



**Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)**

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grado en psicología

Teruel 2013

Proyecto de intervención psicosocial para pacientes con trastorno esquizofrénico crónico

Alumna

Laura Panzano Berot

Director

Luis Miguel Pascual Orts



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad Zaragoza**



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad Zaragoza**

## ÍNDICE

1. Resumen
2. Introducción
3. Método
  - 3.1 Objetivos
  - 3.2 Población diana
  - 3.3 Recursos materiales
  - 3.4 Recursos humanos
  - 3.5 Intervención
    - 3.5.1 Evaluación inicial
      - 3.5.1.1 Fase de acogida
      - 3.5.1.2 Fase de evaluación
    - 3.5.2 Diseño y organización del programa interventivo
      - 3.5.2.1 Fase de establecimiento del plan individualizado de intervención (PIR)
    - 3.5.3 Implantación
      - 3.5.3.1 Fase de intervención
        - 3.5.3.1.1 Intervención farmacológica
        - 3.5.3.1.2 Intervención psicosocial
    - 3.5.4 Evaluación
4. Resultados
  - a. Resultados esperables
  - b. Limitaciones
5. Bibliografía
6. Anexos

## Resumen

El presente trabajo trata de una intervención psicosocial, dirigida a pacientes diagnosticados de esquizofrenia, derivados de cualquier unidad del Sistema Público de Sanidad y usuarios de un centro de día. El objetivo general es la mejora de la vida en comunidad de éstos a través de la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar, el entrenamiento en actividades de la vida diaria y la psicoeducación. Con esta intervención se persigue una disminución en las recaídas de los pacientes con el consecuente descenso de su institucionalización.

Palabras clave: esquizofrenia, intervención psicosocial, centro de día, reinserción en la comunidad.

## Abstract

The present work is a psychosocial intervention, directed at patients diagnosed of schizophrenia, derived from any unit of the Public System of Health and users of a day center. The general aim is the improvement of the life in community of these across the cognitive rehabilitation, the training in social skills, the familiar intervention, the training in activities of the daily life and the psicoeducation. With this intervention a decrease is chased in the relapses of the patients by the consistent decrease of his institutionalization.

Keywords: schizophrenia, psychosocial intervention, day center, rehabilitation in the community.

La historia del concepto de salud mental ha sido, y es, una historia de grandes cambios y revoluciones en cuanto al concepto de lo que es sano o insano, lo que es adaptado o inadaptado e incluso de lo que es salud y lo que es enfermedad mental. Puesto que este trabajo se centra en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, vamos a empezar por el principio: ¿qué es la esquizofrenia?

Aunque anteriormente era conocida por “demencia precoz” Eugen Bleuler fue quien la bautizó con el término “esquizofrenia”. Bleuler recalcó como rasgo anormal, fundamental y unificador en esta enfermedad la “*división o fragmentación del proceso de pensamiento*” (Belloch, Sandín y Ramos, 2009), pero sin olvidar la importancia del resto de síntomas presentes, como el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual. Se trata de personas que viven y sufren muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa, a medida que ésta va minando sus facultades cognitivas y emocionales (Bellonch, Sandín y Ramos, 2009).

La esquizofrenia es una enfermedad mental que sufren alrededor de 20 millones de personas en el mundo, siendo entre 2 y 4 por 10.000 (de entre 15 y 54 años) la tasa anual de incidencias en dicha enfermedad (Magallares, 2011). La esquizofrenia está vinculada a déficits cognitivos y emocionales que deterioran los diferentes ámbitos de la vida del individuo. Una de las consecuencias derivadas de su sintomatología es la exclusión que la sociedad presenta hacia estos enfermos. Tales manifestaciones de rechazo y exclusión perjudican la salud del paciente e impiden su integración en el mundo social y laboral (Magallares, 2011).

Aunque inicialmente el tratamiento para este tipo de pacientes se centraba en lo puramente químico (neurolépticos), experimentos como el de Hogarty y Anderson (1986) demostraron que el 41% de los pacientes tratados con psicofármacos presentaban una recaída al cabo de un año respecto al 68% de los que fueron tratados con placebo. Estas diferencias aumentaron cuando el seguimiento se realizó hasta los dos años en el que los tratados farmacológicamente recaían sólo en un 48% de los casos frente al 80% de los tratados con placebo. A estos datos, Alejandro Florit-Robles (2006) añade, que si al tratamiento farmacológico le añadimos psicoterapia las recaídas se reducen hasta un 21%. Por otro lado, actualmente y durante las últimas décadas, debido al movimiento impulsado por las políticas de desinstitutionalización, la mayoría de las investigaciones han añadido, al tratamiento farmacológico y a la psicoterapia, la intervención en la

comunidad. Estas intervenciones han mostrado una importante evidencia que demuestra que las intervenciones comunitarias pueden mejorar los resultados a largo plazo de personas con esquizofrenia. Este tipo de intervenciones incluyen intervención familiar, psicoeducación de pacientes, manejo de síntomas psicóticos, adquisición de habilidades sociales, ocupacionales y de la vida diaria además de terapia cognitiva.

El siguiente trabajo es una *intervención psicosocial* que surge como respuesta a la necesidad de analizar y actuar sobre los problemas de las interacciones entre el paciente y sus contextos sociales, especialmente con los procesos que tienen que ver con la forma en que sus necesidades individuales y colectivas son satisfechas en el medio social. *Está enfocado* al rechazo y la exclusión social que los pacientes esquizofrénicos sufren y a su reinserción social efectiva, residiendo su interés en eliminar las manifestaciones de rechazo y exclusión social que pueden instigar sentimientos duraderos de agravio y humillación que, por un lado, perjudican la salud y obstaculizan la plena participación e integración social de la víctima y, por otro, alientan conflictos prolongados y reacciones agresivas extremas. La intervención *se plantea* desde “*el modelo de competencia*”, planteado por Costa y López (1991) y que cita Florit- Robles (2006), que implica que la salud, el bienestar o el ajuste del ciudadano no son estados cuya integridad haya que proteger cuidadosamente para que no se extralimiten hacia lo “patológico”, sino más bien repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser promocionado. Se trata de un modelo educacional por lo que la intervención comunitaria activa va a crear en las distintas áreas de la comunidad, las condiciones metodológicas, técnicas y motivacionales para que se produzca ese proceso de aprendizaje de competencias, es decir, este modelo reivindica la existencia de recursos en todas las personas así como la obligación del profesional de activar dichos recursos y potenciar los existentes en la comunidad lo cual implica la individualización del proceso, la participación activa del paciente y una actitud de esperanza por parte del profesional.

La propuesta intervención se basará en la evidencia de programas anteriores que han probado la eficacia de este tipo de intervenciones y que se citan en la “*Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*” (2009) de la Generalitat de Cataluña. En su análisis sobre la efectividad de distintos tratamientos trata de manera particular intervenciones dirigidas a: la *rehabilitación cognitiva*, estudiada a través de meta-análisis, cuyos resultados plantean una mejoría en el estado

de ánimo en los pacientes que han sido tratados con ella además de una mejoría en el funcionamiento de su vida cotidiana, por lo menos mientras se realiza el entrenamiento. El *entrenamiento en habilidades sociales* que ha demostrado, a través de seis estudios prospectivos controlados con tamaños muestrales de 28 a 103 pacientes y duración de seis meses a dos años, su eficacia en relación a la mejoría de determinadas habilidades sociales, aunque no se ha demostrado la eficacia en relación a una disminución de recaídas en ninguno de los estudios y tampoco está clara la eficacia de adaptación social. Por otro lado, la *intervención familiar*, efectiva en la reducción de la emoción expresada (EE) que es un importante predictor de recaídas y mala evolución en la enfermedad. Gran parte de los estudios publicados en cuanto a programas de intervención familiar muestran su eficacia en relación a la disminución de las recaídas, significativa durante los primeros 24 meses, pero que por otro lado no presenta diferencias importantes una vez superado este periodo además de no producir mejoría en los síntomas negativos y en el funcionamiento social. Sin embargo se ha demostrado una mejoría del ajuste global del paciente después de 12 meses de tratamiento, un aumento de la adherencia al tratamiento y una reducción de la carga familiar. Los estudios sobre el entrenamiento en *actividades de la vida diaria* (AVD) muestran una mejora tanto en funcionamiento social como en calidad de vida, sin embargo resultados de meta-análisis recientes no muestran que exista un nivel de evidencia científica suficiente que indique que este tipo de entrenamiento sea ni útil ni perjudicial para personas diagnosticadas de esquizofrenia. Por otro lado, la *psicoeducación* ha demostrado su eficacia en la mejora del cumplimiento terapéutico aunque para que aumente la adherencia al tratamiento es necesario acompañarla de técnicas motivacionales. Pekkala y Merinder (2002) evaluaron la eficacia de las intervenciones psicoeducativas y las conclusiones que obtuvieron fueron que este tipo de intervención podía reducir la tasa de recaída o de re-ingreso hospitalario tras un periodo de seguimiento de 9-18 meses. Concluyeron que estas intervenciones debían formar parte de un programa de entrenamiento y que debían ser breves y no muy costosas para así facilitar su implementación en los servicios. Pistchel y sus colaboradores realizaron otro estudio controlado con 194 pacientes divididos en dos modalidades de tratamiento. En un grupo los pacientes y sus familiares recibían psicoeducación durante un periodo superior a 4 o 5 meses mientras que el otro grupo recibía un cuidado “estándar”. Se realizó una evaluación a los 12 y 24 meses y se concluyó que una intervención en torno

a 8 sesiones de psicoeducación podía mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia.

Finalmente, el objetivo general de este trabajo es el diseño de una intervención eficaz con pacientes diagnosticados de esquizofrenia cuyos objetivos específicos son la profundización en las necesidades de este tipo de pacientes junto con la exploración del tipo de intervención actual que se realiza con ellos.

## MÉTODO

A continuación se va a tratar el diseño de una intervención psicosocial proactiva, preventiva y de mejora de la calidad de vida de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la que los esfuerzos se dirigen hacia un enfoque que busca el desarrollo de las habilidades y competencias en este tipo de pacientes para analizar mejor su realidad social y buscar las soluciones más adecuadas.

Los objetivos de la intervención son:

- Objetivo general: La mejora de la vida en comunidad del paciente a través del entrenamiento en habilidades sociales, capacidad de resolución de problemas, mejora de las actividades de la vida diaria, etc.
- Objetivos específicos: La disminución de las recaídas y la institucionalización (indispensables para su reinserción en la comunidad)

- Población diana

La intervención se dirigirá a un máximo de 120 pacientes esquizofrénicos derivados de las distintas unidades de salud mental del sistema público de 18 a 65 años.

Las características de cada paciente variarán en función de la preponderancia de síntomas positivos o negativos aunque en general presentarán una serie de déficits cognitivos en atención selectiva, sostenida, capacidad de procesamiento, pensamiento abstracto... etc.

- Recursos materiales

La intervención se llevará a cabo en un *centro de día* que será el emplazamiento físico de la rehabilitación e integración social y que ofrecerá servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, a los pacientes con trastorno esquizofrénico crónico que presenten un deterioro significativo de sus capacidades funcionales.

En el centro de día se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y se ofrecerán, además, protocolos de evaluación social y funcional, entrenamientos en competencia social y en habilidades de autocuidado y de la vida diaria, recuperación en habilidades cognitivas, psicomotricidad, programas individualizados de rehabilitación (PIR), psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables, protocolos de seguimiento y apoyo comunitario además de apoyo y asesoramiento a la familia.

- Recursos humanos

Se precisarán de profesionales de distintas disciplinas relacionadas con el trastorno. Cada paciente tendrá su psiquiatra de cabecera (ajeno al centro) y en el centro de día se compondrá un equipo interdisciplinar constituido por: un/a psicólogo/a, un/a enfermero/a, dos trabajadores/as sociales, un/a terapeuta ocupacional y dos auxiliares de psiquiatría.

Se establecerán dos grupos, el grupo coordinador y el grupo elaborador:

- *Grupo coordinador*: formado por el/la psicólogo/a, el/la terapeuta ocupacional y los/las trabajadores/as sociales que se encargaran del diseño de la Guía de Práctica Clínica (programa de intervención: tratamiento farmacológico e intervención psicosocial) estableciendo los objetivos y los aspectos metodológicos.
- *Grupo elaborador*: formado por profesionales asistenciales (enfermero/a, terapeuta ocupacional y auxiliares de psiquiatría) que se encargarán de la aplicación de la guía clínica diseñada por el grupo coordinador.



## - Intervención

La intervención psicosocial que se va a plantear presentará las siguientes fases:

- Evaluación inicial
- Diseño y organización del programa
- Implantación
- Evaluación

A continuación se desarrollan las diferentes fases en las que se llevará a cabo la intervención las cuales se han extraído de las guías clínicas de los centros de día que trabajan con pacientes con este tipo de patología.

1. **EVALUACIÓN INICIAL:** En esta fase se determinarán cuales son las necesidades del paciente y cuáles son los recursos que puede ofrecerle el centro de día.

## - Fase de acogida

El nuevo usuario puede ser derivado desde cualquier unidad de salud mental del sistema público: Sección de Agudos del Hospital, Unidad de Media Estancia (UME) o Unidad de Larga Estancia (ULE). La fase de acogida se presenta como un trámite importante en la triada centro-equipo-paciente ya que representa una situación novedosa (y posiblemente estresante), por lo que es necesario que conozcamos de antemano la historia de tratamiento del paciente así como sus encuentros anteriores con la salud mental.

La tarea más importante es facilitar la adaptación del paciente al centro y al proceso de rehabilitación individualizado por lo que es importante posibilitar y favorecer el desarrollo de una responsabilidad compartida entre el centro y el usuario. Tenemos que intentar que el paciente integre este nuevo capítulo de su vida como un paso más en el tratamiento que deberá continuar en un futuro. Es importante que el paciente esté motivado y que sea consciente del papel activo que tiene en su recuperación

Al final de esta fase es necesario que se haya alcanzado un consenso entre las expectativas del paciente, de la familia y del centro y que se haya establecido un

proyecto común que sea lo más realista posible. La duración de esta fase dependerá de la aceptación del paciente de su nueva situación.

- Fase de evaluación

1.1 Información:

El principal objetivo de esta fase es la adquisición de la máxima cantidad de información relevante. La mayor parte de ella la obtendremos de los informes clínico, social y laboral que nos remitirán con el paciente desde la unidad del sistema público desde el que nos lo hayan derivado. A través de ellos determinaremos los cambios que ha sufrido el paciente a nivel cognitivo, conductual y social con lo que estableceremos el nivel premórbido para tener constancia de la situación actual en la que se encuentra el paciente pudiendo elaborar así las primeras hipótesis sobre cuál puede ser la intervención más adecuada.

Hay otros aspectos sobre el paciente y su enfermedad de los que también es necesario obtener información. A continuación las enumeramos:

- Características del *primer brote esquizofrénico*, la edad, las circunstancias precipitantes, las características de este primer episodio... Hay que tener en cuenta también la evolución de la enfermedad y la sintomatología preponderante en el paciente (ya que no hay un único perfil de paciente esquizofrénico), conocer información sobre el curso de la enfermedad, número de ingresos, el tipo de tratamiento recibido, etc.
- *Factores de riesgo y de protección* del paciente, hay una serie de estresores que han podido favorecer el desarrollo de la enfermedad y que pueden, en un futuro, desestabilizar al paciente. También, por el contrario, hay una serie de factores protectores que el proceso de rehabilitación psicosocial debe potenciar y que ayudarán a prevenir las crisis analizando los factores asociados a este tipo de descompensaciones, como puede ser el consumo de tóxicos.

- Capacidad de *auto-medicación* puesto que la relación entre tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial es “necesaria, imprescindible y complementaria”; hay que determinar hasta qué punto, el paciente, conoce las razones por las cuales la toma, los efectos que tiene sobre él, la capacidad que tiene para administrársela él sólo, la historia de auto-medicación (veces que ha dejado de tomársela y por qué). Todo esto sirve para determinar si es adecuado que él paciente se siga auto-administrando la medicación o es necesario que se la administren en el centro de día.
- Conservación de las *actividades de la vida diaria* (AVD).
- Datos sobre su *historia laboral* (ampliando la que nos viene citada en el informe social) recabando datos sobre el número de trabajos, el tiempo que le han durado y la razón del despido/abandono.
- *Área social* para conocer en qué tipo de ambientes se mueve, si mantiene su grupo de amigos previo al despunte de la enfermedad y para saber, sobre todo, el tipo de sentimiento que le produce el probable deterioro de su socialización (propio también de la esquizofrenia)

A través de una entrevista semi-estructurada complementaremos la información que ya tenemos y con ella rellenaremos dos escalas:

- *PANSS*, escala para medir la gravedad de los síntomas positivos y negativos de pacientes con esquizofrenia. Fue publicada en 1987 por Stanley Kay, Lewis Opler y Abraham Fiszbein
- *BPRS*, escala breve de evaluación psiquiátrica para evaluar depresión, ansiedad, alucinaciones y comportamiento extraño. Es una de las escalas más antiguas y fue publicada en 1962.

## 1.2 Estado cognitivo

Una vez recabada toda la información necesaria se llevará a cabo un screening de estado cognitivo:

- *MOCA* (cuestionario para ancianos, no validado en España, pero que resulta muy eficaz para evaluar las funciones ejecutivas, uno de los aspectos en donde más fallan los pacientes esquizofrénicos). Mide función visuoespacial/ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje (fluidez semántica), abstracción, recuerdo diferido y orientación.

Este screening puede complementarse con algún ejercicio para determinar la fluencia verbal categorial, con refranes para determinar la calidad del pensamiento abstracto y con las torres de Hanoi.

## 2. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA INTERVENTIVO: Los fines de esta fase consisten en determinar los objetivos de la intervención, diseñar el programa y establecer los recursos necesarios.

- Fase de establecimiento del plan individualizado de rehabilitación (PIR)

Resulta muy importante la continuidad en las fases puesto que los déficits identificados en la fase anterior podrán ser objeto de intervención en ésta, así como las fortalezas, que podrán ser potenciadas. Atendiendo a los déficits estableceremos los objetivos de la intervención que deberán ser comentados y aprobados tanto por el usuario como por la familia favoreciendo así su implicación y su motivación para con la intervención. Florit-Robles (2006) nos ofrece un esquema que muestra de forma visual cómo se establecerán los objetivos de la intervención:

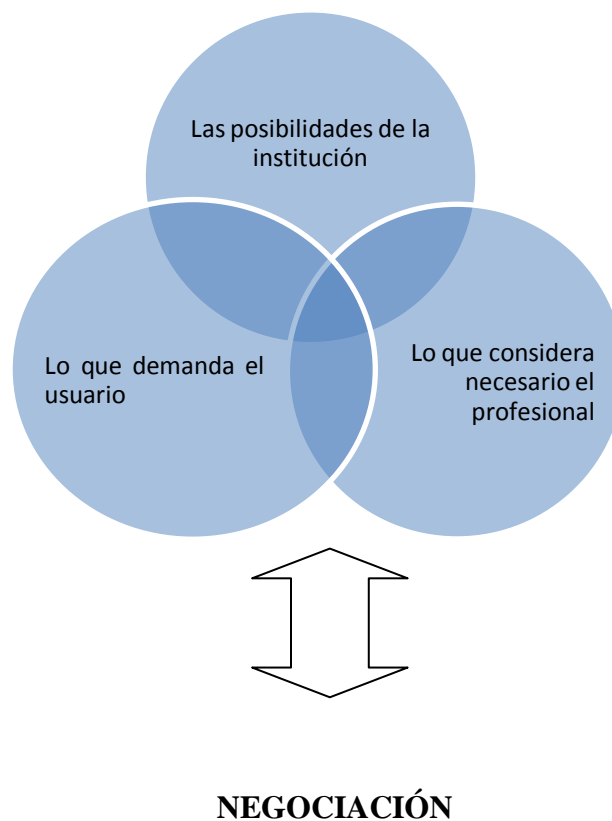


Figura 1. *Esquema de establecimiento de objetivos de Florit-Robles (2006).*

A continuación vamos a comentar cada una de las partes de la figura anterior:

- Área común entre las necesidades que el profesional considera que tiene el usuario y las necesidades que el usuario percibe que tiene: este nexo de unión debe suponer un trampolín para iniciar el proceso de rehabilitación.
- Áreas que no son de coincidencia y que deberán ser pactadas negociando sobre ellas de manera bidireccional: el terapeuta tendrá que considerar trabajar necesidades percibidas por el paciente (siempre que no sean contraproducentes); y el paciente deberá hacer lo mismo con áreas que el terapeuta considera importantes.
- A éste nexo de unión que hemos nombrado anteriormente entre paciente y terapeuta habrá que añadirle los recursos que pueda ofrecer el centro. Florit-Robles (2006) considera que podría añadirse un círculo extra donde se incluyeran las necesidades percibidas por la familia que habría que incluir en la negociación.

El diseño de la intervención será el medio para conseguir todos los objetivos que se hayan determinado en esta fase.

3. **IMPLANTACIÓN:** En esta fase se procederá a la ejecución del programa así como a su seguimiento y adaptación.

- Fase de intervención

La fase de intervención se realizará a partir de los objetivos establecidos en la fase anterior. Ésta será creativa, adaptará los objetivos y las dinámicas en función de las necesidades del paciente y además será práctica, dinámica y realista.

○ Intervención farmacológica

El tratamiento farmacológico (neurolépticos) es un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. La medicación se utilizará para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios.

El papel del centro de día será suministrar la medicación, a través de los/las auxiliares, a los pacientes que no sean capaces de administrársela correctamente.

○ Intervención psicosocial

La intervención psicosocial estará orientada a fomentar el cambio del funcionamiento mental, conductual y relacional del paciente con el fin de promover la capacidad de vivir de una manera más sana e independiente. A continuación se desarrollan cada uno de los módulos que constituirían la intervención psicosocial y que se incluyen en el cronograma (anexo 1). También se han incluido en el cronograma actividades más prácticas como actividades en la piscina, salidas a la comunidad o informática que servirán como aplicación de los conceptos aprendidos en los otros módulos.

A continuación vamos a pasar a comentar los distintos módulos que contendrá el proceso de intervención propiamente dicho:

- Rehabilitación cognitiva y entrenamiento metacognitivo:

Las personas con esquizofrenia sufren dificultades cognitivas que afectan a sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación. Los déficits cognitivos, a menudo, están relacionados con la sintomatología negativa y parecen tener implicaciones en su funcionamiento cotidiano, además de reducir el aprovechamiento de los recursos terapéuticos psicosociales.

La rehabilitación cognitiva no es lo mismo que la estimulación cognitiva. La *estimulación cognitiva* va dirigida al mantenimiento del funcionamiento cerebral cuando está conservado o relativamente conservado (con demencias, por ejemplo, resulta eficaz). Sin embargo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia la estimulación no es suficiente si no que es necesaria la *rehabilitación cognitiva* la cual consiste en ofrecer estrategias a los pacientes para desarrollar o solucionar tareas, es a través de ella que se trabaja la *metacognición* que es el análisis y conocimiento de los mismo procesos.

Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal:

- *Estrategias de restauración:* en la que el objetivo es reducir el déficit cognitivo subyacente
- *Estrategias de compensación:* que apunta a ayudar al paciente a compensar el déficit cognitivo.
- *Estrategias ambientales:* que consiste en utilizar estrategias en el entorno social del paciente que recuerden las conductas requeridas en una determinada actividad social de la vida diaria con el fin de disminuir el impacto del déficit cognitivo.

- Entrenamiento en habilidades sociales

La intervención en habilidades sociales requiere una evaluación conductual de las habilidades interpersonales, puede ser grupal o individual y tiene como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales e incrementar las capacidades de afrontamiento de situaciones de

interacción social. Su entrenamiento tiene efectos que van desde la disminución de la ansiedad social a la reducción de recaídas y mejora en el funcionamiento social cuando se combinan con otros elementos como la medicación. Para llevar a cabo este conjunto de intervenciones, se emplean técnicas conductuales o técnicas de aprendizaje que permiten a los pacientes adquirir unas habilidades instrumentales necesarias para las relaciones con los demás y el afrontamiento de los problemas en la vida comunitaria.

De acuerdo con el esquema diseñado por Bellack y Mueser existen tres tipos de entrenamiento en habilidades sociales:

- *Modelo básico:* las conductas sociales complejas son fraccionadas en pasos mucho más sencillos que son susceptibles de ser adquiridos por aprendizaje en la escenificación (role playing)
- *Modelo de resolución de problemas sociales:* se centra en las áreas que deben mejorar: síntomas, manejos de la medicación... Cada una de estas áreas se aborda de manera independiente para corregir los déficits que puedan aparecer.
- *Modelo de resolución cognitiva:* intervención grupal donde el proceso de aprendizaje corrector se centra, inicialmente, en las alteraciones cognitivas más básicas, como la atención y la planificación.

○ Intervención con familias

Los objetivos de la intervención familiar son: construir una alianza con los familiares, proporcionar información sobre el trastorno, orientar sobre los problemas de conducta y los conflictos relacionales, asesorar en la gestión del estrés familiar, reducir la atmósfera familiar adversa, mejorar la comunicación, reducir la angustia y la culpa dentro de la familia, mantener unas expectativas racionales en la evolución del paciente y conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en sus sistema de creencias. Este tipo de intervenciones trata de disminuir la emoción expresada (EE) que hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente como puede ser la hostilidad, las críticas y la



sobreprotección que están relacionadas con la tasa de recaídas. Este tipo de intervención tiene una base educativa que está dirigida a reducir la EE, mejorar el cumplimiento terapéutico y apoyar emocionalmente a la familia.

La intervención será de tipo psicoeducativo que agrupará principalmente técnicas de afrontamiento del estrés, entrenamiento en resolución de problemas además de información sobre la enfermedad. Esto se realizará a través de sesiones del psicólogo con la familia y con el paciente conjuntamente ya que de esta manera es más posible que se reduzca la posibilidad de una recaída. Además también se llevarán a cabo sesiones de grupos inter-familiares en las que las familias puedan compartir sus experiencias y aprender las unas de las otras.

- Entrenamiento e actividades de la vida diaria (AVD)

Lo esencial en la funcionalidad de las personas es la ocupación, la cual implica todas las actividades que una persona realiza a lo largo de su vida, para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. La gran mayoría de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia suelen presentar déficits en el manejo de las AVD, de modo que la capacidad para cumplir con las exigencias de sus roles suele quedar alterada. Para solucionar este déficit se aplican técnicas de entrenamiento orientadas a la adquisición o mejora de habilidades relacionadas con los aspectos prácticos de las AVD, con el objetivo de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional.

El entrenamiento en actividades de la vida diaria agrupa: higiene, alimentación, medicación, planificación económica, cuidados de salud... todas ellas con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía.

- Psicoeducación

Proporciona a pacientes y familiares información sobre la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas que se puedan plantear. Con ella se pretende mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los cuidadores creando un ambiente liberado de estrés que contribuya a mejorar el clima familiar y disminuya la posibilidad de recaídas.

4. **EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:** El fin de esta fase es evaluar la consecución de los objetivos.

La fase de evaluación tendrá lugar una vez la intervención haya finalizado para comprobar si los objetivos fijados en la fase de “diseño y organización del programa interventivo” han sido alcanzados. En el caso de que los objetivos hayan sido alcanzados se puede plantear otra intervención para conseguir objetivos superiores y en el caso de que no, será necesario el planteamiento de otro tipo de intervención para alcanzarlos.

En el caso de que el paciente haya alcanzado los objetivos de una rehabilitación psicosocial plena y sea posible su reintroducción en la comunidad se procederá al alta del centro de día, que tendrá que plantearse desde una desvinculación progresiva y programada evitando que el paciente se sienta desprotegido y pueda experimentar un sentimiento de estrés que le pueda resultar contraproducente.

## RESULTADOS

Los resultados esperables son la mejora de síntomas psicóticos, rehospitalizaciones, funcionamiento personal y calidad de vida que permitirá el tratamiento y mantenimiento del paciente en la comunidad recuperando su independencia y permitiéndole vivir de una manera relativamente normal. Además se espera la descarga emocional por parte de las familias y la mejora de la calidad de vida de las mismas.

En el presente trabajo no se han tenido en cuenta otro tipo de intervenciones además de las de tipo psicosocial, por ello se plantean las siguientes limitaciones de cara a futuras propuestas:

- *Intervención psicosocial a través del trabajo (intervención socio-laboral)*

La intervención socio-laboral se entiende como el cruce de intervenciones sociales y laborales que se coordinan uniendo recursos y dispositivos. Son programas que mejoran la adaptación social de los pacientes incrementando su empleabilidad y buscando su inserción en el mercado laboral.

Se persigue mejorar las condiciones de vida de aquellas personas y colectivos que se encuentran en situación de riesgo de exclusión facilitando su integración social y laboral para fomentar su autonomía personal, social y económica.

- *Tratamiento asertivo comunitario*

De cara a favorecer la reintegración en la comunidad sin recaídas una vez se haya completado la intervención psicosocial una opción a incluir en futuros proyectos es el tratamiento asertivo comunitario (TAC). Es uno de los modelos de programas de seguimiento y cuidado de personas en la comunidad, sin la necesidad de estar ingresadas en un hospital, mediante un equipo de profesionales que atienden a la persona y a la familia en su domicilio y en el mismo entorno social proporcionándole atención comunitaria integral y continua para alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y relaciones interpersonales evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social que tradicionalmente se han señalado como máximos factores de riesgo asociados a las recaídas y al sufrimiento añadido en las vidas de estas personas.

## BIBLIOGRAFÍA

Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 43-44, 169-173.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología, vol. II*. Madrid: Mc Graw Hill.

Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W. y Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Psychiatry*, 158, 163-175.

Fernández, J., Gómer, R., Jiménez, J.L. y Rodríguez, A. (2007) Centros de día de soporte social para personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. *Consejería de familia y asuntos sociales (comunidad de Madrid)*

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24, 223-244.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental*, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

Jiménez, J.F. y Maestro, J.C. Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, 1-15.

Leal, F., Castillo, A. (2002). Luces y sombras en los procesos de rehabilitación psicosocial de los enfermos psicóticos. *Asociación española de psiquiatría*, 21, 155-163.

Magallares, A.(2011). *Exclusión social, rechazo y ostracismo: principales efectos*. Recuperado el 1 de septiembre de 2013, de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4321>

Moriana, J.A., Alarcón, E. y Herruzo, J.(2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, 16, 436-441.

Muela, JA. Y Godoy, JF. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 1-6.

Pekkala, E., Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. Recuperado el 1 de septiembre de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076455>.

Ruiz-Ruiz, JC., García-Ferrer, S, y Fuentes- Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24, 137- 155.

Valencia, M. (1999). Programas de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud mental*, 128-137.

Vallina, O. y Lemos, S.(2001). Tratamiento psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Picothema*, 13, 345-364

## ANEXOS

Anexo 1. *Cronograma general de la organización de las actividades de un mes en el centro de día.*

	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
<b>9.30-10.30</b>	Entrenamiento en habilidades sociales	Informática	Rehabilitación cognitiva	Entrenam. en AVD	Salida a la comunidad
<b>10.30-11</b>	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
<b>11-12</b>	Piscina		Piscina		
<b>12-13</b>					
<b>17-18</b>		Intervención con familias			Psicoeducación individual
<b>18-19</b>					Psicoeducación familiar

Anexo 2. Ejemplo de plan individualizado de intervención psicosocial de una semana.

- **Lunes**
  - **Entrenamiento en habilidades sociales**
    - **Objetivo general:** Mantenimiento de capacidades de interacción social.
    - **Objetivo específico:** Tener un trato normalizado con los vecinos.
      - **Ejecución:** Sesión teórica sobre las relaciones sociales. Emociones básicas, concepto de empatía, análisis de situaciones sociales en fotos, comentarios en grupo sobre situaciones sociales personales, asignación de tareas concretas con los vecinos (saludar en el ascensor y hablar del tiempo)
- **Martes**
  - **Intervención con familias**
    - **Objetivo general:** Mejora del clima familiar.
    - **Objetivo específico:** Tareas domésticas.
      - **Ejecución:** Negociación entre la familia, paciente y psicólogo de las tareas domésticas que tiene que llevar a cabo. Establecer planes de aprendizaje y entrenamiento de esas tareas.
- **Miércoles**
  - **Rehabilitación cognitiva**
    - **Objetivo general:** Mantenimiento del estado cognitivo
    - **Objetivo específico:** Memoria
      - **Ejecución:** Recuerdo diferido de letras. Técnicas para mejorar el recuerdo: relacionarlas con palabras y crear una frases.
- **Jueves**
  - **Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD)**
    - **Objetivo general:** Mantenimiento de capacidades de autocuidado.
    - **Objetivo específico:** Mantenimiento de una higiene bucal adecuada.

- **Ejecución:** Sesión teórica sobre hábitos de limpieza. Cómo lavarse los dientes, cuántas veces al día, cuáles son los elementos necesarios para llevarlo a cabo.

- **Viernes**

○ **Psicoeducación**

- **Objetivo general:** Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad
- **Objetivo específico:** Utilidad de la medicación.
  - **Ejecución:** Recordar la medicación que se toma, ofrecer información sobre por qué se toma y para qué sirve.