....	15
2.1 Generalidades.....	15
2.2 ¿En qué consiste y cómo se implementa la Rehabilitación Psicosocial Integral de la esquizofrenia? .....	17
2.2.1 Objetivos.....	18
2.2.2 Fases de la Rehabilitación .....	18
2.2.3 Rehabilitación Psicosocial en Uruguay .....	22
<b>3. Familia</b> .....	25
3.1 La influencia de la familia en el proceso de Rehabilitación Psicosocial.....	25
3.2 vicisitudes presentes en la vida familiar del enfermo.....	28
Consideraciones Finales.....	38
Referencias Bibliográficas.....	41

## **Resumen**

En el presente Trabajo Final de Grado, de modalidad monografía, se realiza una aproximación descriptiva de la esquizofrenia, incluyendo en ella su definición, y caracterización del cuadro clínico.

Se plantea para su tratamiento la implementación de un abordaje de rehabilitación psicosocial integral, exponiendo su conceptualización, objetivos del mismo y las fases mediante las cuales se lleva a cabo.

Asimismo, se expone la importancia de la intervención de la familia en el proceso mencionado, como promotora y proveedora de factores positivos para la rehabilitación. Se brinda la conceptualización de “familia”, para luego examinar ciertas vicisitudes que debe enfrentar la misma a raíz del desenlace de la esquizofrenia en un miembro del su grupo familiar.

Palabras clave: Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial, Familia

## **Introducción**

La presente monografía pretende destacar cómo la intervención de la familia de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, en el proceso de rehabilitación de la enfermedad, puede resultar un factor positivo para el mismo. A su vez se busca dar cuenta de las vicisitudes que vivencia la familia a raíz de la evolución de dicha patología.

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, que perturba profundamente la personalidad de quien la padece, afectando su manera de manejarse en la vida cotidiana, y también la de su familia.

Se ha observado que existe variedad de tratamientos para la enfermedad, como la psicoterapia individual, farmacoterapia con antipsicóticos, psicoterapia grupal y otros, pero ninguno de ellos propone un abordaje holístico de la persona con diagnóstico de esquizofrenia. Por lo tanto, se planea el proceso de rehabilitación psicosocial integral como tratamiento para la enfermedad, cuyo objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de la persona, incluyendo en dicho abordaje los aspectos personales y ambientales influyentes para el enfermo.

Con la implementación del mencionado proceso, se busca a su vez lograr el más alto nivel de autonomía que pueda alcanzar el individuo para desenvolverse en la comunidad.

Al plantear un proceso de rehabilitación psicosocial integral para la persona con esquizofrenia, partimos de la idea de que el mismo se puede ver favorecido por la intervención de la familia. Si bien se debe tener en cuenta que en algunos casos la participación de la misma no resulta positiva, en el presente Trabajo Final de Grado (TFG) se busca realizar una aproximación a los resultados favorables que aporta su intervención en el proceso, a través de su apoyo, comprensión, aceptación de la realidad del familiar enfermo, y conocimiento de la enfermedad.

En ese sentido, se ha planteado la importancia de la integración del grupo familiar al proceso. A raíz de dicho planteo, que coloca a la familia en una posición importante, se ha observado que generalmente para la misma el afrontamiento de la enfermedad resulta trabajoso, lo que suele desencadenar dificultades en la convivencia familiar.

La temática argumentada en los párrafos anteriores se desarrollará en la presente monografía describiendo en primer lugar, los aspectos clínicos fundamentales de la esquizofrenia, para poder comprender cómo transcurre la enfermedad y qué siente la

persona que la padece. Resulta necesario ahondar en su caracterización, para entender el porqué de la importancia de la implementación de un proceso de rehabilitación psicosocial integral. Si bien se plantean varios tratamientos para la esquizofrenia, el proceso mencionado aborda a la persona en su integralidad, incluyendo a su familia.

En una segunda instancia del TFG, se intentará realizar un recorrido descriptivo del modelo de rehabilitación psicosocial, explicitando su conceptualización, su objetivo, y fases de implementación. Es necesario tener en cuenta que no es un proceso “de manual” pronto para ser aplicado indistintamente, sino que debe adaptarse a las necesidades de cada paciente y apoyarse en un marco teórico de eficacia comprobada.

Se ha mencionado en párrafos anteriores que, en algunos casos, la familia resulta un pilar para dicho proceso, una fortaleza, que favorece significativamente la rehabilitación. Es por ello que se plantearán los aspectos positivos que brinda, a la vez que se la define como sistema, donde sus integrantes con sus particularidades interactúan entre sí influenciándose unos a otros.

A raíz de dicha concepción, al desencadenarse la esquizofrenia en un miembro de la familia, es inevitable que el hecho repercuta en el resto de los integrantes del grupo familiar, afectando sus vidas individuales y el funcionamiento familiar. En consecuencia, se generan situaciones perniciosas en la vida cotidiana, las cuales resultan difíciles de afrontar. Se observa que la calidad de vida del grupo familiar en su totalidad se ve afectada, perdiendo sus redes sociales de apoyo, y quedando expuestos a la estigmatización en torno a la enfermedad.

Concluyendo la temática que nos aborda, se insiste en remarcar las dificultades que debe atravesar la persona con diagnóstico de esquizofrenia. Asimismo, destacar cómo a pesar de ello, el proceso de rehabilitación psicosocial integral puede brindarle la posibilidad de emprender un camino hacia la recuperación de sus habilidades para el desarrollo autónomo en su vida cotidiana. Se hace énfasis en la influencia positiva de la intervención familiar en el proceso, así como también se subraya la importancia del proceso de rehabilitación para ayudar a ésta a afrontar las vicisitudes que se presentan en la convivencia cuando un familiar tiene esquizofrenia.

# **1-ESQUIZOFRENIA**

## **1.1. Etimología de la palabra Esquizofrenia**

El término “esquizofrenia” fue creado en 1911 por Eugen Bleuler, con el propósito de conjugar características afines en relación a un grupo de psicosis, caracterizado fundamentalmente por la disociación de las diversas funciones psíquicas. Asimismo, destaca aspectos importantes tales como: incoherencia del pensamiento, acción y afectividad (Laplanche y Pontalis, 1996).

Es un término de origen griego (σχίζειν y φρήν) que significa “hendir, escindir” y “espíritu”. Para Bleuler la composición de ambas palabras daría sentido a aquello que considera, el núcleo central de la esquizofrenia: la Spaltung, la disociación (Laplanche y Pontalis, 1996).

## **1.2. Proceso Histórico del Concepto**

En la primera mitad del siglo XIX, Esquirol, estudiando a las psicosis delirantes crónicas, se interesó en las monomanías, las cuales hacen referencia a diversas modalidades parciales de psicosis donde la figura del delirio se manifiesta a través de ideas de persecución, grandeza, alucinaciones psicosensores, despersonalización, y escisión del yo. Por su parte Morel, los califica de “dementes precoces” debido al inicio en la juventud de las alteraciones (Ey, 1978).

Posteriormente, se estableció que dichas psicosis afectaban a la personalidad en su totalidad, y no solo son modalidades parciales. Ey (1897) menciona que Hecker, la designó con el nombre de “hebefrenia” y Kalhbaum lo hizo bajo el nombre de catatonía, describiendo una perturbación mental caracterizada esencialmente por trastornos motores, y en la cual se manifiestan la catalepsia, inercia, manierismos, flexibilidad cética, hiprequinesia y patetismo de las expresiones (Ey, 1978).

Entre 1890 y 1907, Kraepelin retoma el nombre de Demencia Precoz propuesto por Morel. Define a la enfermedad como una “especie de locura” que se caracteriza por su progresiva evolución a la demencia, debido al debilitamiento psíquico y a los profundos trastornos de afectividad (Ey, 1978).

Es Eugen Bleuler quien en 1911 propone denominar a la Demencia Precoz como Esquizofrenia, describiendo sus síntomas principales como las cuatro “aes”, las cuales aluden a la alteración de la capacidad de asociación, afectividad, el autismo y la ambivalencia. Aclara que los esquizofrénicos se encuentran afectados por un proceso de disociación y autismo (Ey H, 1878). A su vez aporta criterios para el diagnóstico, manifestando que la presencia de tal disociación confirma el diagnóstico de esquizofrenia y la ausencia lo descarta (Vallejo, 1979).

### **1.3. Definición de esquizofrenia**

A partir del término planteado por Bleuler en 1911, Ey, H. (1978) define a la esquizofrenia como:

(...) psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en su pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p. 473).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2002), remite a la esquizofrenia como un trastorno psicótico, que se manifiesta mediante una alteración persistente, caracterizada por síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia y abulia) y positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico).

## **1.4. Desarrollo caracterológico de la esquizofrenia**

### **1.4.1. Frecuencia, edad, sexo, curso, pronóstico causas.**

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas y se presenta en el adolescente y el adulto joven. Suele manifestarse después de los 15 años de vida y antes de los 45 o 50 años. Dentro de dicho rango es entre los 15 y 35 años donde la morbilidad es más alta. Cuantitativamente el porcentaje entre hombres y mujeres es similar (Ey, 1978).

A diferencia de Henri Ey (1978), el DSMIV (2002) plantea una incidencia de la esquizofrenia levemente superior en hombres, así también la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016).

La expresión de la enfermedad es distinta en los diferentes sexos: el inicio en hombres es entre 18 y 25 años y en mujeres entre los 25 y 45 años, presentando estas últimas funcionamiento premórbido más favorable. A su vez las mujeres presentan una sintomatología afectiva, ideas delirantes paranoides y alucinaciones más acusadas. Los hombres por su parte, presentan más síntomas negativos. En relación al pronóstico de dicha enfermedad, en mujeres es más favorable que en los hombres (DSM-IV, 2002).

Los indicadores de buen pronóstico, remiten a presentar una historia de una adaptación adecuada en las áreas de funcionamiento social, sexual y emocional, previos la crisis desencadenante (Kaplan, Harold y Sadock, 1987).

La familia desempeña un papel preponderante en relación al pronóstico, ya que conforma una red de sostén para el enfermo. Si en la misma se manifiesta elevados niveles de tensión, se incrementan las probabilidades de recaer. No sucediendo así en caso de una familia más tolerante y paciente (Kaplan et al., 1987).

En lo que refiere a la etiología de la esquizofrenia, en las investigaciones realizadas con el fin de encontrar las causas, no se ha hallado un factor único, sino que se considera que puede presentarse a partir de factores de predisposición genética, ambientales y psicosociales (Organización Mundial de la Salud, 2016).

### **1.4.2. Características del cuadro clínico**

El cuadro clínico se basa fundamentalmente en el “Síndrome de Disociación” que alude a la disgregación de la vida psíquica con desestructuración de la persona y su pensamiento, tiñendo la personalidad en su totalidad (Ey, 1978). A partir del vacío creado por tal disociación, se genera el delirio autístico o Autismo, que engloba los “síntomas positivos” de la enfermedad (Ey, 1978).

Ey (1978) manifiesta que Síndrome de Disociación y el Autismo, constituyen dos polos característicos de la esquizofrenia, que a su vez son complementarios, y se encuentran unidos, relacionados a través de caracteres comunes que conforman el Síndrome de Discordancia. Dichos caracteres son:

- a- ambivalencia: es la experiencia de dos sentimientos antagónicos vividos en conjunto, pero sentidos separadamente en una especie de “yuxtaposición”, como por ejemplo amor-odio.
- b- extravagancia: a raíz de la distorsión de la vida psíquica la persona manifiesta actitudes extrañas o fantásticas.
- c- Impenetrabilidad: se manifiesta a través de relaciones incoherentes, se produce un hermetismo de sus proyectos, conductas e intenciones.
- d- desapego: se refiere al retraimiento de la persona hacia el interior de sí mismo.

### **Síntomas negativos**

-El aplanamiento afectivo: da cuenta de la restricción del ámbito emocional y su expresión. En algunos casos el sujeto no produce ninguna expresión facial ni corporal, y a veces llega a no establecer contacto visual (DSMIV, 2002).

Por su parte Kaplan et al. (1987), alude a dicho síntoma como respuestas emocionales reducidas, describiéndolas a modo de una reducción en la intensidad de las emociones. Plantea que suelen ser personas con actitud indiferente o totalmente apáticas. Otras con un nivel menor de afectación emocional suelen mostrar algún tipo de emoción o falta de profundidad de los sentimientos, sin que los restrinjan totalmente.

- La alogia se refiere a la pobreza del habla, se disminuye la fluidez y productividad de la misma (DSMIV, 2002).

- La abulia se caracteriza por la incapacidad de llevar adelante alguna actividad dirigida a algún fin. Por ejemplo, mostrando escaso interés en actividades sociales, así como en tareas que previo al inicio de la enfermedad resultaban importantes para el sujeto. Dicha situación se complementa con desmotivación, inactividad y pasividad, falta de espontaneidad y desvinculación social (DSMIV, 2002).

- La anhedonia es un síntoma frecuente, relacionado con la pérdida de interés y capacidad de sentir placer (DSMIV, 2002).

#### Síntomas positivos

-Las ideas delirantes pueden incluir diversos temas, como por ejemplo místicos, de grandeza, autorreferenciales, somáticos, de persecución, siendo estos últimos los más frecuentes (DSMIV, 2002).

Las convicciones delirantes son ideas falsas, que no se pueden corregir a través del razonamiento y no forman parte de un ambiente cultural, es decir, son idiosincráticas para el esquizofrénico. Generalmente tienen un contenido extraño, mágico, esotérico o barroco (Kaplan et al., 1987).

Con frecuencia se trata de delirios de persecución (síntoma clave de la esquizofrenia paranoide), a través de los cuales el enfermo se siente controlado por algún poder misterioso, el cual ejerce una influencia sobre él. Se presentan en la mayor parte de los enfermos, y para muchos resulta ser una experiencia a diario (Kaplan et al., 1987).

-Las alucinaciones pueden ser auditivas, visuales, gustativas, táctiles y olfativas, siendo las más frecuentes las auditivas, ya que generalmente el enfermo siente voces que percibe provenir del exterior, y no como producto de su pensamiento (DSMIV, 2002).

Kaplan et al (1987), habla de las alucinaciones como las experiencias sensoriales o percepciones que no tienen estímulo externo correspondiente. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, oír voces. Más específicamente dos o más voces “hablan” acerca del enfermo en tercera persona. A veces las voces se dirigen al sujeto y comentan lo que sucede a su alrededor, ya sea en forma de amenaza o de agresión. Muchas personas con esquizofrenia experimentan la audición de sus propios pensamientos.

Las cinestésicas son habituales y remiten a la sensación de estados alterados de algún órgano del cuerpo, por ejemplo: sensación de quemadura en el cerebro (Kaplan et al., 1987).

-El pensamiento y el lenguaje desorganizado, constituyen “síntomas positivos”. Por ejemplo, pueden estar hablando y de pronto perder el hilo de la conversación o cambiar de tema repentinamente, produciéndose una pérdida de las asociaciones (DSMIV, 2002).

Kaplan et al. (1987), al respecto, hace referencia a un bloqueo abrupto del pensamiento y algunas veces, de la totalidad de la actividad psíquica. Los pensamientos parecen bloquearse de repente de forma rápida e inadvertida, provocando que la persona deje de hablar en medio de la conversación. Una vez terminado el episodio de bloqueo, que puede durar segundos o minutos, la persona puede resultar perpleja y presentar dificultades para coordinar nuevamente su conducta. Si se hace el intento de preguntarle acerca de dicha experiencia, se tiende a dar respuestas referidas a una sensación física en la cual “alguien” estaba tratando de quitarle los pensamientos de su cabeza (Kaplan et al., 1987).

El pensamiento desorganizado a su vez puede apreciarse en el momento en que se le realiza una pregunta, obteniéndose como respuesta un “sin sentido”, evidenciándose la falta de coherencia entre pregunta y respuesta. (Kaplan et al., 1987).

En ocasiones el lenguaje alcanza un nivel de desorganización tan alto, que dificulta la comprensión de los otros. Los procesos de pensamiento son extraños y el enfermo se ve limitado de arribar a conclusiones basadas en la lógica universal. Asimismo, se da una concretización del pensamiento y la pérdida de la capacidad para generalizar correctamente y ordenar sus pensamientos (Kaplan et al., 1987).

Los enfermos de esquizofrenia no son capaces de situarse en el contexto en que se encuentran. Generalmente manifiestan una mayor respuesta a estímulos sin importancia y menor grado de respuesta a los que sí la tienen. En general se da una pérdida de la capacidad asociativa (Kaplan et al., 1987).

-El comportamiento desorganizado o catatónico: también forma parte de los síntomas positivos, tales como: comportamientos infantiles o impredecibles. Cualquier forma de comportamiento que tenga un objetivo, presenta dificultad, afectando la realización de actividades ordinarias de la vida cotidiana, como por ejemplo bañarse para mantener la higiene. El sujeto puede presentar características llamativas y significativas, tales como estar despeinado y vestirse de forma inusual. (DSMIV, 2002). Se incluye también el comportamiento catatónico, donde se da una disminución de la actividad motora en reacción al entorno, falta de atención, postura rígida. Se genera un negativismo a aceptar

ordenes, o por el contrario una actividad motora excesiva sin que haya existido un estímulo que la provoque (DSMIV, 2002).

Gabbard (2006) propone además de la clasificación de los síntomas en “positivos” y “negativos”, una tercera categoría, que refiere a **los desórdenes de las relaciones personales**, las cuales se caracterizan por un retraimiento de la persona, expresiones inapropiadas sexuales o agresivas, pérdida de percepción de las necesidades del otro, excesiva demanda a este, y grandes dificultades para establecer contacto con otras personas.

A partir de las características mencionadas, la esquizofrenia se puede subdividir en tipos, de acuerdo a los síntomas predominantes en cada caso. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV (2002) propone la siguiente clasificación: tipo paranoide, tipo desorganizado (hebefrénico), tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual (DSMIV, 2002).

### **1.4.3. Criterios diagnósticos**

Según el DSM.IV (2002), para el diagnóstico de la esquizofrenia, se deben cumplir por un período de un mes, dos o más de los síntomas de la fase activa (en la cual se desencadena la enfermedad). Tales síntomas son las ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizados, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos. También debe estar presente una disfunción de la actividad social y laboral, la persistencia continua por 6 meses de signos de alteración y debe excluirse el trastorno esquizoafectivo y el de estado de ánimo.

### **1.4.4. Tratamiento**

El carácter de cronicidad de la esquizofrenia no excluye que sea tratable, ya que es posible mediante la farmacoterapia y a través del apoyo psicosocial.

Gabbard (2006), manifiesta que, para el tratamiento de la esquizofrenia, es importante que se lleve adelante una comprensión psicodinámica de la enfermedad, más allá de la etiología de la misma y plantea los abordajes pertinentes de la siguiente manera:

### -Farmacoterapia:

La medicación antipsicótica es muy eficaz en lo que respecta al control de los síntomas positivos. Sin embargo, los síntomas negativos y los desórdenes de las relaciones interpersonales, se ven menos influidos por los fármacos, por lo que deben tratarse a través de abordajes psicosociales (Gabbard, 2006).

Muchas veces sucede, que no se cumple con la toma de la medicación, lo cual genera grandes posibilidades de recaídas, a posteriori de una estabilización. La prescripción de la medicación, se debe dar en un contexto de alianza terapéutica, o sea, teniendo en cuenta la experiencia personal del paciente en relación a todos los tratamientos recibidos (Gabbard, 2006).

### -Psicoterapia Individual:

La terapia individual es específica para cada trastorno y el proceso se da mediante fases. La primera consiste en la estabilización de los síntomas, desarrollo de alianza terapéutica y psicoeducación básica al paciente sobre su enfermedad. La segunda, consiste en ayudar al paciente a identificar aquellas señales afectivas internas, que están relacionadas con los estresores. Por último, en la fase avanzada, se trata de brindar herramientas al paciente para la introspección y para la resolución de conflictos y manejo de la crítica. En cada una de dichas fases, se adapta la terapia a las necesidades específicas de cada paciente (Gabbard, 2006).

### -Psicoterapia Grupal:

El momento óptimo para la implementación de una psicoterapia grupal es a posteriori que los síntomas positivos hayan sido estabilizados, debido a que, un paciente con una desorganización aguda, no es capaz de filtrar los estímulos ambientales para llevar adelante el proceso. En la misma se puede discutir el manejo de las alucinaciones auditivas y del estigma generado alrededor de la psicopatología (Gabbard, 2006).

### -Intervención Familiar:

Dicho ítem se desarrollará en profundidad más adelante en el presente trabajo. A modo de introducción, se debe reconocer que el tratamiento familiar, es decir grupal con la familia, sumado a la administración de psicofármacos, ha resultado sumamente satisfactorio. Gabbard (2006) sostiene que es la combinación de ambos abordajes resulta ser tres veces

más efectivo para prevenir recaídas, que la medicación antipsicótica administrada sin complemento terapéutico (Gabbard, 2006).

-Entrenamiento de habilidades psicosociales:

Se trata de un abordaje diseñado a la medida de cada individuo. Se busca aprovechar las capacidades de la persona al máximo, para incrementar su potencial y ayudarlo a desarrollar habilidades sociales. Del mismo modo, se procura optimizar el compromiso de la persona con su tratamiento. Dichas metas se encuentran dentro del marco de entrenamiento de las habilidades psicosociales. Gracias a las mismas, los porcentajes de recaídas disminuyen (Gabbard, 2006).

-Tratamiento hospitalario:

El hospital brinda un espacio similar a un refugio seguro para la persona, impidiendo que se dañe a sí misma o a otras. El equipo de tratamiento que trabaja en la institución, puede psicoeducar al paciente y a su familia, para generar las condiciones de un ambiente posthospitalario óptimo. La familia debería ser preparada al igual que el paciente, para aceptar el hecho de convivir con la enfermedad, debido a su carácter crónico. También deberían prepararse para favorecer la disminución de la incapacidad, y no centrarse en una cura permanente. En complemento, el equipo hospitalario debe transmitir esperanza a la familia y al paciente (Gabbard, 2006).

La hospitalización también busca que se restauren las defensas del paciente volviendo a retomar un funcionamiento satisfactorio en el desempeño de su vida cotidiana. A su vez, es desafiada la omnipotencia del paciente, al tener que ajustarse a las necesidades de los otros con los cuales comparte el establecimiento. Ello genera un nivel de frustración que es óptimo, debido a que lo expone a un desafío en relación a la realidad circundante. En conclusión, los pacientes esquizofrénicos, intentan reestablecer su mundo interno en dicho ambiente institucional (Gabbard, 2006).

## **2.REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA** **ESQUZOFRENIA**

### **2.1. Generalidades**

En las líneas previas, se ha intentado brindar una aproximación acerca del contenido sintomático y clínico de la esquizofrenia, dentro del contexto de las enfermedades mentales.

Shirley M. Glynn (2013), manifiesta que la medicación antipsicótica actualmente es el pilar del tratamiento para la esquizofrenia. Aun así, la misma no contribuye en la recuperación de las pérdidas sociales y personales que han sufrido las personas a raíz de la enfermedad, y tampoco dan la posibilidad de realización de los desafíos necesarios para llevar adelante una vida satisfactoria. Para tales efectos, las intervenciones de tipo psicosocial, pueden ser favorables en la adquisición o rehabilitación de las habilidades indispensables para llevar adelante una vida plena dentro de una comunidad. Lo que plantea esta perspectiva es que, las personas que tienen esquizofrenia son capaces de llevar adelante vidas productivas, más allá de continuar teniendo los síntomas de la enfermedad.

Anteriormente, algunos modelos de tratamiento eran llevados adelante enfocados en secciones individualizadas según el área de la vida de la persona que se buscaba tratar, y por lo general todos ellos centrados en la discapacidad. Este marco generaba un déficit que imposibilitaba una real rehabilitación psicosocial integral desde una perspectiva holística, psicodinámica (Vásquez, 2013).

La concepción planteada de discapacidad genera connotaciones socioculturales negativas en relación a la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (2001) plantea que dicha situación tiene sus orígenes en el modelo diagnóstico de las enfermedades mentales basado más que nada en la discapacidad. Por lo tanto, considera necesaria la reformulación del modelo, creando en el año 2001 la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). En la misma se plantea un nuevo modelo diagnóstico y una clasificación de los procesos salud-enfermedad, basándose en el funcionamiento relacionado a la salud, el cual en este contexto es concebido como “una noción globalizante para referir al nuevo paradigma que incluye tres componentes: las estructuras y funciones corporales, la actividad y la participación” (Vásquez, 2013, p.122).

El enfoque conceptual planteado influye en la evaluación para el diagnóstico, donde el funcionamiento de los factores contextuales (sociales y personales) se encuentra en articulación recíproca con los componentes ya mencionados (Vásquez, 2013).

Skarakis-Doyle (2010) buscó mejorar el modelo, integrando los factores personales y la percepción que la persona posee de su calidad de vida. La misma es definida por Schumaker y Naughton (1996) como una “percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (Schwartzmann, 2003, p.13). Lo medular del concepto de calidad de vida, radica en tomar conciencia que la percepción que tiene el enfermo en relación a su estado psíquico y social, depende mayormente de sus valores, creencias, contexto cultural y de su historia personal (Schwartzmann, 2003).

Se ha puesto de manifiesto, que las personas esquizofrénicas tienen un estándar de vida inferior y que, a su vez, cuanto más severos sean los síntomas, más bajo será el grado de calidad de vida. En tal contexto los abordajes psicosociales en combinación con tratamiento farmacológico y la elaboración de estrategias de afrontamiento, resultarían funcionales y favorables para mejorar la calidad de vida (Caqueo, Lemos y Serafín, 2008).

A partir de lo planteado y dadas las aristas que incorpora el modelo de funcionamiento propuesto por la OMS (2001), se incrementa la posibilidad implementar un abordaje holístico/integral para el tratamiento de la esquizofrenia, que tenga en cuenta los factores influyentes en el mismo y el cuidado de la salud, así como en la conservación y/o mejoría de la calidad de vida. Dicho modelo debe promover un funcionamiento adecuado y saludable, favoreciendo la superación de la discapacidad. Para llevar adelante dicho abordaje, Florit-Robles (2006) plantea que la intervención en la esquizofrenia sea dirigida hacia una rehabilitación de un modo integral.

La rehabilitación, según la Comisión de Intercentros del Uruguay (2005) es:

un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentra entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes (Vásquez, 2011, p.85).

Gabbard (2006), define rehabilitación psicosocial como “un abordaje terapéutico que estimula a los pacientes a desarrollar sus máximas capacidades a través de apoyos ambientales y procedimientos de aprendizaje” (p.202).

Por su parte, la calidad de vida se encuentra estrechamente vinculada a la rehabilitación, ya que, si bien en la enfermedad mental se pone de manifiesto la sintomatología clínica, los pacientes también sufren un elevado costo económico y social: la persona que tiene esquizofrenia se ve expuesta a la estigmatización que se produce sobre la enfermedad, ello se genera debido a que la esquizofrenia es la más identificada a la enfermedad mental por parte de la comunidad (Caqueo et al., 2008).

El concepto de “calidad de vida” no es independiente de los consensos culturales, los patrones de conducta de la persona y las expectativas que esta tiene, así como la del ambiente inmediato que la rodea. He aquí también su relación con la rehabilitación psicosocial, la cual busca recuperar la funcionalidad de las aptitudes para la vida, logrando un desempeño autónomo y reconstituyendo vínculos sociales, familiares y laborales (Florit-Robles 2006).

## **2.2. ¿En qué consiste y cómo se implementa la rehabilitación psicosocial integral de la esquizofrenia?**

Como se ha mencionado a lo largo de la presente monografía, el tratamiento de la esquizofrenia, debe estar integrado por diferentes componentes: el psicofarmacológico, la intervención psicosocial y todo lo que ella comprende. Debe haber una buena coordinación de dichos componentes para generar una red integral (Florit-Robles 2006).

### **2.2.1. Objetivos de la rehabilitación psicosocial**

Rodríguez (1997) en relación al objetivo de la rehabilitación psicosocial, manifiesta lo siguiente:

El objeto de la Rehabilitación Psicosocial es el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar el funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles (Florit-Robles, 2006, p.228).

A partir de lo que manifiesta Rodríguez sobre el objetivo principal de la Rehabilitación psicosocial, queda clarificado que los tratamientos que se basan exclusivamente en la perspectiva farmacológica, o pensiones económicas para solventar ciertos gastos que no pueden ser subsistidos a raíz de la discapacidad generada, no son lo suficientemente eficaces para una rehabilitación de las capacidades y recuperación de las relaciones sociales, ya que no contemplan el carácter psicodinámico de la enfermedad.

Al hablar de “normalización”, Rodríguez (1997), se refiere a ofrecer la posibilidad y apoyo para que la persona lleve un estilo de vida similar a la del resto de los miembros de la comunidad en la que vive y se desarrolla (Florit-Robles, 2006).

A través de la intervención psicosocial en la esquizofrenia, se busca reducir el impacto de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, sobre la vida del paciente. Para tal fin, es necesario obtener información sobre cómo se manifiesta el trastorno en la persona enferma, así como también el modo de relacionarse de la familia, a los efectos establecer estrategias para favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico y prevención de recaídas. Asimismo, se pretende lograr el fortalecimiento de su red social través de la rehabilitación de sus habilidades sociales. Es de destacar que uno de los objetivos fundamentales propuestos es el desarrollo de estrategias de afrontamiento al estrés por parte del paciente y su familia (Florit-Robles, 2006).

### **2.2.2. Fases de la rehabilitación**

Florit-Robles (2006) plantea una metodología de rehabilitación, conformada por fases, que no necesariamente deben ser lineales, las cuales serán descritas a continuación. Para trabajar en rehabilitación psicosocial es importante acercar los recursos al entorno natural de la persona, en lugar de sacarla de este, como solía hacerse con otro tipo de abordajes tradicionales.

#### **Fase de acogida**

Tiene el objetivo de generar y facilitar una adaptación del recurso y de la persona al proceso de rehabilitación individualizado que se llevará adelante. Se da un proceso interactivo entre las partes, donde la responsabilidad es compartida. El tiempo de duración de esta fase es variable de acuerdo a las características específicas del paciente.

Cuando una persona ingresa a un recurso de rehabilitación psicosocial, se enfrenta a una situación de estrés por ser novedosa, por lo tanto, es un aspecto que es importante cuidar, valorando la voluntariedad de la persona.

Al finalizar esta fase se busca que la persona y su familia entiendan cual es el objetivo de la rehabilitación, y ajusten sus expectativas, de manera que sean más realistas, lográndose un cierto nivel de compromiso y motivación. Por su parte, el recurso rehabilitador busca conocer cuáles son las necesidades iniciales, para poder comenzar con la individualización y adaptación de la evaluación a las mismas, así como también busca obtener información sobre los recursos de la persona y su entorno. Es necesario conocer de antemano la historia de tratamiento, a través de una coordinación interinstitucional, para no repetir intervenciones realizadas.

### Fase de evaluación

Una vez que en la fase de acogida se hayan logrado los objetivos que la misma se propone, se prosigue a la evaluación. La misma es guiada por un profesional responsable de todo el proceso, más allá de que el mismo se lleve a cabo con la colaboración de todo un equipo. Para esta etapa se suele utilizar la entrevista semiestructurada y la observación del paciente en su ambiente natural.

Es imprescindible obtener información de diferentes fuentes: del usuario, su familia, profesionales, y otros. Asimismo, de diferentes contextos. A la vez, se llevan adelante actividades en el centro de rehabilitación para poder valorar las habilidades y necesidades que tiene cada persona. Por ejemplo, es muy útil organizar una salida para observar cómo se orienta el paciente.

A través de la evaluación se busca valorar los objetivos que tuvo la derivación y las expectativas del usuario y la familia en relación al centro. Si bien esa área ya habrá sido indagada en la fase de acogida se retomará a lo largo del proceso. Otras áreas importantes a valorar son los datos biográficos y clínicos del paciente, incluidos en estos los antecedentes psiquiátricos familiares, ajuste previo antes del inicio del trastorno en relación a la escolarización, trabajo, relaciones interpersonales y de pareja. Se evalúa igualmente cómo fue el inicio de la enfermedad, cómo se desarrolló el primer brote esquizofrénico y cómo fue la respuesta de su entorno y su familia.

Se evaluarán aspectos relacionados a la enfermedad y su tratamiento, en relación a los datos que se puedan obtener sobre el estado de la enfermedad una vez que ya se precipitó,

por ejemplo: identificar cómo es la sintomatología positiva y negativa, la conciencia de la enfermedad, los factores de riesgo y de protección de crisis, tratamiento farmacológico y manejo de los recursos sanitarios.

La evaluación debe ser exhaustiva, incluyendo una valoración de la competencia personal del enfermo para el afrontamiento de determinadas situaciones y manejo de estados emocionales. A su vez, corresponde tomar en consideración el funcionamiento cognitivo, las actividades de la vida diaria y productiva, evaluando el funcionamiento actual en comparación al premórbido.

Se deben tomar en consideración actividades de ocio y tiempo libre, ya que es importante conocer los intereses pasados, actuales y los futuros para llevar adelante el plan individualizado que se implementará. Asimismo, hay que evaluar el estado psicomotriz y social del enfermo, como, por ejemplo: su competencia social, su red social y el núcleo de convivencia debido a que tiene marcada influencia en el proceso, y su grado de implicación en el mismo es un elemento decisivo para lograr un resultado exitoso.

#### *Fase de establecimiento del plan individualizado de rehabilitación (PIR)*

Una vez definidos en la etapa anterior el déficit que hay que disminuir, y aquellas fortalezas en las que se puede apoyar una futura intervención, se fijarán los objetivos para esta última. Los mismos deben ser acordados con el usuario, y con la familia (si es que está implicada). Además, se resuelve junto al usuario cuál es la mejor manera para alcanzarlos. Cada factor que se decida debe registrarse en el PIR.

En la elaboración del plan, el usuario debe aceptar trabajar algunas necesidades percibidas por el profesional, y este último de la misma manera, aceptar trabajar necesidades percibidas por el usuario, siempre y cuando las mismas no sean contraproducentes al proceso de rehabilitación. Así surge entonces un acuerdo entre ambas partes sobre el PIR. En dicha negociación, entran en juego los recursos que el centro pone a disposición del proceso, y las necesidades que percibe la familia del usuario.

Los objetivos establecidos no deben ser extensos y difíciles de alcanzar, deben basarse en metas alcanzables a partir de cierto esfuerzo, manteniendo una atmósfera lo más realista posible en relación a las capacidades del sujeto, así como de su entorno. En los casos donde se produce un cambio en la vida de la persona, se puede y debe readaptar el PIR a las nuevas capacidades y posibilidades de la persona, ya sea el cambio positivo o negativo.

### Fase de intervención

Esta fase varía de acuerdo al sujeto y al PIR establecido. Durante la misma el sujeto debe ser acompañado por un profesional de referencia que se encargue de mantener informado y motivado al paciente acerca del proceso.

Para el equipo rehabilitador debe estar claro que el objetivo del proceso es lograr la mejora en la calidad de vida del sujeto. Esto es sumamente importante para que se logre una creatividad en las intervenciones, y no se caiga en la aplicación de programas de intervención estructurados o predefinidos y listos para ser llevadas a la práctica sin tener en cuenta las individualidades del paciente. Si bien deben basarse en programas de intervención de eficacia contrastada, es necesario que los mismos se adapten a las necesidades y realidad de cada individuo particular, ofreciéndoles solo aquellas alternativas que les resulten útiles.

Esta fase se basa en cuatro pilares esenciales; las tutorías entre profesional de referencia y usuario, apoyo a las familias, elección de programas de rehabilitación entre profesional y usuario, y programas abiertos de recreación sin objetivos específicos

### Fase de seguimiento

Una vez que se considere que los objetivos planteados para la rehabilitación fueron cumplidos, se prosigue con la fase de seguimiento. La misma consiste en que el paciente logre un desenganche del centro de rehabilitación y de los profesionales. Debe llevarse delante de forma progresiva y bien planificada para que el paciente no se encuentre de un día para el otro sin recursos de apoyo de rehabilitación. Se busca que logre la mayor autonomía posible para que no haya una necesidad de por vida de ser asistido por un psicólogo o realizar este tipo de intervenciones.

En los casos en que el desenganche resulta complicado para el paciente, se brinda en una atención y apoyo sostenidos en el tiempo, generando así el mantenimiento de la persona en su comunidad con una calidad de vida satisfactoria.

A modo de conclusión en relación al proceso de rehabilitación psicosocial descripto, Florit- Robles (2006), plantea que debe ser esencialmente interdisciplinar, ya que, si no, no podría alcanzar los objetivos propuestos. Es la complementariedad de enfoques y profesionales la que contribuye al logro de la rehabilitación psicosocial. A su vez, debe haber un modelo de referencia teórico que indique una modalidad de realizar las cosas, no

todo vale en rehabilitación psicosocial. Y siempre se debe tener presente el objetivo principal de la misma, que es mejorar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (Florit-Robles, 2006).

Se debe considerar que una correcta coordinación entre la institución, paciente y familia es estructural para el proceso, por eso se le atribuye gran importancia (Florit-Robles, 2006).

### **2.2.3. Rehabilitación Psicosocial en Uruguay**

A raíz de lo propuesto, resulta pertinente hacer mención de la rehabilitación psicosocial en Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP) en Uruguay, según lo propuesto por Renée del Castillo, Mariana Villar y Denisse Dogmanas (2011) en el texto “Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay”. Tomando como referencia la propuesta de Florit-Robles, se pretende dar una aproximación en relación a qué se ha hecho y se conoce sobre rehabilitación psicosocial en nuestro país.

En Uruguay, el prestador integral de salud es ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado). Los servicios que ofrece en salud mental, se integran en una red conformada por diferentes dispositivos. Los mismos son los mencionados a continuación: 1) Colonias psiquiátricas (Snatín Carlos Rossi, Bernardo Etchepare): hoy en día representan como el “residuo”, lo que queda de la asistencia en asilos; 2) Vilardebó, el cual se desempeña como el hospital de agudos, donde se lleva adelante programas que tienden a la rehabilitación; 3) UCEA (Unidad de Coordinación de Egreso Asistido) también se desarrolla en Vilardebó, con el fin de lograr el egreso del hospital, con apoyo de residencias asistidas; 4) Unidades de salud mental ubicadas en los hospitales de todo el país; 5) Centros diurnos de rehabilitación psicosocial (Vilardebó, centro diurno Sayago, centro de Pando, de Montevideo y proximidades); 6) equipos comunitarios de salud mental (Del Castillo et al., 2011).

En Uruguay la oferta asistencial es menor en el sector mutual que en el público. Asimismo, todos los centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo (y sus proximidades) funcionan en coordinación a través de una “Red de Intercentros de Rehabilitación” (Del Castillo et al., 2011).

En lo que respecta a las actividades que contemplen la capacitación y una posterior inserción laboral, existen pocas las propuestas adaptadas a personas con TMSP. Alguna

de ellas son: “cooperativa de mensajería y distribución de correspondencia”, “programas de pasantías laborales”, “programas de capacidad laboral” (Del Castillo et al., 2011, p. 92).

En Uruguay existen dispositivos residenciales, y de residencias asistidas. Las mismas están abarcadas en un “Programa Nacional de Residencias Asistidas”, que se incluye en la gama de abordajes psicosociales y servicios que persiguen el objetivo de que la persona logre una inserción laboral y social en la comunidad (Del Castillo et al., 2011).

Las mencionadas residencias se enmarcan en distintas modalidades de abordaje que van desde el nivel más protegido al más autónomo en relación a los cuidados del paciente. En las que se da un alto nivel de protección están incluidas las casas de medio camino, residencias asistidas y apartamentos asistidos; el nivel más autónomo se constituye por apartamentos autónomos, residencia individual, pensiones y convivencia familiar y familias sustitutas. Las propuestas mencionadas están dirigidas a personas que pueden convivir con otras pero que aun así necesitan de cuidados especiales por presentar un gran déficit para desenvolverse a nivel social y en la vida cotidiana. El sistema residencial debe constituirse por varios niveles de residencias para que las personas puedan circular en él, a partir de la autonomía que vayan adquiriendo. Cada propuesta es tomada como una etapa la cual debe ser adaptada a las necesidades de cada residente, donde a su vez la supervisión del equipo profesional sea brindada en proporción al grado de autonomía logrado (Del Castillo et al., 2011).

Del Castillo et al. (2011), plantea que en nuestro país hay pocas experiencias residenciales que sean dirigidas específicamente a personas con TMSP, que apunten a la integración social de las mismas, al logro de una mejora en su calidad de vida. Estas carencias, generan (entre muchos otros factores) que los ingresos a colonias persistan, se mantengan vigentes y, en consecuencia, determine la institucionalización de la persona. Es por ello que el desarrollo de programas de residencias asistidas es clave, para un proceso de rehabilitación psicosocial, ya que las mismas promueven la desinstitucionalización, la inclusión laboral y familiar.

Por otra parte, Ministerio de Salud Pública en 2011, comienza a exigir que todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en todo el país implementen prestaciones en salud mental que incluyan psicoterapias individuales y grupales dirigidas a personas con trastorno mental severo y persistente, y que las mismas se orienten a la

rehabilitación. A su vez deben desarrollar e implementar intervenciones psicosociales para sus familias (Del Castillo et al, 2011).

En Uruguay, son pocas las personas que son asistidas por dicho abordaje y las propuestas de un modelo terapéutico integral que contemple factores biopsicosociales, culturales y ambientales también son escasas. Se ve la necesidad de reforzar la capacitación de los recursos en salud mental, integral y comunitarios, para el abordaje adecuado de las personas con TMSP y su familia. Aún es alto el número de personas institucionalizadas, y es una cuenta pendiente reducir el mismo. Asimismo, es fundamental mejorar la calidad de vida de las personas internadas, su capacitación para el desempeño en la vida cotidiana y para el egreso, a partir de un adecuado diagnóstico (Del Castillo et al., 2011).

Del Castillo et al. (2011) manifiestan que resulta importante el desarrollo de políticas de sensibilización dirigidas a la comunidad, para que efectivamente se incluya a las personas con TMSP, tanto a nivel social como laboral. Así también se espera que se lleven adelante futuras acciones que tengan el propósito de mejorar la accesibilidad a procesos de rehabilitación psicosocial integral, promoviendo la participación activa de la persona, ejerciendo sus derechos como ciudadanos, y teniendo acceso a los recursos sociales y culturales de la comunidad en la que vive.

## **3.FAMILIA**

*“No hay período del desarrollo en donde lo humano exista fuera del reino de las relaciones interpersonales.”*

*(Gabbard, 2006. Pág. 183).*

### **3.1. La influencia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial**

La familia es entendida por Herrera (1997) como un “sistema” constituido por “subsistemas”, los cuales representan a los miembros de la familia. Esta última, al mismo tiempo se encuentra incluida en un sistema mayor, la sociedad.

Gabbard (2006) plantea que la familia como sistema, cumple un papel protagonista sobre el individuo en todas las etapas de su vida. A su vez, Kaplan et al (1987) menciona que la misma constituye un factor de suma importancia en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. Al respecto Gabbard (2006), sostiene que, de las intervenciones psicosociales en la enfermedad, la de la familia es la que más eficacia tiene; si es efectuada de forma prolongada en el tiempo resultará sumamente efectiva para disminuir el porcentaje de recaídas.

Se ha observado que el hecho de involucrarse la familia en el proceso de rehabilitación le brinda a la misma la posibilidad de acceder a la psicoeducación acerca de la enfermedad en cuestión. A través de dicha herramienta se le puede brindar información sobre la esquizofrenia, apoyo emocional y consejos sobre diferentes modos de manejarse en la vida cotidiana. A raíz de la intervención familiar, puede obtenerse resultados sumamente positivos en la rehabilitación (Gabbard, 2006). Fresán et al. (2001) al respecto manifiesta que el aprendizaje que otorga dicha herramienta sobre la esquizofrenia habilita a la generación de estrategias para afrontar los problemas que acarrea la misma, y así brindar el apoyo adecuado al enfermo.

El conocimiento adquirido sobre la enfermedad, ayuda a asumir la situación del enfermo tal cual es. Al decir de Gradillas (1998), tal asunción es un aspecto positivo para la rehabilitación, ya que, al aceptar la realidad que les atraviesa, la familia no se entusiasma con expectativas que tienen que ver más con el deseo que con las posibilidades reales. El

admitir el presente que los aborda, el estado actual del enfermo, y su carácter crónico, hace que la familia no le exija logros que no puede lograr por el hecho de no tener las capacidades necesarias. Así también, se ha observado que se disminuye considerablemente el estrés del enfermo, y aquellos factores estresores facilitadores de recaídas. La familia que acepta la enfermedad en su real dimensión, está capacitada para apoyar al familiar enfermo a potenciar las capacidades conservadas, y a readaptarse al mundo a partir de su nueva situación.

Es de destacar, que las intervenciones familiares que se dan de formas estresantes, se ven asociadas a un mal pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, si la familia del paciente, es armónica y no promulga la estigmatización con las conductas y emociones expresadas, puede favorecer notablemente el pronóstico (Glynn, 2013).

Caqueo et al. (2008), a la vista de dicha situación, hace referencia al “funcionamiento familiar” como el “resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar” (p. 578). Dicha psicopatología atraviesa toda la dinámica y el funcionamiento familiar, por lo tanto, el núcleo más cercano al paciente debe de adquirir cierta característica de plasticidad que le permita la adaptación a los cambios que se irán presentando a lo largo de la enfermedad.

De igual modo se debe de tener en cuenta que cuando existe un funcionamiento familiar óptimo, el mismo favorece a la búsqueda de nuevas estrategias de afrontamiento, fomentando mayor adherencia a los tratamientos, posibilitando mejoría en la adaptación al entorno social y en lo comportamental (Caqueo, et al., 2008).

Los autores antes mencionados, básicamente han dejado plasmado, en lo que refiere a la intervención de la familia en la rehabilitación psicosocial, que, gracias a la comprensión de la esquizofrenia por parte de la familia del enfermo, su aceptación, adquisición de estrategias de afrontamiento, y a su vez, oficiar de red social de sostén, facilitan el proceso; lo estimulan e influyen de manera exitosa. Así como también favorece a la prevención de recaídas, identificando factores estresantes propicios de las mismas.

Al respecto se ha observado que las intervenciones familiares han demostrado poseer un elevado nivel de eficacia en la disminución de recaídas, en la mejoría del funcionamiento social y del clima familiar (Inglott, Touriño, Baena, y Fernández, 2004).

Según Muela y Godoy (2001), dichas intervenciones se encuadran en una “teoría de la vulnerabilidad”, desde la cual la familia resulta importante a la hora de promover la toma de

medicamentos y la reducción de estrés proveniente del ambiente, el cual se traduce en lo que se denomina Emoción Expresada (de ahora en adelante “EE”). Esta última al decir de Leff y Vaughn (1985), es una variable que “se muestra como el mejor predictor de recaídas en esquizofrenia” (p.1), debido a que el riesgo de que las mismas tengan lugar aumenta en aquellos pacientes que luego de una internación en un centro, vuelven a un hogar con una familia que presenta altos niveles de EE. Dicho tipo de familias se caracteriza por tener al menos un miembro que expresa crítica negativa hacia el enfermo y su conducta, hostilidad y sobre implicación emocional, la cual se deja ver a través de sentimientos y actitudes que tiene el familiar, mediante los que manifiesta desesperanza, sacrificio por su parte, sobreprotección al enfermo, y demás (Muela y Godoy, 2001).

A partir de lo expuesto se denota la influencia que la familia puede ejercer sobre el curso de la enfermedad. Dicha familia es definida por Merino y Pereira (1990) como “una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad” (p.12), por ello, Muela y Godoy (2001) plantean que la Intervención Familiar en la esquizofrenia es el tratamiento de carácter psicológico que más eficacia posee en relación a la rehabilitación, por la influencia positiva que pudiera ejercer en el mismo.

Existen varios modelos para llevar adelante una Intervención Familiar, pero hay una serie de requisitos que deben tener todos ellos en común, los mismos son: 1) colaboración de la familia, concientizando a la misma de la importancia de su implicancia y colaboración; 2) brindar conocimiento a la familia sobre la enfermedad y como la misma se relaciona con el estrés; 3) ofrecer a la familia estrategias de afrontamiento al estrés; 4) brindar a la familia herramientas para detectar signos de recaídas para intervenir de forma temprana; 5) continuidad en la toma de medicación por parte del enfermo; 6) ayudar a la familia a ajustar sus expectativas a un nivel realista (Muela y Godoy, 2001).

Como un ejemplo de Intervención Familiar en la esquizofrenia, se expone el Estudio de Andalucía creado por Muela y Godoy (2001). En el mismo se propone desarrollarla en cuatro fases, a través de las cuales se busca reducir los niveles altos de EE de la familia, aumentar el conocimiento de esta última sobre la enfermedad y disminuir el estrés y carga subjetiva de la familia (Muela y Godoy, 2001).

Dichas fases constan de: “evaluación” de la situación general del paciente y su familia; “psicoeducación” en sesiones con la familia, para brindarles información acerca de la enfermedad, y orientarles sobre formas prácticas de proceder frente a la psicopatología en

cuestión; “intervención individualizada” , la cual consiste en sesiones con el paciente y la familia donde se pretende llevar a situaciones de la vida cotidiana lo aprendido en la fase anterior, asimismo se plantean actitudes a modificarse en la familia para mejorar el clima familiar y disminuir el estrés; y por último la fase de “seguimiento”, donde cada determinado período de tiempo se realizan llamadas por teléfono a las familias para que estén brinden información del paciente y la satisfacción familiar (Muela y Godoy, 2001).

Dada la influencia de la familia en cada etapa de desarrollo de la vida de un individuo, se denota la importancia de su implicación en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia. Por ello el despliegue de las Intervenciones Familiares en dicho proceso resulta imprescindible para el logro de un resultado positivo y consecutiva mejoría en la calidad de vida, tanto de la familia como del enfermo.

### **3.2. Vicisitudes presentes en la vida familiar del enfermo**

Según lo planteado en líneas anteriores de la presente monografía, la familia se conceptualiza como un sistema que está compuesto por subsistemas (miembros) y, a su vez, el mismo queda incorporado dentro de un sistema mayor: la sociedad (Herrera, 1997).

Beavin y Jackson (1971) por su parte realizan sus aportes a dicha conceptualización de familia como sistema, manifestando que el mismo, es un conjunto de objetos, que establecen relaciones y poseen atributos. Tales relaciones son las que mantienen unido al sistema. Los objetos mencionados, en el caso de la familia, están representados por seres humanos individuales, y los atributos lo están por sus conductas y capacidades comunicacionales. Los objetos son “interaccionales”, ya que se comunican unos con otros (Berenstein, 1987).

Es de destacar que existen dos tipos de sistema: cerrado, donde no existe intercambio, y abierto donde si lo hay. Ejemplo de este último es la familia, quien a su vez puede abrirse en dos direcciones, una de ellas implica hacerlo hacia el mundo interno familiar, donde se intercambian vivencias y, por otra parte, el sistema puede estar abierto hacia el exterior, hacia el sistema social, que impone normas y determina valores de acuerdo a los cuales los miembros de cada sistema/familia debe vivir (Berenstein, 1987).

Asimismo, Beavin y Jackson (1971) declaran que la familia es un sistema estable, y se mantendrá así siempre y cuando algunos de los valores establecidos por el sistema social se mantengan en equilibrio (Berenstein, 1987).

La familia como sistema y grupo social, es generadora de nexos muy estrechos, muy fuertes. Ello da lugar a que, cuando ocurre la modificación de la situación de unos de sus miembros, se genere ineludiblemente modificaciones en los otros, y así sucesivamente en la familia en su totalidad. Esta última como sistema constituye una unidad integrada, la cual no es reducible a la suma de las partes, sino que debe entenderse como un conjunto de interacciones (Herrera, 1997).

Berenstein (1987) al respecto, manifiesta que cuando se desencadena una enfermedad mental como la esquizofrenia en uno de los miembros de la familia, se genera un desequilibrio en el sistema. Tal hecho constituye una experiencia muy perturbadora para todo el grupo familiar, a través de la cual queda esclarecida la necesidad de la puesta en marcha de un proceso de adaptación a la nueva situación del enfermo y su familia. Sin embargo, se ha observado que tal proceso resulta dificultoso en la mayoría de los casos. A raíz del desencadenamiento de la enfermedad se genera incertidumbre, desasosiego por las situaciones de convivencia con el miembro enfermo, a causa de las situaciones problemáticas que se presentan a diario (Orradre, 2000).

Se ha visto que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que genera más dificultades en la relación familiar. La misma produce efectos negativos sobre el enfermo y la convivencia, que habitualmente sobrecargan a la familia. Se afecta toda la dinámica familiar entre la persona enferma y el grupo (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997).

En relación a ello Fresán et al (2001) expresa que la nueva situación que se presenta a raíz de la enfermedad, da lugar a trastornos y limitaciones en la vida de todo el sistema, principalmente de aquellos miembros que están a cargo del enfermo, generando una percepción de sí mismos que alude a un control restringido de sus propias vidas. Lo anterior se vincula con el hecho de que, por lo general, las personas con enfermedad mental dependen de sus familias, de las cuales obtienen un sustento emocional, y práctico, necesario para vivir el día a día (Gynn, 2013).

De igual modo, se ha observado que dichos miembros de la familia al sentir que tienen una restricción en la toma de sus decisiones y actividades, resultan insatisfechos de su cotidianeidad, debido a que no poseen la libertad absoluta de tomar decisiones

independientes a la situación del familiar enfermo, a causa a su dependencia de la familia. A su vez dicha restricción se ve favorecida por las situaciones conflictivas generadas en torno a la enfermedad, las cuales generan estrés y tristeza en la familia.

En vistas de dicha situación, los familiares se sienten sobrepasados por las circunstancias que atraviesan con el enfermo. La esquizofrenia generalmente se desarrolla a finales de la adolescencia, que es el momento evolutivo en el que se asume que la persona va a independizarse del cuidado de su familia, pero a causa del desenlace de la psicosis no lo puede llevar a cabo. Ello genera frustración en el sistema. Ese sentimiento se relaciona directamente con el hecho de convivir con síntomas impredecibles, que generan temor e incertidumbre en la familia (Glynn, 2013).

Asimismo, otro aspecto de la enfermedad que resulta muy difícil a la familia comprender es la sintomatología negativa, ya que, al momento de precipitación de los síntomas, puede no contar con la información adecuada y suficiente sobre la enfermedad. Ello muchas veces lleva al grupo a experimentar sentimientos de vergüenza por causa del enfermo, tratando de ocultarlo de los demás (Rascón et al., 1997).

En relación a las problemáticas planteadas sobre las vivencias de la familia a raíz del desenlace de la esquizofrenia, Anderson, Raiss y Hogarty (1986), realizan un recorrido descriptivo de la experiencia familiar frente a la misma, brindando un panorama de las vicisitudes que se presentan en la convivencia, en la interna de la vida familiar, cuando se está frente a una enfermedad mental tan perturbadora. A través de dicho recorrido se vislumbran algunos de los sentimientos que habitualmente experimenta la familia frente al enfermo, y las conductas que desencadenan de ellos.

De acuerdo a la mencionada descripción de las vivencias familiares, se ha observado que ante la presencia de un familiar con esquizofrenia se genera sentimientos de miedo y angustia, debido a que el comienzo de la enfermedad conlleva varios cambios de tipo emocional, cognitivo y conductual. Tales sentimientos se complementan con un desconocimiento e incertidumbre por parte de la familia respecto a la enfermedad, lo que desemboca en ese miedo, el cual surge como respuesta a lo inhabitual de determinadas conductas del familiar enfermo. Se ha visto que se genera un cuestionamiento por parte de los demás miembros de la familia, en relación a cómo enfrentarse a la nueva situación, cómo manejar las conductas peligrosas que pueda llegar a ejercer el familiar afectado, no solo para con los demás, sino para consigo mismo. Dichos comportamientos además de

(ocasionalmente) incluir actos violentos, también consisten en actitudes de despreocupación por sí mismos como, por ejemplo, vagar solos por las noches en las calles mientras su familia se encuentra preocupada por lo que pueda pasarle, sin saber dónde está. Asimismo, las amenazas de suicidio por parte del enfermo son habituales y constituyen una conducta peligrosa (Anderson et al., 1986).

La culpa es otro sentimiento habitual que experimentan los familiares y se genera a raíz del desconocimiento de las causas de la enfermedad, lo cual muchas veces lleva a pensar a la familia que ella es culpable de la misma. A su vez manejan la posibilidad de que tal vez algo que hicieron o dejaron de hacer, fue el motivo del desencadenamiento de la esquizofrenia (Anderson et al., 1986).

Por otra parte, otra de las situaciones que afectan la vida familiar tiene que ver con la estigmatización. Se ha visto que las personas que padecen enfermedades mentales conforman uno de los grupos más estigmatizados de la sociedad, debido a la poca información adecuada que se difunde sobre dichas psicopatologías, y al miedo que se genera alrededor de ellas por la publicidad que se les da, la cual le otorga fama de violentos a los enfermos mentales. Por tal estigmatización (a veces en conjunto en desconocimiento de la enfermedad por parte de los familiares) es frecuente que la familia experimente sentimientos de vergüenza cuando el enfermo ejecuta conductas extrañas (Anderson et al., 1986).

En relación a lo anterior, Rascón et al. (1997) da cuenta de que luego de la primera recaída, a causa del desconocimiento y por ello, un sentimiento de vergüenza, los familiares del miembro enfermo comienzan a perder los contactos con parientes y amigos, aislándose y reduciendo sus redes sociales.

Como se deja ver a lo largo de estas líneas, la estigmatización conlleva un gran costo para la vida del enfermo y su grupo familiar.

A medida que transcurre la enfermedad, se va estableciendo una frontera entre la familia y la comunidad, por los factores arriba expuestos. Pero dicha situación también se genera a raíz del deber y responsabilidad que conlleva hacer frente a la esquizofrenia. Como se mencionó, se genera un aislamiento de la familia, el cual disminuye progresivamente la tolerancia al estrés de la misma, aumenta el distanciamiento de parientes y amigos y se acentúa el sentimiento de falta de apoyo, lo que hace sentir al grupo desconectado de la comunidad (Anderson et al, 1986).

Asimismo, la frustración, constituye una emoción muy presente en el sentir de la familia, invadiendo las relaciones y vida familiar en la totalidad de sus componentes. Es una actitud común que intente ayudar a través de todas las formas posibles al enfermo, pero al hacerlo, buscan a su vez que el sistema se mantenga en condiciones estables y predecibles. Frente a dicha enfermedad, lograr lo anterior resulta una tarea ardua, que muchas veces se puede lograr en un mínimo grado, pero generalmente los resultados son negativos. La familia intenta mantener una estabilidad a través de mecanismos resolutivos habituales, que no se adaptan a la nueva realidad, y con ello no se llega al objetivo propuesto, generando cada vez más frustraciones a los familiares. Dicha emoción, al presentarse con una frecuencia crónica, genera ira. Incluso cuando la familia entiende que su familiar está enfermo, resulta imposible o muy dificultoso dejar de enojarse frente a sus conductas. Esta emoción se ve frecuentemente en aquellas familias donde consideran que el enfermo puede controlar sus conductas, y que debe esforzarse por hacerlo, de lo contrario se le tilda de manipulador, o perezoso (Anderson et al, 1986).

En relación a lo anterior, se ha observado que el hecho de no conocer las causas de la enfermedad, puede desembocar en actitudes negativas por parte de los familiares, los cuales pueden llegar a expresar hostilidad y rechazo hacia el miembro enfermo, así también alto grado de ansiedad. En ocasiones se genera la creencia de que la única forma de liberarse de la enfermedad puede consistir en no aceptarla (Rascón et al, 1997).

El desenlace de la esquizofrenia, genera a su vez gran tristeza y duelo en los familiares. Se sienten angustiados por el desvanecimiento de sus propios sueños y de las esperanzas de que el enfermo se recupere. Dichos sentimientos son más intensos cuando los familiares caen en la cuenta por primera vez, de que el miembro afectado, jamás volverá a ser como antes.

Las emociones mencionadas, se ven inevitablemente acompañadas, complementadas con respuestas conductuales, las cuales en su conjunto dejan en manifiesto la situación de crisis que atraviesa la familia, las dificultades de adaptación, los sentimientos ambivalentes que provoca su nueva realidad, y las herramientas de las que un individuo y la familia en su totalidad, puede valerse para salir adelante frente a las dificultades que se le presentan en la vida cotidiana.

Se intentará realizar una aproximación a dichas conductas por parte de la familia frente al desencadenamiento de la esquizofrenia. Pero es importante tener en cuenta que, cada

familia en particular actuará de distintas maneras, de acuerdo a las herramientas que posea para sobreponerse a la enfermedad y las dificultades en la convivencia familiar que se generan a raíz de la misma (Caqueo et al., 2008).

En principio cabe mencionar que, generalmente la familia busca adaptarse a la nueva situación que atraviesa y normalizarla. Es decir, el grupo intentará incorporar a la rutina familiar las nuevas conductas de la persona enferma, para adaptarse a las mismas, y que no les resulten extrañas, haciendo de ellas algo “normal”, habitual, sin cuestionarse a diario sobre las mismas. Este mecanismo suele tener éxitos al comienzo de la enfermedad, cuando el mismo es lento e insidioso, pero, cuando los síntomas son más acusados, aumenta la disfunción de la persona enferma, y eso hace que la adaptación a su funcionamiento se torne dificultosa, y el mecanismo antes mencionado pierde totalmente su eficacia, obligando a la familia a convivir con ajustes constantes en el sistema familiar (Anderson et al., 1986).

En consecuencia, frente a las conductas que adopta el ser querido enfermo, la familia suele recurrir a ruegos y halagos, incluso a la persuasión para que abandone tales comportamientos: es habitual, natural, instintivo que los familiares cuando no comprenden la enfermedad intenten convencer al miembro enfermo del sin sentido de sus ideas, de la falsedad de su sistema de creencias. No es extraño que realicen esfuerzos por movilizarlo mediante ruegos o halagos para que se comporte de una forma más acorde a las normas sociales establecidas. Lo que sucede cuando se desencadena una enfermedad mental, es que, a falta de una discapacidad física observable, la familia suele asumir que el miembro afectado puede controlar lo que siente. Es por ello que pasan largos periodos de tiempo tratando de convencerlo de que cambie sus conductas, todo ello sustentado en la errónea creencia de que los mismos controlan su sintomatología. Incluso cuando se ha manifestado la ineficacia de la persuasión, muchas familias insisten en practicarla (Anderson et al., 1986).

A su vez, en relación a la comunicación familiar, se ha observado que es característico que el miembro que tiene esquizofrenia presente una disfunción de la misma, manifestando declaraciones extravagantes o sin sentido. Frente a ello, el grupo familiar sin comprender o aceptar dicha sintomatología, habitualmente, intenta encontrar en tales manifestaciones algún elemento que indique que la persona está consciente de la realidad, al menos en un mínimo porcentaje. Tienen la esperanza de hallar en el núcleo del mensaje algún elemento que permita una comunicación sobre un tema coherente y real. Dicha práctica, acompañada

de ese sentimiento esperanzador, resulta un trabajo frustrante, agotando a la familia, lo cual con el paso del tiempo puede llevarla a adquirir el hábito de comunicarse de formas extravagantes, insólitas (Anderson et al, 1986).

Lo anterior se relaciona con la actitud que muchas veces asumen los familiares, de ignorar la conducta extravagante del enfermo. Aquellos comportamientos que no requieren de una respuesta por parte de la familia, son omitidos por esta última. El ignorar dichas conductas da cuenta de la esperanza que mantienen, de que las mismas “desaparezcan”. Muchas veces existe la falsa creencia basada en que, si se hace caso omiso de las conductas extravagantes, tal vez la persona pierda la costumbre de ejecutarlas. Por esto no es extraño que la familia le reste importancia, no piense en ello. Es una especie de negación de la enfermedad, la cual puede resultar eficaz para el grupo familiar pero solo por un periodo acotado de tiempo, o de formas más prolongada en los casos donde el enfermo no adopta conductas muy extremas (Anderson et al., 1986).

Asimismo, el hacer caso omiso, no solo se relaciona con las conductas del familiar enfermo, sino que muchas veces, también se deja a un lado la consideración de las necesidades de los otros integrantes del grupo familiar. A medida que el enfermo se hace más dependiente, la atención dirigida a él se va acentuando, quedando desapercibidas las necesidades emocionales y funcionales del resto del grupo familiar. Ello no significa que pierdan su importancia, sino que la demanda del enfermo resulta absorbente, y acapara toda la atención. Dicha situación genera un deterioro de las relaciones, sentimientos de abandono, y desinterés (Anderson et al., 1986).

Se ha observado que la enfermedad genera una serie de sentimientos y conductas hostiles en la familia, que surgen de la forma más natural e instintiva, ya sea por la dificultad que les genera aceptar la situación del enfermo, como también por el cambio en sus respectivas vidas, y la pérdida de ese ser querido que conocían de una manera, y que será totalmente distinto para el resto de su vida.

Se puede ver que por parte de la familia se realizan grandes esfuerzos por afrontar la situación problemática y perturbadora que genera la esquizofrenia. Como se ha mencionado, para hacer frente a tales cambios se requiere de una adaptación, la cual se llevará adelante según experiencias particulares y recursos que posean las diferentes familias.

En ese proceso de adaptación, los integrantes de la familia tomarán distintas posturas, un ejemplo de ellas es asumir responsabilidades adicionales. Generalmente a medida que la sintomatología de la enfermedad se hace más acusada, los familiares tienden a adquirir responsabilidades y roles adicionales con el fin de brindar protección al enfermo, evitando exponerlo situaciones estresantes. Si bien dicha postura le ayuda a evitar recaídas, a medida que transcurre el tiempo, generará sobrecargas por tiempos indefinidos a la familia (Anderson et al., 1986).

Vine (1985), al respecto da cuenta de la responsabilidad excesiva que recae sobre el familiar cuidador, quien generalmente manifiesta una sensación de desesperación por sentirse atrapado y no tener alternativas (Rascón et al., 1997).

Es habitual que cuando es el hijo de una familia quien tiene esquizofrenia, el mayor costo sobrecaiga sobre la figura materna, ya que es quien habitualmente admite el papel de cuidador. Al ser crónica la enfermedad y los cuidados necesarios en toda la vida, en ocasiones el cuidador (en este caso la madre, pero puede ser otros miembros de la familia), comienza a padecer un estrés crónico y grave, que se ve acentuado por la falta de ayuda del resto de la familia, la cual deja de brindar apoyo a medida que transcurren los años (Rascón et al., 1997).

El acto de asumir responsabilidades adicionales, está vinculado estrechamente con la vigilancia constante del enfermo por parte de un familiar, quien intenta cuidarlo, sin desenfocar su atención, movido por el miedo a que algo malo suceda, y la angustia generada por el mismo. Ese miedo va acompañado de la imprevisibilidad de la conducta del enfermo. Por lo tanto, dicha vigilancia protege en cierta medida a este miembro, y a su vez otorga la sensación de poseer un mínimo de control al menos, por parte de la familia frente a las situaciones que se puedan presentar. De todas formas, tal mecanismo, luego de un tiempo prolongado de practicarlo, se derrumba. Resulta una presión insostenible, angustiada y agotadora para la familia (Anderson et al., 1986).

Asimismo, se ha observado que cuando un familiar tiene esquizofrenia, es habitual que la familia adopte determinadas conductas que conllevan a limitar sus actividades individuales, o incluso abandonarlas, para ocuparse del enfermo. La presencia de la enfermedad genera una crisis familiar, a raíz de la cual generalmente todos los integrantes intentan reprogramar sus quehaceres para adaptarse, modificando sus rutinas y así poder apoyar y cuidar al familiar enfermo. La familia comienza entonces a organizar todos sus

horarios, sus tareas en torno a las demandas y necesidades de aquél. Esto genera que haya una dedicación total a este miembro, dejando de lado las sus actividades personales, limitados en el tiempo para ejercer cualquier otro tipo de tarea que no sea la de cuidar al enfermo. La situación provoca un desborde en lo familiares, en esa perspectiva de renuncia a sus intereses personales para avocarse al cuidado (Anderson et al., 1986).

Ante la presencia de la esquizofrenia, resultan afectados todos los aspectos del funcionamiento familiar, donde quedan incluidos los roles y relaciones familiares. Asimismo, los mencionados aspectos alterados tienen que ver con la economía familiar, con el empleo, ya que es recurrente que algún miembro de la familia tenga que faltar a su trabajo para cuidar al enfermo, o llevarlo al hospital. A su vez, como se mencionaba líneas arriba, se afecta la vida social del grupo familiar, la salud física, actividades diarias, relaciones conyugales, y demás (Caqueo et al., 2008).

En relación a lo expuesto, cabe destacar que, en la constitución de una familia, con sus determinados funcionamientos, existen fronteras familiares interpersonales y generacionales. Las primeras han sido desarrolladas en la presente monografía a través de la descripción de las emociones y actitudes que invaden la vida familiar. Las segundas se refieren a rol generacional que ocupa cada miembro en la familia. Estas últimas con el desenlace de la esquizofrenia en un familiar, quedan desdibujadas a lo largo del curso de la enfermedad. Por ejemplo, cuando el enfermo es un adolescente o adulto joven, uno de sus padres suele involucrarse en su cuidado a tal punto que afecta negativamente la relación conyugal, o incluso con los otros hijos si es que existen (Anderson et al., 1986). A su vez Lids (1956) señala al respecto que los padres de personas que tienen esquizofrenia desencadenan psicopatologías e inestabilidad, que los lleva a abandonar su rol, lo que termina afectando sus relaciones, resultando estas deficientes, culminando en la separación del matrimonio (Rascón et al, 1997).

En los casos donde uno de los integrantes del matrimonio es quien tiene esquizofrenia, su cónyuge puede llegar a tratar a la persona afectada por la enfermedad como si fuera un niño. En otros casos, son los hijos, incluso niños, quienes terminan ocupando el lugar de su progenitor enfermo, para remplazarlo y cumplir su rol en la familia (Anderson et al., 1986).

Marzotto y Persichella (1997) por su parte, manifiestan que en la familia es donde se busca y se brinda afectividad e intimidad, pero que es igualmente el sitio donde se

encuentran actitudes y sentimientos generadores de violencia, tensión, disgusto, tanto para el enfermo como para el resto de los miembros del grupo.

Asimismo, Rascón et al. (1997), plantean que no debe olvidarse que la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo y que, al ir desdibujándose sus redes sociales de apoyo serán cada vez menos capaces de ayudar eficazmente y apoyar a su familiar en el curso de la enfermedad.

Del mismo modo, se debe tener en cuenta que el enfermo no es culpable de su enfermedad, por lo que la generación de violencia a la que Marzotto y Persichella (1997) hacían referencia, no adquiere un carácter intencional, sino que derivaría del alto costo en todos los niveles de la vida que deben pagar el enfermo y su familia.

En última instancia resulta pertinente plantear que las familias de enfermos crónicos, además de las situaciones que se generan a raíz de la enfermedad mental, no son “inmunes” al estrés y conflictos que pueden surgir en cualquier otra familia. Pero los altos niveles de estrés que han tenido que soportar por largos períodos de tiempo y a su vez, la gravedad de los problemas a los que se enfrentan día a día, puede que hayan contribuido a que ignoren todos los problemas que no se relacionen con la enfermedad. Los problemas conyugales, con los hijos y la depresión están muy presentes en estas familias (Anderson et al., 1986).

## **Consideraciones Finales**

En el trayecto del presente Trabajo Final de Grado, se ha caracterizado a la esquizofrenia como una enfermedad mental grave y crónica que afecta profundamente la personalidad de quien la desarrolla. Dicha perturbación afecta profundamente su capacidad de relacionarse con los otros.

A su vez, al ser una enfermedad que surge en la adolescencia o en la adultez joven, la persona generalmente se ve limitada en lo que respecta a tener una pareja sentimental, o puede darse la situación de ruptura con una pareja establecida anteriormente al desenlace de la enfermedad. Asimismo, se va generando una dependencia a quienes lo rodean, a su familia principalmente.

Más allá de la desestructuración de la personalidad mencionada y las consecuencias vinculadas a ello, se ha planteado que la esquizofrenia, puede abordarse por medio de tratamiento. Es decir, el hecho de que sea una enfermedad crónica, no es una limitación para llevar adelante una rehabilitación, de modo que la persona pueda desenvolverse en su vida de una manera productiva y lo más saludable posible, traducido ello en una mejoría en su calidad de vida.

Se ha observado que dicha calidad de vida frecuentemente se ve afectada debido a la estigmatización que se genera en torno a la enfermedad mental. Ello genera distorsiones y limitaciones para la familia y el enfermo, tanto a la hora de interactuar socialmente con la comunidad como en las formas de relacionamiento familiar.

Caqueo et al (2008) señalan que para una familia resulta sumamente difícil aceptar el hecho de que su ser querido jamás volverá a ser como antes. Es una situación tan desbordante la que atraviesa el enfermo y la familia que, inevitablemente, genera angustia, tristeza, desesperación dolor, frustración, incluso sentimientos de enojo por parte de la familia al ver que la realidad que los aborda supera sus capacidades emocionales, e incluso físicas.

Al considerar la sintomatología que genera la enfermedad, se puede apreciar la realidad con la que el enfermo y su familia deben convivir. Es una realidad que se constituye a partir de innumerables desafíos para la vida cotidiana, a partir de los cuales se denota la necesidad de un recurso permita mejorar su calidad de vida.

En vistas de esa situación, se observa la eficacia de la implementación de un abordaje que permita al enfermo rehabilitar capacidades y recursos afectados por la psicopatología, incluyendo sus relaciones sociales, y la mejoría de su calidad de vida.

Para tales efectos, si bien han existido varios tratamientos como psicofármacos, psicoterapia individual y grupal, hospitalización, psicoeducación, entrenamiento de las habilidades, y demás, es preciso que todos ellos se lleven delante de forma integrada.

Según lo expuesto en la presente monografía, se observa la necesidad (como lo plantea Florit-Robles, 2006) de implementar un abordaje que implique el desarrollo de un Proceso de Rehabilitación Psicosocial, que se desarrolle de modo integral, de tal forma que contemple la interdisciplinariedad, adaptándose a su vez a las necesidades planteadas de cada paciente según sus particularidades, tomando en cuenta sus sugerencias, sus derechos, sentimientos, sus capacidades y aquellas que ofrece el entorno familiar y social que lo rodean.

Es importante comprender que el proceso de rehabilitación psicosocial como tratamiento para la esquizofrenia no se le debe realizar al paciente, sino que, se debe llevar adelante “con” el paciente, en una relación de horizontalidad entre el mismo, la familia y los profesionales intervinientes. Claramente serán estos últimos quienes guíen el proceso, pero no serán únicamente sus perspectivas las que se tengan en cuenta.

Para el abordaje mencionado la familia resulta un pilar a involucrar, ya que se ha observado que su apoyo óptimo al miembro enfermo del grupo, en dicho proceso influye positivamente en el curso de la enfermedad. A través de su intervención se favorece la toma regular de medicación, la disminución de recaídas y el buen funcionamiento general del paciente, promoviendo así la rehabilitación de algunas capacidades afectadas, e impulsado el desarrollo de aquellas conservadas, las cuales representan una fortaleza para el proceso.

No obstante, como se ha mencionado, el desenlace de la psicopatología, genera situaciones complejas a nivel familiar, lo que hace que la intervención de la familia resulte difícil de lograr. En vistas de esa situación, queda aún más acentuada la necesidad y la importancia de la implementación de un proceso de rehabilitación, dado que más allá del beneficio que aporta a la vida del paciente, facilita el mejor funcionamiento familiar. Al brindar a la familia psicoeducación sobre la enfermedad, le ayuda a resolver cuestionamientos sobre la misma, a comprender al enfermo, a manejar la frustración y a adquirir herramientas de afrontamiento al estrés y situaciones complejas que se presentan

a diario. Asimismo, ello contribuye a la recuperación de las relaciones sociales, a través de un mejor manejo del estigma generado en torno a la enfermedad, reconstituyendo sus redes sociales conformadas por parientes, amigos, compañeros de trabajo y demás, desdibujando progresivamente las fronteras establecidas anteriormente entre la familia y la comunidad. Se podría decir que el proceso contribuye a una aceptación de la realidad que los atraviesa, y a una mejoría de los aspectos de la vida que han sido mencionados como afectados por el desenlace de la enfermedad.

A modo de concluir, el proceso de rehabilitación psicosocial integral de la esquizofrenia ofrece favorables posibilidades para el enfermo y su familia, de salir adelante en un camino donde, a raíz de la enfermedad, se propician obstáculos para el desarrollo adecuado de vida cotidiana. Ofrece las herramientas para trabajar en la mejoría del funcionamiento familiar y en consecuencia individual, de cada miembro del grupo, así también para desenvolverse en la vida social de forma favorable. Es un proceso que de la misma manera que ayuda al paciente en su rehabilitación, también en cierta medida, ayuda a la familia a atenuar sentimientos angustiosos y situaciones perjudiciales para la vida en grupo familiar, constituido el mismo como una unidad integrada, en la cual la mejoría de uno de los miembros repercute en los demás, debido a su interacción. Se podría decir que, a nivel general, favorece el desarrollo de una adecuada calidad de vida.

## **Referencias Bibliográficas**

- American Psychiatric Association, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales* (4° de. T.R.). Barcelona: Masson S.A
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía Práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Berenstein, I. (1987). *Familia y enfermedad mental*. (3° reimp). Buenos Aires: Paidós
- Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. (2° Ed.). Buenos Aires: Lumen
- Caqueo, U., Lemos, A. y Serafín, G. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Revista Psicothema*, 20(4), 577-582. Recuperado de <https://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/8700/8564>
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C.H. (1978). *Tratado de psiquiatría*. (8° Ed). Barcelona: Masson
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R.E, Loyzaga, C., García-Anaya, M. y Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia. Resultados preliminares. *Revista Salud Mental*, 24 (4), 36-40). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014d.pdf>
- Gabbard, Glen O. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (3° Ed. 1° Reimp). Buenos Aires: Médica Panamericana
- Glynn, S. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de Toxicomanías*, (70), 15-23. Recuperado de [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70\\_2.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf)

Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Málaga: Días de los Santos

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es).

Inglott, D., Touriño, R., Baena, E y Fernández J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq*, (92). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400002)

Kaplan, H. y Sadock, B.J. (1987). *Compendio de Psiquiatría*. (2º Ed.). Barcelona: Salvat

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Marzotto, M. y Persichella, C. (1997). Esquizofrenia y familia. *Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (5), 1-13. Recuperado de <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-5-esquizofreniayfamiliaMMarzottoyCHPersichella.pdf>

Muela, J. y Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Revista Psicothema*, 13(1), 1-6. Recuperado de <https://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/7839>

OMS. (2016). *Esquizofrenia*. Nota descriptiva N°397. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

Pereira M. y Merino H. (1990). Familia y Esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Revista Anales de psicología*, 6(1) 11-20. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28111/27221>

Orrade, M. (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersas en un cambio profundo. *Revista Anales Sts San Navarra*, 23, (Supl 1). 111-122. Recuperado de [http://entline.free.fr/ebooks\\_sp/011%20-%2011-EI%20enfermo%20esquizofrenico%20y%20sus%20familias%20i.pdf](http://entline.free.fr/ebooks_sp/011%20-%2011-EI%20enfermo%20esquizofrenico%20y%20sus%20familias%20i.pdf)

Rascón, M., Díaz, R., López, J. y Reyes, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Revista Salud Mental*, 20, (Supl 2). 55-64. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/681/680](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/681/680)

Shwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

Vallejo, J. A. (1979). *Introducción a la Psiquiatría*. (10° Ed.) Barcelona: Científico-Médica

Vasquez, A. (2013). Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 120-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4758/475847409007.pdf>