



**MANEJO INTEGRAL DEL
PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

**COMPREHENSIVE TREATMENT
OF THE PATIENT WITH
SCHIZOPHRENIA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO 2020/2021

María Torre Ayllón

Directora: Sara Martínez de Castro.

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

"Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido de este último trabajo"

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:	4
INTRODUCCIÓN	5
- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	6
- DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	6
METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:	7
CAPÍTULO 1: LA ESQUIZOFRENIA	9
- 1.1 DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA	9
- 1.2 SINTOMATOLOGÍA	10
- 1.3 CLASIFICACIÓN:	12
- 1.4 FASES:	13
CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO	14
- 2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	14
- 2.2 EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA:	16
- 2.3 EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCOVULSIVA:	17
- 2.4 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	17
- 2.5 EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:	21
- 2.6 PSICOEDUCACIÓN	21
- 2.7 EFICACIA DE LA PSICOEDUCACIÓN:	22
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA:	25

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

La esquizofrenia es una Enfermedad Mental Crónica, caracterizada por la distorsión de la percepción, pensamientos y emociones, y debido a que el tratamiento farmacológico solo minimiza los síntomas, pero no los elimina, es considerada como una de las diez primeras causas generadoras de discapacidad, porque limita la independencia y la calidad de vida de la persona que la padece.

Su diagnóstico no es el único que ha evolucionado a lo largo de la historia, también su tratamiento; desde la Edad Media, donde se creía que estos estaban poseídos por los demonios y espíritus y por tanto se los quemaba en las hogueras, hasta el día de hoy donde se impone un tratamiento integral, en el que se incluyen farmacoterapia, rehabilitación psicosocial y psicoeducación, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente. El objetivo del trabajo se centra en profundizar en el conocimiento del abordaje integral del paciente con esquizofrenia.

La inclusión de terapias rehabilitadoras y educativas al tratamiento farmacológico ha demostrado ser un factor esencial en la evolución positiva del paciente con esquizofrenia, como se refleja en la mejora del funcionamiento cognitivo deficitario, y del funcionamiento psicosocial, así como un aumento de la autonomía personal, lo que se traduce indirectamente, en un aumento de la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Esquizofrenia, tratamiento farmacológico, rehabilitación psiquiátrica, educación en salud.

ABSTRACT AND KEY WORDS:

Schizophrenia is a chronic mental illness, characterised by the distortion of perception, thoughts and emotions, and because pharmacological treatment only minimises the symptoms, but does not eliminate them, it is considered one of the top ten causes of disability, because it limits the independence and quality of life of the person who suffers from it.

Its diagnosis is not the only one that has evolved throughout history, but also its treatment; from the Middle Ages, where it was believed that they were possessed by demons and spirits and therefore they were burnt at the stake, to the present day where a comprehensive treatment is imposed, which includes pharmacotherapy, psychosocial rehabilitation and psychoeducation, in order to improve the quality of life and well-being of the patient. The aim of this work is to deepen our knowledge of the integral approach to the patient with schizophrenia.

The inclusion of rehabilitative and educational therapies to pharmacological treatment has proven to be an essential factor in the positive evolution of the patient with schizophrenia, as reflected in the improvement of the deficient cognitive functioning and psychosocial functioning, as well as an increase in personal autonomy, which indirectly translates into an increase in the patient's quality of life.

Key words: Schizophrenia, pharmacological treatment, psychiatric rehabilitation, Health Education

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el concepto de Enfermedad Mental, y por encima de otras enfermedades mentales, la esquizofrenia, ha ido evolucionando, y por tanto el tratamiento de esta. Por ejemplo, en la Edad media se pensaba que los enfermos mentales estaban poseídos por demonios y espíritus y por miedo a que hiriesen a los ciudadanos, se les terminaba quemando o en la época de la ilustración, donde ya no se les consideraba poseídos por demonios, sino seres sin razón, y se les recluía en las casas de retiro con tratamientos ocupacionales, o de corte biológico como la terapia electroconvulsiva o el coma insulínico (1).

Estas suposiciones persistieron hasta el siglo XIX, cuando Emil Kraepelin (1856-1926) propuso el término de "*Dementia praecox*" derivado de la idea de Benedict Agustín Morel (1809-1873), quien utilizó "*démence stupide*" para diagnosticar a un grupo de jóvenes que presentaban una sintomatología caracterizada por gestos, actitudes y lenguaje propios de lo que más tarde evolucionaba rápida e inevitablemente a una demencia (2) (3). La idea de E. Kraepelin, se alejaba de la vertiente degenerativa, y otorgaba una nueva visión de la Enfermedad Mental estableciendo una serie de "*procesos de deterioro*" apoyándose en las descripciones de Ewald Hecker (1843-1909) sobre la hebefrenia y Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) sobre la catatonía. De este modo, se incluye, la catatonía, y las demencias para conformar dos grandes grupos de psicosis endógenas. Por un lado, la psicosis maniaco-depresiva, curable; y, por otro lado, la demencia precoz que ya fuera en forma de brotes o progresiva e irreversible, conducía a al individuo a un deterioro permanente (2). E. Kraepelin, además, llegó a la conclusión de que todos estos cuadros clínicos, tenían en común, el avance hacia un deterioro psíquico, siendo la apatía, la indiferencia y la desorganización del pensamiento, los síntomas principales, a los que se les asociaban otros secundarios, como ideas delirantes, alucinaciones o trastornos psicomotores (2).

En 1911 Eugen Bleuler (1857-1940) basándose en estudios de autores como E. Kraepelin, acuñó el concepto de "*la escisión del yo*" posteriormente definido en la literatura como "*esquizofrenia*". Además de esto, aportó un enfoque centrado en la psicopatología, dejando en segundo plano la clínica, lo que le llevo a desarrollar síntomas que a su juicio eran constantes y exclusivos en esta enfermedad: sus "*cuatro célebres A*" (2). En primer lugar, los trastornos de las asociaciones donde los pacientes cursaban con ideas alejadas de la realidad pudiendo llegar a ser incoherentes. En segundo lugar, trastornos afectivos como el retraimiento y aplanamiento emocional. En tercer lugar, la ambivalencia, es decir, ideas y pensamientos contradictorios. En último lugar, el autismo que cursaba con un predominio por "*el mundo interior*" del individuo sobre la relación con el "mundo exterior". En base a esto, E. Bleuler estableció, 5 formas clínicas; Esquizofrenia paranoide, catatónica, hebefrénica, una forma simple (solo presentaba síntomas fundamentales) y una forma "latente" compensada o paucisintomática (la cual cursaba con escasez sintomática) (2) (3). Pero este psiquiatra, no solo destacó por "*la escisión del yo*" sino también por aplicar un nuevo enfoque, en donde el médico dejaba de ser observador, para convertirse en participante del proceso junto con el paciente; y sus tratamientos incorporaban una serie de elementos básicos como la relación constante, la reflexión, cambios conductuales, la adaptación y el consejo (4); es decir, los orígenes de lo que más adelante se conocería como terapias psicosociales.

Más tarde, en los años 50, se desarrollaron 2 acontecimientos que supusieron un enriquecimiento para la esquizofrenia; en primer lugar, en 1958 la OMS (Organización Mundial de la Salud) unificó los criterios diagnósticos y estableció una definición de la esquizofrenia como "*grupo de psicosis que presentan un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas*

ajenas, ideas delirantes, que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal, sin relación con la situación real, y autismo” (2); en segundo lugar, la aparición de los primeros antipsicóticos, lo que supuso un cambio muy importante en el tratamiento de las personas que padecían una enfermedad mental (5). A partir de este punto de inflexión tanto en el concepto de esquizofrenia como en el tratamiento, se establecieron las bases del desarrollo de nuevas terapias (5), ya que se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa con el solo uso de los antipsicóticos (1). Así lo confirmó Cohi en 1990 con un estudio en el que se demostraba, que la efectividad de los tratamientos psicosociales y vocacionales en combinación con la farmacoterapia, mejoraban la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia (1), determinando así lo hoy se conoce en los servicios de salud mental como la rehabilitación psicosocial (5).

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El motivo de elección de este trabajo surge a partir de la experiencia desarrollada en el rotatorio destinado al área de psiquiatría, cursado en el hospital de Liencres; durante la cual se pudo observar cómo no únicamente la farmacoterapia sino además combinada con las terapias psicosociales, la psicoeducación, resultaban ser beneficiosas para la completa recuperación del paciente, dotándole a éste de autonomía e independencia. Por ello, se ha decidido profundizar sobre la eficacia de los tratamientos del paciente con esquizofrenia, así como la eficacia de este.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

- **El capítulo 1**, se centra en describir la enfermedad, el diagnóstico, las fases de la esquizofrenia, así como los diferentes subtipos de esquizofrenia existentes.
- **En el capítulo 2**, se desarrolla el tratamiento integral de los pacientes con esquizofrenia abordando el tratamiento farmacológico, el psicosocial y las intervenciones educativas, así como su eficacia.

METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica narrativa en la que se persiguen los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Profundizar en el conocimiento del abordaje integral del paciente con esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Profundizar sobre la enfermedad de la esquizofrenia.
- Conocer los diferentes tratamientos utilizados para el abordaje de la esquizofrenia y su eficacia.
- Conocer la eficacia del abordaje integral en las personas con esquizofrenia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

La recogida de datos se ha llevado a cabo desde Diciembre 2020 hasta Mayo del 2021, siguiendo la siguiente secuencia cronológica:

1º fase: Búsqueda de palabras clave del trabajo, junto con los operadores booleanos “AND” y NOT” y filtrado de éstas en los siguientes tesauros:

- MeSH, “Nurse, nursing, mental health, schizophrenia, y treatment”;
- DeCS, “salud mental, esquizofrenia, enfermería, educación en salud, y tratamiento”

2º fase: Recopilación de gran variedad artículos; por un lado mediante el metabuscador “Google académico” y por otro, consultando las siguientes bases de datos: “Dialnet, Scielo, Pubmed y Elsevier”

3º fase: Consulta de las siguientes páginas web de contenido sanitario a nivel internacional:

- Organización mundial de la salud (OMS) disponible en: <https://www.who.int/es>
- National institute of mental health (NIMH) disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>.

4º Fase: Consulta de las siguientes guías de práctica clínica y otros documentos con fecha previa a el intervalo establecido, pero con contenido relevante para el trabajo:

- *“La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica”*
- *“Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia”*
- *“Esquizofrenia”*
- *“Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia”*
- *“Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico”*
- *“Raíces y evolución del DSM”*
- *“Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5”*
- *“Farmacoterapia de la esquizofrenia Antipsicóticos convencionales y atípicos”*
- *“Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente”*

Criterios de inclusión:

- Artículos tanto en inglés como en español.
- Artículos que estuviesen en su totalidad desarrollados en las bases de datos anteriormente mencionadas.
- De acceso gratuito.
- Artículos científicos publicados en el periodo de tiempo de 2010 a 2020.

- Guías de práctica clínica y otros documentos con fecha previa a el intervalo establecido, pero con contenido relevante para el trabajo.

Finalmente, se seleccionaron un total de 34 artículos que sirvieron para la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

Limitaciones: Durante el desarrollo del trabajo, se han encontrado varios aspectos que han supuesto una dificultad para encontrar información:

- En la primera fase de búsqueda, la palabra “psicoeducación” uno de los ejes principales del trabajo, no existía como término MeSH.
- Mucha bibliografía que consideraba relevante para el trabajo, no se encontraba en su totalidad en las bases de datos, y por lo tanto se hubo que excluir esos artículos para el trabajo.

CAPÍTULO 1: LA ESQUIZOFRENIA

1.1 DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

Etimológicamente hablando, “esquizofrenia” surge del nexo de dos palabras griegas: la primera “*Esquizo*” cuyo significado es escindir; y la segunda, “*Frenia*” que significa mente. El resultado es el término “*mente escindida*”, es decir, mente apartada de la realidad (6). La esquizofrenia, por tanto, es un trastorno mental grave caracterizado por una distorsión crónica de la percepción, pensamiento y emociones (6); y dado que el tratamiento minimiza los síntomas, pero no los elimina, es considerada como una de las primeras diez causas generadoras de discapacidad al influir muy negativamente en la independencia y en la vida personal, laboral, social de quien la padece (7–9) (34).

Esta enfermedad se suele diagnosticar entre los 15 y 25 años, en hombres y entre los 25-35 en mujeres; y aunque puede aparecer antes o después, no es frecuente antes de los 10 ni después de los 50 años (35). En cuanto a su prevalencia de aparición, es del 1% (10), y según señalan las investigaciones, no existe un único factor etiológico, sino que su aparición depende de un amplio abanico de ellos que afectan al genotipo y al fenotipo (10) como los factores que se van a desarrollar a continuación (6):

Factores genéticos: En primer lugar, se ha de destacar el papel del modelo de vulnerabilidad- estrés. Según este, una persona con una predisposición genética innata o adquirida, en combinación con circunstancias estresantes es más sensible a padecer la enfermedad, que otra que no tenga esa predisposición genética (11).

Además, existen multitud de estudios que avalan, que el peso específico de la herencia genética en la aparición del trastorno es del 81% (12). Se conoce que en un 10% de personas cuyos parientes de primer grado padecen la enfermedad, ésta, se manifiesta, en un 60% de probabilidad en los gemelos homocigóticos, y en 50% en los hijos de padres esquizofrénicos (35). Además, en la actualidad se han identificado importantes hallazgos; por un lado los genes, que con mayor relevancia en la manifestación de la enfermedad, entre los cuales se destacan: **Disbindina**, localizado en el cromosoma 6, **Neuroregulina 1**, en el cromosoma 8, el **gen DAAO** ubicado en el cromosoma 12 y finalmente el **gen G72**, en el cromosoma 13 (12). Por otro lado, también se han reportado hallazgos en relación con el fenotipo, mediante la manifestación de anormalidades físicas menores, como la implantación baja de orejas y altura anormal del paladar o menor circunferencia cefálica (12,13)

Factores biológicos como la química cerebral; se ha descubierto que la hiperactividad de algunos neurotransmisores como la dopamina o una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos, pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad (10).

Existen estudios que relacionan que, en el segundo trimestre de embarazo, es necesario evitar la exposición a procesos infecciosos como la toxoplasmosis, citomegalovirus, virus del herpes simple tipo 2 o el virus de la influenza, ya que se relaciona con un riesgo más elevado de que el feto desarrolle la enfermedad (7,12)

En cuanto a la estructura cerebral se han encontrado, alteraciones encefálicas tanto *post-mortem* como *in vivo*. Post-mortem, toman relevancia tanto los hallazgos macroscópicos de una atrofia frontal, como los microscópicos de dimorfismos (10). Por otro lado, *In vivo* y mediante técnicas de tomografía computarizada y resonancia magnética se ha descubierto: una dilatación de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, un aumento del tamaño de los surcos corticales, y una atrofia cerebelosa (derivados de la clínica del paciente) (10). También, mediante

la ya mencionada resonancia magnética, se han obtenido datos de una reducción tanto del tamaño como de la funcionalidad de los lóbulos frontales y del cuerpo calloso (10).

Factores socioculturales según diversas investigaciones, dos factores que generalmente no se tienen en cuenta, pero son claramente precipitantes de la esquizofrenia, son el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, debido a la dificultad al acceso de los servicios de salud; y la cultura, por el estigma hacia la enfermedad mental desarrollado en ciertos países (14).

Factores ambientales: Otro factor importante a tener en cuenta es el abuso de sustancias, concretamente, las sustancias psicoactivas como la cocaína, el éxtasis, el cannabis, marihuana, tabaco y alcohol, ya que pueden inducir a experiencias psicóticas tempranas y permanentes (35). Se conoce que del 30-40% de las personas que padecen de esta afección presentan problemas con el abuso de alcohol, de un 15- 25% problemas con el cannabis, y del 5-10% abusan o son dependientes de la cocaína (34).

1.2 SINTOMATOLOGÍA

El amplio abanico de síntomas que se desarrollan en la esquizofrenia se agrupa principalmente en (8):

Síntomas positivos: comportamientos que no se suelen ver en personas sanas. Esta sintomatología es útil para identificar fases agudas o brotes que pueden aparecer de forma puntual y luego desaparece; o bien, pese a cumplir el tratamiento se estabilizan en el tiempo lo cual supone un mal pronóstico. Entre los síntomas positivos encontramos (7,8):

- Alucinaciones: La persona que las padecen, ven, oyen, huelen o sienten cosas que no son reales.
- Delirios: La persona cree cosas que no son ciertas, como que le persiguen, que hay otros que quieren hacerle daño...
- Trastornos del pensamiento, como hablar de forma incoherente, dar respuestas que no corresponden con la pregunta hecha, cambiar de tema de forma repentina sin ninguna razón aparente.
- Trastornos del movimiento, mediante la ejecución de movimientos corporales anormales, o en su defecto dejar de moverse, o de hablar por un tiempo, que es lo que se conoce como catatonia.

Síntomas negativos: corresponden al componente central y son los causantes a largo plazo de gran parte de la discapacidad en pacientes con esta patología (8).

Estos síntomas se caracterizan por la ausencia o disminución de comportamientos y funciones normales, relacionados con la motivación y el interés, o la expresión verbal o emocional.

Entre los más comunes encontramos (8):

- Problemas para planificar y mantener una actividad como ir a la compra.
- Embotamiento/aplanamiento afectivo, que se caracteriza por tener dificultad para expresar sentimientos positivos o negativos.
- Falta de expresión facial, también conocida como hiponimia.
- Dificultad para sentir felicidad o placer (anhedonia)
- Retraimiento social.
- Apatía, desmotivación

Además, de los síntomas positivos y negativos, en ocasiones se asocia otra sintomatología que hace referencia a **síntomas cognitivos**, que limitan la independencia y la autonomía laboral, y que son de difícil identificación. Se trata de: disminución de la atención, memoria verbal y funciones ejecutivas; y los síntomas **afectivos** como la depresión, la ansiedad y los intentos autolíticos (7,8).

Dado este amplio abanico de síntomas, hace ya muchos años se vio la necesidad de clasificarlos para poder establecer los diagnósticos correspondientes. En el año 1900 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el primer manual conocido como el “International Classification of Diseases (IDC)/ Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)” en el que se incluían únicamente las enfermedades mentales con causas orgánicas (15). A partir de este momento, y hasta el año 1948 con un total de 6 ediciones, Europa fue el continente puntero en la clasificación de enfermedades mentales (15). Mientras tanto Estados Unidos se centró en la creación de otro manual que vio la luz en 1932, el Standard Classified Nomenclature of Diseases (SCND), en un intento de igualar el modelo europeo (15).

Con la llegada de la Segunda Guerra Mundial, y el declive que esta dejó, los soldados afectados pidieron que hubiese un manual con un lenguaje común al resultar imposible la clasificación de muchas enfermedades por la existencia de estos 2 manuales. Es por ello por lo que se creó el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tomando como ejemplo el IDC, quedando este último sustituido por las novedades que poseían las nuevas ediciones de este nuevo manual, como lo fueron la inclusión de los criterios con los que se creaban las categorías, y la ampliación a 5 ejes diagnósticos entre los que se incluyeron patologías como el retraso mental (15).

Así, sucesivamente se fueron produciendo nuevas ediciones hasta llegar a las más actuales, como lo son el CIE/IDC- 11 y el DSM V, siendo este último el elegido para la realización de este trabajo (16).

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL DSM-V (16)

1º El paciente debe experimentar 2 o más síntomas característicos a continuación descritos, en un intervalo de al menos 1 mes (16) (34):

- Alucinaciones
- Delirios sobre algo inapropiado, de control o pasividad
- Discurso desorganizado
- Eco, robo o inserción del pensamiento
- Conducta catatónica o comportamiento desorganizado
- Síntomas negativos: disminución de la competencia social, hipobulia (falta de voluntad) aislamiento social...
- Y el más característico de esta enfermedad, que es la falta de “Insight” lo que se define como falta de conciencia de enfermedad.

2º El nivel de funcionamiento de uno o más ámbitos, como el laboral, social o personal desde el inicio del trastorno, está muy por debajo del nivel que presentaba antes del inicio de este (16).

3º Los signos continuos del trastorno han de persistir al menos 6 meses, entre los cuales se incluye el mes de síntomas que cumplen con el criterio A considerando a éste, la fase activa

del trastorno. En el resto de los meses se suelen encontrar síntomas prodrómicos o residuales, además de algún que otro positivo (16).

4º Se han de haber descartado los trastornos esquizoafectivos y trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas por 2 razones: (16)

1. No se han producido episodios maníacos o depresivos mayores en paralelo a los síntomas de fase activa.
2. Si esos episodios se han producido durante el periodo de fase activa, solo han estado presentes una mínima parte del periodo total de la fase activa y fase residual.

5º Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos del consumo de ninguna sustancia u afección médica (16).

6º Si se ha diagnosticado en la infancia de espectro autista o trastorno de la comunicación, el diagnóstico de esquizofrenia sólo se añadiría en el caso de que las alucinaciones o los delirios, a parte de los síntomas característicos de la esquizofrenia descritos en el primer criterio, estén presentes al menos durante un mes (16).

1.3 CLASIFICACIÓN:

Tipos de Esquizofrenia según síntomas y cuadro clínico:

Esquizofrenia Paranoide: predomina una clínica alucinatoria y delirante sobre todo auditiva, en la cual los pacientes refieren oír voces que les increpan o dan órdenes, silbidos, risas murmullos y delirios de persecución entre otras cosas. Es el tipo más habitual de esquizofrenia, y el que mejor evoluciona (17) (34).

Esquizofrenia hebefrénica: Se caracteriza por importantes alteraciones afectivas las cuales no son las apropiadas del momento, como el reírse al recibir una mala noticia. A menudo se observan comportamientos como alteración de la voluntad con la consiguiente pérdida de iniciativa o un comportamiento irresponsable, risas inmotivadas, un comportamiento despectivo hacia otros, lenguaje desorganizado y discurso incoherente, clínica delirante... Se suele diagnosticar a edades tempranas, solo que no es muy perceptible por la ausencia de síntomas y la personalidad inmadura del enfermo (34).

Esquizofrenia catatónica los pacientes presentan trastornos psicomotores, como la arreactividad ante los estímulos realizados para captar su atención, mientras la conciencia sigue intacta. Su rostro permanece inexpresivo.

En los casos más graves se pueden ver manifestaciones como estupor o mutismo, catalepsia, negativismo, rigidez, excitación, flexibilidad cética (mantención de los miembros en posturas forzadas) mientras que en el interior del enfermo se pueden estar llevando a cabo una gran tormenta de pensamientos que le generan ansiedad y se traduce en la aceleración de la frecuencia cardíaca (17)(34).

En la vertiente contraria al estupor, el paciente también puede debutar con una actividad motora excesiva y ejecutar un mismo movimiento constante, denominado automatismos, y muecas (18).

Esquizofrenia indiferenciada: en esta tipología no se destaca un síntoma concreto para el diagnóstico (34).

Esquizofrenia residual: en este tipo, el paciente debe de haber pasado por un episodio previo de psicosis, pero en el momento actual no se aprecia sintomatología positiva. En esta fase suelen ser más notorios los síntomas negativos (34).

1.4 FASES:

La esquizofrenia es una enfermedad que cursa en cinco fases por las cuales el paciente va evolucionando, presentando unas características en la sintomatología, que se detallan a continuación.

Fase Prodrómica: tiene lugar antes de una crisis. Corresponde a una sintomatología poco específica (35), aunque sí que se ha observado que tiene cierto predominio la sintomatología positiva, con signos de ansiedad, irritabilidad e inquietud (12) (34).

Fase activa: Es en la que se desencadena la enfermedad. También es conocida como crisis o brotes, y su duración varía desde unas semanas hasta un año. Además, se caracteriza por un predominio de síntomas positivos como son las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento (12) (34).

Periodo crítico: Es un periodo de 3-5 años que surge posterior al debut de la enfermedad, y cursa con sintomatología positiva moderada y grave, deterioro cognitivo moderado, aislamiento social y conductas disruptivas, además de síntomas negativos (12).

Fase subcrónica: En ella se producen numerosas recaídas y/o reingresos hospitalarios. La sintomatología corresponde a positiva atenuada y síntomas negativos moderados. Además, el paciente sufre un deterioro clínico progresivo, influyendo tanto en el ámbito físico como psicológico (12).

Fase residual: Es en donde se produce un deterioro laboral, social y personal grave de la persona, influido en su totalidad por los síntomas negativos (34).

CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO

Como ya se ha mencionado en la introducción de este trabajo, tanto el concepto como el tratamiento en la Enfermedad Mental ha ido evolucionando desde la Edad Media (1) hasta la actualidad, donde se impone un abordaje integral en el que se incluye, rehabilitación psicosocial, intervenciones educativas y farmacoterapia (13,19), con el objetivo de reducir la sintomatología, facilitar la reintegración social, prevenir las recaídas y minimizar los efectos adversos (20). Así lo afirmó IR Falloon *“toda persona con un trastorno esquizofrénico debería ser atendida con una combinación de tratamiento antipsicótico óptimo, estrategias educativas dirigidas al paciente y su entorno, y estrategias cognitivas conductuales para mejorar objetivos laborales y sociales, reducción de síntomas residuales y atención asertiva domiciliaria”* (21)

En el año 1996 la OMS y la World Association For Psychosocial Rehabilitation (WAPR) elaboran una declaración dirigida a la rehabilitación psicosocial, centrada en la mejora de las capacidades del individuo y en las modificaciones ambientales que optimizan la calidad de vida de las personas (22). En este consenso, se recoge que la rehabilitación psiquiátrica hay que entenderla como un tratamiento continuado de aquellos aspectos de la enfermedad que llegan a ser persistentes y que conducen a una discapacidad (22). Esta incluye una mezcla de técnicas, como el adecuado tratamiento farmacológico, la psicoterapia, el entrenamiento de habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los propios pacientes, sus familias y la comunidad que los rodea (22).

A continuación, para profundizar en este tratamiento integral, se procede a desarrollar por un lado la farmacología y, por otro lado, la terapia psicosocial y educativa.

2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento de elección para la esquizofrenia son los fármacos antipsicóticos, también llamados neurolépticos (23); Los cuales, se caracterizan por normalizar las funciones cerebrales alteradas y prevenir las recaídas, además, de intentar conseguir que la dosis óptima del fármaco produzca la mayor mejoría clínica posible con los menores efectos secundarios. (17)

Esta medicación se lleva utilizando en la práctica clínica desde los años 50. Debido a esto, en la actualidad se dispone de un gran abanico de antipsicóticos con una naturaleza muy distinta entre ellos, pero con un mecanismo de acción común: el “efecto dopaminérgico” (17,21,23)

Los primeros fármacos utilizados corresponden al grupo de los antipsicóticos de primera generación, convencionales o típicos como clorpromazina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, flufenazina, tiorizadina, sulpirida, tiaprida y zuclopentixol (21). Estos, a su vez, se dividen en 3 grupos según la potencia antipsicótica que presentan, resultando así los de alta potencia, potencia intermedia y baja potencia (21).

Todos ellos, se caracterizan por su eficacia a la hora de resolver los síntomas positivos gracias a su gran acción anti-dopaminérgica. Sin embargo, no son capaces de reducir los síntomas negativos, llegando incluso en ocasiones a exacerbarlos, y por tanto influyendo muy negativamente en la calidad de vida y rehabilitación de la persona, ya que se conoce que esta sintomatología es la más incapacitante. (17,23)

Pero, el principal inconveniente que presenta esta medicación son los efectos secundarios, como los mencionados en la siguiente tabla, los cuales varían según de la potencia antipsicótica. (tabla 1.1)

Tabla 1.1 RELACIÓN ENTRE LA POTENCIA ANTIPSICÓTICA Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS

B A J A P O T E N C I A	F E N O T I A C I D A S		PARQUINSONISMO	ACATISIA	DISTONÍA AGUDA	DISCINESIA	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	SEDACIÓN
		LEVOPROMACINA	+	+	+	+	+++	+++
		PERFENAZINA	++	++	++	++	+	++
		FLUFENAZINA	+++	+++	+++	+++	+	+
		TIORIZADINA	+	+	+	+	+++	++
		CLORPROMAZINA	+				+++	+++

A L T A P O T E N C I A	BUIFERONAS		PARQUINSONISMO	ACATISIA	DISTONÍA AGUDA	DISCINESIA	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	SEDACIÓN
		HALOPERIDOL	+++	++	+++	+++	+	+
	TIOXANTENOS	ZUCLOPENTIXOL	+++	+++	+++	+++	+	+++
	BENZAMIDAS	SULPRIDA	++	++	++	++	+	+
		TIAPRIDA	+	+	+	+	+	+

Fuente: Elaboración propia (17,20,21,23–25)

Actualmente, como primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia, se utilizan otro grupo de antipsicóticos denominados **atípicos**, los cuales está demostrado que son más efectivos clínicamente a los convencionales, además, de que en la mayoría de los casos los pacientes sienten cierta predilección hacia ellos. (21)

Antipsicóticos atípicos: la gran diferencia con los típicos se corresponde a que no sólo actúan sobre los síntomas negativos y cognitivos, sino que además producen menos efectos secundarios (23).

Hoy en día se dispone de 2 tipos de antipsicóticos atípicos según su forma de administración, el tratamiento diario, y el tratamiento prolongado (17).

El **tratamiento diario**, se utilizan fármacos como la paliperidona, risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, amisupride y ziprasidona (17).

Como todo tratamiento tiene sus ventajas y sus desventajas, las cuales se van a describir a continuación (tabla 1.2):

Tabla 1.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO DIARIO.	
VENTAJAS	- Eficaz en el control de síntomas. - Fácil administración. - Independencia en la administración. - Permite el ajuste de la dosis.
DESVENTAJAS	- Toma de medicación diaria, lo cual recuerda al paciente su condición de enfermo. - Riesgo de atragantamiento. - Si el paciente se encuentra en situación de dependencia la familia se ha de encargar de la administración de este. - Pueden existir olvidos o sobre medicación. - Si tiene que ir de viaje, ha de tener en cuenta llevar todo el tratamiento con él.

Fuente: Elaboración propia. "Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares" (17)

Debido a que la mayoría de las desventajas que posee el tratamiento diario afectan a la calidad de vida del paciente limitando en gran parte su autonomía, se vio la necesidad de idear otra forma de administración, que fuese igual de eficaz, más cómoda, y que no interfiriese con la vida del paciente, propiciando así la correcta adherencia al tratamiento. Es por ello por lo que se inició el **tratamiento de liberación prolongada o "depot"** (17).

Antipsicóticos de acción prolongada o depot: Este tratamiento consiste en la administración del fármaco por vía intramuscular con el fin de que se vaya liberando de forma paulatina, para así mantener el efecto durante varias semanas hasta la nueva administración, que, dependiendo del seleccionado se pueden inyectar cada 2 semanas, cada mes o trimestral (17). Al igual que el tratamiento diario, tiene ventajas y desventajas, que en este caso son las que se recogen en la siguiente tabla (1.3):

Tabla 1.3	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO PROLONGADO.
VENTAJAS	- Eficaces. - Permiten una administración espaciada en el tiempo. - No se producen olvidos ya que se administra por vía intramuscular, y las citas de administración le serán recordadas por médico/enfermera/familia. Lo cual a su vez facilita el seguimiento del tratamiento y por tanto la adherencia a este. - Los niveles del fármaco se mantienen estables y continuos durante todo el día. Y por lo tanto menos efectos secundarios. - Reduce las recaídas. - Permite a la persona no sentir esa sensación de estar enfermo al ser las administraciones tan espaciadas. - Si el paciente se va de vacaciones no tiene que estar pendiente de su
DESVENTAJAS	- En ocasiones son reacios a la administración por vía intramuscular. - Se presenta mayor dificultad para ajustar la dosis. - Sienten dolor y eritema tras la administración. - En algunos casos no es suficiente y se ha de complementar con tratamiento oral.

Fuente: Elaboración propia. "Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares" (17)

Uno de los efectos secundarios más destacado de los antipsicóticos atípicos es el síndrome metabólico, caracterizado por presentar en conjunto, obesidad, hiperglucemia e hipertrigliceridemia, generalmente asociado a resistencia a la insulina. Además, esto puede derivar en cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedades por sobrepeso. Para ser diagnosticado, el paciente debe cumplir con 3 condiciones de las siguientes; 1º obesidad abdominal (perímetro abdominal superior a 102 cm en hombres y 88 en mujeres; 2º hipertrigliceridemia (triglicéridos séricos igual o superior a 150 mg/dl) y concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL menor de 40 mg/dl en hombres y 50 en mujeres); 3º presión arterial elevada (superior a 130/85; Glucemia en ayunas elevada (mayor de 110 mg/dl) Algunos antipsicóticos de segunda generación como la clozapina y la olanzapina provocan aumento de peso significativo (21).

2.2 EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA:

- Se conoce que mientras los antipsicóticos típicos o convencionales son eficaces en la resolución de los síntomas positivos, no lo son en la resolución de los negativos ni

cognitivos, y además de que producen bastantes efectos secundarios (23). Sin embargo, los antipsicóticos atípicos, han demostrado ser más eficaces sobre los síntomas positivos como negativos y cognitivos, así como producir menos efectos secundarios (21).

En caso de no ser efectiva la psicofarmacología en el tratamiento del paciente con esquizofrenia, está indicada **la terapia electroconvulsiva (TEC)** (21). Esta terapia consiste en *“la inducción de una convulsión mediante la administración de un estímulo eléctrico, a través de electrodos generalmente ubicados bilateralmente en el cuero cabelludo, en un paciente bajo sedación intravenosa o anestesia general”* (26).

Antes de comenzar con la terapia electroconvulsiva, el paciente ha de pasar una evaluación previa en la que se valorarán los siguientes aspectos (21):

- Historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico en el que se verifique el comienzo del tratamiento antipsicótico.
- Examen médico general en el que se valorarán los posibles factores de riesgo.
- Valoración anestésica.
- Obtención del consentimiento informado para la realización del procedimiento.
- Un informe en el que se detalle las indicaciones del tratamiento y los riesgos que este pueda conllevar.

Los principales efectos adversos de la TEC son cognitivos, propios de un estado confusional post-ictal transitorio y un periodo de alteración de la memoria tanto anterógrada y retrógrada que suele solventarse a las pocas semanas del procedimiento (21).

2.3 EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCOVULSIVA:

- Según las investigaciones esta técnica es altamente efectiva en: la esquizofrenia catatónica, casos con una intensa agitación, pacientes en los que esté contraindicado el uso de antipsicóticos, casos que cursen con depresión secundaria, y aquellos trastornos esquizoafectivos que sean resistentes a la farmacología (21).

2.4 REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial, parte de la confianza, el reconocimiento de sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta, para llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitadoras en las que se incluyen componentes biológicos, psicológicos y sociales (21,27).

En el tratamiento psicosocial se plantean los siguientes objetivos (21):

- Minimizar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones que le provoquen estrés.
- Facilitar tanto los procesos de recuperación como de adaptación a la vida familiar, social, formativa-laboral.
- Aumentar los recursos para la resolución autónoma de conflictos.
- Promover la adaptación a la enfermedad.
- Reducir la comorbilidad.
- Evitar las recaídas

La rehabilitación psicosocial se desarrolla en 4 fases (27):

1º Fase: Evaluación: se considera la parte más importante de la intervención rehabilitadora, ya que el objetivo principal es la elaboración de un diagnóstico exhaustivo del nivel de

funcionamiento del individuo con el fin de desarrollar un plan terapéutico adaptado al paciente. Para ello se realiza una valoración del individuo, del entorno familiar y del entorno en el que se desarrolla (27). Estas son algunas de las variables que se exploran: variables cognitivas como la memoria y la concentración; habilidades relacionadas con el manejo de la ansiedad, y respuestas a situaciones estresantes; habilidad para el autocontrol de la psicopatología tanto positiva como negativa; estilos de vida y comunicación entre los miembros de la familia y su círculo social; habilidades de las actividades de la vida diaria e instrumentales; y la relación del paciente con su entorno laboral y ocupacional (27).

2º Fase: Plan individualizado de rehabilitación: La elaboración del plan terapéutico se lleva a cabo en distintas fases (27):

- Identificación de las necesidades del paciente que necesitan rehabilitación, y de los factores de riesgo que puedan llegar a incapacitar al paciente.
- Establecimiento de los objetivos del tratamiento, a corto, medio y largo plazo.
- Definir una fecha límite para la revisión del cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Establecer las áreas de intervención, y los profesionales responsables de la intervención.
- Elaborar mecanismos de evaluación continua tanto del proceso como del resultado. Establecer áreas de intervención y profesionales responsables de su aplicación.

3º Fase: Intervención: Una vez elaborado el plan de actuación, hay que llevarlo a cabo mediante actividades como las que se van a desarrollar a continuación (27):

1. Terapia cognitivo-conductual:

Consiste en incitar al paciente a relacionar sus pensamientos, acciones y sentimientos con los síntomas actuales o pasados, con el fin de que entiendan de qué forma estos, influyen en sus emociones y su conducta. Además, se anima a que evalúen las creencias, percepciones y razonamientos sobre el objetivo marcado, promoviendo así el que corrijan lo que no están haciendo bien para lograr su objetivo, y adquieran habilidades y formas de pensar que les sirvan para adaptarse a las circunstancias del momento (21).

Para llevar a cabo esta intervención se desarrollan seis etapas descritas a continuación (28):

- Primera etapa denominada **enganche y evaluación**, en la que se valoran las emociones y creencias del paciente.
- Segunda etapa: que consiste en desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales eficaces con el fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas.
- Tercera etapa: basada en desarrollar un nuevo concepto de la psicosis, mediante la construcción de un nuevo modelo explicativo que facilite el desarrollo de conductas y cogniciones que ayuden a manejar la enfermedad y por tanto reducir recaídas.
- Cuarta etapa: se trabajan sobre los delirios y las alucinaciones visualizando a estas como respuestas derivadas de determinadas experiencias.
- Quinta etapa: en la que se trabaja el afecto y las autoevaluaciones negativas con el fin de acabar con los procesos de baja autoestima, desmoralización y descontrol que se quedan tras los delirios y las alucinaciones.
- Sexta etapa: consiste en el manejo del riesgo de recaída y la incapacidad social, y así, facilitar que la persona desarrolle habilidades que le permitan reducir la probabilidad de empeoramiento del trastorno.

2. Psicoterapia de apoyo

Los dos elementos esenciales en torno a los que gira esta terapia son el consejo y el apoyo, siendo este último, también, uno de los pilares más importantes del proceso rehabilitador,

ya que facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente (21).

Es considerada una modalidad muy adecuada para el paciente con esquizofrenia debido a el papel que cumple el apoyo emocional que los profesionales les brindan, lo cual se ve reflejado positivamente en el tratamiento de estos. Además, la alianza terapéutica que se crea juega un papel fundamental en la evolución de los pacientes , ya que porque les permite expresar sentimientos negativos pudiendo así contener otras conductas no deseadas (21)

3. Psicoterapia psicodinámica

Mediante esta intervención se consigue que el paciente aprenda a conocerse a sí mismo como persona y reconocer sus fortalezas (28). Esta terapia se realiza mediante sesiones basadas en la teoría psicodinámica o psicoanalítica (21). El punto más importante de esta terapia es la relación entre el paciente y el terapeuta, quien utiliza estrategias dirigidas a la conciencia de enfermedad (insight), y actividades de apoyo basadas en la transferencia (21).

4. Intervenciones familiares

Debido al gran impacto que supone la esquizofrenia no solo en el paciente, sino también en los familiares, y dado que esta, cumple un papel determinante en la evolución del paciente (21,28), se ha visto necesaria la creación de este tipo de terapias en las que la familia es la protagonista. En ellas se persiguen los siguientes objetivos (21):

- Construir una alianza con los familiares.
- Proporcionar información sobre el trastorno.
- Orientar en cuanto a los problemas de conducta y conflictos.
- Ayudar en la reducción del estrés familiar.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Potenciar la capacidad de los familiares en la anticipación y resolución de problemas.
- Reducir las expresiones de angustia y culpa en el entorno familiar.
- Mantener unas expectativas realistas en cuanto a la evolución del paciente.
- Conseguir un cambio significativo en el comportamiento de los familiares y en sus creencias.

5. Rehabilitación cognitiva

Debido a la disfuncionalidad en la que degenera en la mayoría de los casos la esquizofrenia, se llevan a cabo este tipo de terapias centradas en conseguir una mejora del rendimiento de las funciones cognitivas (21).

Está demostrado que la rehabilitación cognitiva consigue una mejoría de funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción de la hipofuncionalidad cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial en aquellos pacientes con mejor pronóstico (21).

Las intervenciones se pueden realizar tanto de forma grupal como individual, pero en ambas situaciones se debe llevar a cabo al menos una de las siguientes estrategias (21):

- Estrategias de restauración, cuyo objetivo consiste en reducir el déficit cognitivo existente.
- Estrategias de compensación, dirigidas a ayudar a compensar ese déficit cognitivo.
- Estrategias ambientales, basadas en enseñar al paciente a utilizar recursos de modo que puedan adaptar su déficit cognitivo y su conducta a las diferentes situaciones de la vida diaria.

6. Entrenamiento en habilidades sociales

Se conoce por “habilidades sociales” a aquellas conductas que resultan útiles en la interacción social, como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de los sentimientos internos y de las actitudes, el refuerzo social, la percepción del contexto, y la capacidad de generar respuestas adaptadas (21).

Esta terapia tiene como objetivos reducir el estrés y aumentar la capacidad de afrontamiento ante las dificultades en las relaciones sociales y permite fomentar las habilidades necesarias para relacionarse con los demás. Para ello, las técnicas empleadas, pueden ser de conductuales o de aprendizaje (21), y dependiendo de lo que se quiera reforzar y las características del paciente existen 3 modalidades (21):

- Básico (motor skills model) las conductas complejas son repartidas en pasos mucho más sencillos, y son aprendidos por medio de la escenificación (role playing) (21).
- Modelo de resolución de problemas sociales, centrado en aquello que se debe cambiar, como el manejo de la medicación, síntomas, tiempo libre, niveles básicos de conversación y el cuidado personal (21).
- Modelo de resolución cognitiva, se basa en una intervención grupal donde el proceso de aprendizaje se centra en reforzar actividades como la atención y la planificación (21).

Entre los efectos que más destacan de esta intervención se han recogido los siguientes: mejora de las habilidades que dotan al paciente de independencia, y las que se relacionan con el manejo del tratamiento y los síntomas (21).

7. Entrenamiento en actividades de la vida diaria.

Debido al déficit funcional que en ocasiones sufren las personas diagnosticadas de esquizofrenia, muchas de las capacidades que los hacen cumplir con las exigencias de sus roles quedan alteradas. Para solventar esto, se aplica esta terapia cuya finalidad es ayudar a la persona a mejorar la funcionalidad y por tanto desarrollar autonomía. (21)

Entre las actividades de la vida diaria trabajadas en esta intervención existen 2 modalidades: Las actividades básicas de la vida diaria, orientadas al cuidado del propio cuerpo, como higiene personal, alimentación, vestido, movilidad, y descanso y sueño. En segundo lugar, las actividades instrumentales de la vida diaria, que son aquellas relacionadas con la interacción con el entorno, como cuidado de otras personas o animales, mantenimiento y limpieza del hogar, hacer la compra, defenderse en los medios de transporte, cuidado de la salud y preparación de comida. (21)

8. Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.)

Son un conjunto de actividades terapéuticas que ayudan al paciente a utilizar recursos, para comunicarse y expresarse mediante intervenciones verbales y no verbales (expresión artística, musical, corporal) (21,28).

9. Apoyo a la inserción laboral

Como ya se ha mencionado anteriormente, las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para acceder al ámbito laboral ya que existe un alto índice de desempleo en esta población, mayoritariamente debido al estigma social que provoca la enfermedad mental (21). Los programas de rehabilitación están dirigidos a pacientes no institucionalizados y estabilizados psicológicamente, para ofrecerles apoyo en el desarrollo de actividades para la inserción laboral. (21)

10. Recursos de vivienda

En la actualidad y siguiendo el modelo social que rige en España, se establece que para afirmar que una persona está plenamente integrada en la sociedad, esta ha de poseer de, un trabajo, actividades de ocio y una vivienda, siendo esta última la principal, por ser el punto de partida de la integración de la persona en la sociedad (21). Para ayudar a conseguir este objetivo existen diversos recursos, como pisos protegidos o autónomos, casas hogar, o residencias (27). Estos son seleccionados en función de las distintas circunstancias y diferentes capacidades y necesidades de ayuda que necesita la persona según el momento (21).

4º Fase: Evaluación de los resultados y seguimiento: en esta etapa se lleva a cabo la valoración de la eficacia de las intervenciones, y la identificación los problemas que hayan podido surgir a lo largo del proceso (27). Esta evaluación de los resultados se determina en 2 niveles (27). Un primer nivel en el que se realizan las mismas pruebas que en la fase de evaluación inicial, mediante autorregistros que los pacientes y familiares rellenan antes, durante y después de la intervención; y un segundo nivel, en el que se determina si los resultados positivos solo se cumplen en el centro de trabajo, o se trasladan también al entorno donde vive y se relaciona el paciente (27).

2.5 EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

Tras la fase de evaluación de los resultados, se ha visto que la rehabilitación psicosocial resulta efectiva por las siguientes razones (27):

- Mejora la capacidad de las familias para incitar al paciente a lograr un mejor funcionamiento social.
- Disminuyen significativamente la carga emocional de las familias.
- Los individuos a los que ha ido dirigida la intervención, quedan satisfechos con el servicio ofrecido.
- Son tratamientos más económicos.
- Facilitan la adherencia al tratamiento junto con la farmacoterapia.
- Disminuyen las recaídas.
- La terapia cognitivo-conductual influye positivamente en la disminución de sintomatología, en pacientes que son resistentes al tratamiento.
- Ayuda a las personas, en la inclusión tanto en el entorno social como en el laboral.

2.6 PSICOEDUCACIÓN

La primera vez que se hizo referencia a la psicoeducación, sucedió en 1911 en el artículo “Psychotherapy and reeducation” escrito por el Dr. John Donley y publicado en la revista “The journal of abnormal psychology” (29). Más tarde, Kurt Goldstein dio a conocer el primer vestigio de una intervención psicoeducativa, en este caso, para el tratamiento tras un primer episodio psicótico (30); pero, la base de la hoy conocida como psicoeducación, aparece años más tarde con CM. Anderson (1981), a consecuencia de la necesidad que veía de educar a los familiares con “*altas emociones expresadas*”, concepto que según George Brown (1972), aludía a las características emocionales y conductuales que los familiares infligían al paciente, influyendo desfavorablemente en el pronóstico y evolución de los pacientes, y favoreciendo las recaídas de este (6). Persiguiendo esta meta diseñó un programa que se centraba en educar a los familiares y pacientes sobre los síntomas y el desarrollo de la enfermedad esquizofrénica con el objetivo de evitar recaídas, mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir la disfuncionalidad (9,31).

Se conoce por el término “psicoeducación” a una herramienta viable, económica y efectiva dirigida a garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida y bienestar de la persona (29).

Consiste en una variedad de técnicas que involucran procesos cognitivos, biológicos y sociales con el objetivo de dotar de información específica y basada en la evidencia acerca de la enfermedad y así evitar recaídas, reforzar el conocimiento, mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la discapacidad (19,29,32).

Un programa psicoeducativo consta de varias sesiones de trabajo pudiendo ser individuales, grupales (ya sea de personas con la misma patología o bien entre familiares) o conjuntas entre el paciente y la familia de éste (32). Las sesiones son impartidas por diferentes profesionales sanitarios, entre los que se encuentran psicólogos, psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales (9). En cuanto a los temas que se abordan corresponden a la definición, causas, diagnóstico, recaídas, tratamiento, rol de la familia en el proceso de enfermedad y el pronóstico; además, de otros aspectos que vayan surgiendo a lo largo del programa (32).

Para llevar a cabo una intervención psicoeducativa, y que sea efectiva, es esencial asegurar el cumplimiento de los siguientes 5 pilares básicos (32):

En la actualidad, en función del objetivo a conseguir y el estado del paciente se llevan a cabo dos tipos de intervenciones psicoeducativas. Un primer modelo de breve duración, en el que se prioriza transmitir únicamente información relevante para el paciente; y un segundo, que suele abarcar periodos largos de tiempo que se centra en la conducta y que trata aspectos como la detección y manejo precoz de síntomas o la reestructuración de prejuicios de la enfermedad. (29)

La intervención psicoeducativa se desarrolla en 3 fases en orden cronológico:

- Fase educativa en la cual se persigue el desarrollo óptimo de las facultades del paciente, para tomar una decisión desde el completo conocimiento de su enfermedad, como los síntomas, signos de alarma, o el tratamiento a seguir. El objetivo es que los pacientes se integren en la sociedad (9,32).
- Fase de jerarquización de problemas, déficits o necesidades. En donde se priorizan los problemas o situaciones que suponen un inconveniente para el paciente Y/o los familiares. Para el abordaje es importante establecer tres etapas: la **identificación del problema**, el **planteamiento de los objetivos**, **planificación de tareas**, la **escenificación del problema**, y por último el **establecimiento del refuerzo** (9,32).
- La última fase se conoce como fase práctica de las habilidades aprendidas de la vida cotidiana, y consiste en trabajar las situaciones de la vida diaria de forma gradual hasta que llegue un momento en el que puedan reintegrarse a sus actividades en la “vida real” (9,32).

2.7 EFICACIA DE LA PSICOEDUCACIÓN:

Se ha demostrado gracias a un artículo en donde se realiza una revisión bibliográfica de 56 estudios elaborados en nuestro país (9), que la combinación de farmacoterapia y un programa de psicoeducación son efectivos por las siguientes razones (9,33):

- Mejorar la actitud y el comportamiento tanto del paciente como de la familia frente a la enfermedad.
- Aumentar el estado de salud y calidad de vida del paciente.
- Aumenta la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud
- Mejora el estigma sobre los enfermos mentales.
- Evita y previene las recaídas y rehospitalizaciones.

- Permite el desarrollo de habilidades.
- Favorece la adherencia al tratamiento
- Mejora la clínica de síntomas positivos y negativos, reduciéndolos e incluso llegando a revertirlos por completo.
- Permite al paciente y a la familia aumentar los conocimientos acerca de la enfermedad.

Para que se den estas situaciones arriba mencionadas, los profesionales encargados de la intervención psicoeducativa, tienen que llevar a cabo los 5 pilares básicos de la psicoeducación; son los siguientes (32):

- Alianza terapéutica.
- Brindar información basada en la evidencia.
- Propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad.
- Integración del paciente en su rol familiar.
- Continuidad en el cuidado del paciente institucionalizado.

CONCLUSIONES

- Tanto el concepto como el tratamiento de la esquizofrenia han ido evolucionando a lo largo de los años hasta llegar a lo que hoy en día se conoce como el abordaje integral.
- La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica con una prevalencia de aparición del 1% y sin una etiología clara, conocida como 1 de las 10 causas generadoras de discapacidad en nuestro país (34) (9).
- Con respecto a el tratamiento farmacológico, se ha demostrado que: los antipsicóticos típicos o convencionales son eficaces en la resolución de los síntomas positivos, no lo son en la resolución de los negativos ni cognitivos, y además de que producen bastantes efectos secundarios (23). Sin embargo, los antipsicóticos atípicos, han demostrado ser más eficaces sobre los síntomas positivos como negativos y cognitivos, así como producir menos efectos secundarios (21).
- El tratamiento a desarrollar con el paciente con esquizofrenia ha de ser integral en el que se incluya, un tratamiento y rehabilitación psicosocial, combinado con la farmacoterapia (19), ya que la farmacoterapia minimiza los síntomas, pero no los elimina, dejando a su paso un deterioro cognitivo significativo. Es por ello por lo que se han de utilizar terapias como las psicosociales enfocadas a una mejorar el funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción de la hipofuncionalidad cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial en aquellos pacientes con mejor pronóstico (21).
- La psicoeducación es una terapia psicosocial, viable, económica y efectiva dirigida a garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida y bienestar de la persona que tiene su origen en los años 80 de la mano de CM Anderson, conocido como el emprendedor de los nuevos tratamientos del paciente mental basados en las terapias psicosociales. Pero no es hasta hace relativamente poco, en 1996 cuando la OMS emite un tratado en el que se reconoce la eficacia de las terapias psicosociales y por ende la psicoeducación en combinación con la farmacoterapia en el tratamiento del paciente esquizofrénico (6,22,29).
- Me ha sorprendido que a la hora de buscar contenido para la elaboración del trabajo haya tenido que elegir artículos, trabajos y guías de práctica clínica fuera del rango de tiempo que había propuesto (2010-2020) porque no había mucha bibliografía sobre las terapias psicosociales ni sobre la psicoeducación. Por ello es por lo que creo que siendo la esquizofrenia una enfermedad tan presente y castigada en la sociedad (por el desconocimiento) se debería de investigar mucho más ya que como se referencia a lo largo del trabajo, estas terapias realmente funcionan, y ayudan al paciente a integrarse en la sociedad y mantener una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Florit-Robles A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apunt Psicol.* 2006;24(1-3):223-44. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84941/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Enric J. N, Rafael H. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud.* 2010;21(3):205-19. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>
3. Fernández Benítez B. Informaciones Psiquiátricas 207. *Inf Psiquiátricas* [Internet]. 2012;209:283-87. Disponible en: <http://www.hospitalarias.org/index.php/publicaciones>
4. García Cabeza I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2008;28(1):9-25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>
5. Berrios GE. How to write a useful history of schizophrenia. *Cómo escribir una historia útil de la Esquizofrenia* . *Vertex* [Internet]. 2010;21(93):349-58. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79953808912&partnerID=40&md5=c5d0e6abda84ea929f0f00927d298cab>
6. Abeleira Padín G. Esquizofrenia. *Rev Bras Med.* 1998;55(3):84-96. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/09617080-d732-3a5e-b949-476866fe4468/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Ba2755eed-4925-4bb7-b95c-5cd6beb8772d%7D
7. FRANKL VE. La Esquizofrenia. *La Psicoter al alcance todos.* 2019;116-20. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctvt7x7nn>
8. NAMI. Esquizofrenia. 2017. Disponible en: [https://nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/FactSheets/Spanish_Schizophrenia_\(esquizofrenia\).pdf](https://nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/FactSheets/Spanish_Schizophrenia_(esquizofrenia).pdf)
9. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez-Villalba AM, García Valencia J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015 Jul 1;44(3):143-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n3/v44n3a04.pdf>
10. Lozano J. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. *Offarm Farm y Soc.* 2002;21(9):104-14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13038007>
11. Lopez Campos J. CURSO EVOLUTIVO Y TRATAMIENTOS de la esquizofrenia Trabajo de fin de master. 2019;1-31. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/186216/TFM_2019_LopezCampos_Jessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Asociación psiquiátrica mexicana. Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. *Salud Ment* [Internet]. 2014;37(1 suplemento):VII-118. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf%5Cnhttp://www.redalyc.org/arti>

culo.aa?id=58237779001

13. Crespo, B., Pérez, R., Gaite, L., Peña, M., & Mata, I. Guía de Psicoeducación. guía de psicoeducación de Psicosis. 2010;103–11. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>.
14. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, Alzate M, Olarte A, Cendales R, et al. Prognostic factors for schizophrenia during first psychotic episode. Rev Salud Publica (Bogota). 2007;9(3):455–45564. Disponible en: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v9n3/v9n3a14.pdf
15. del Barrio V. Raíces y evolución del DSM. Rev Hist Psicol [Internet]. 2009;30(23):81–90. Disponible en: file:///D:/Victor/Documentos/Estudio/Proyecto grado/Historia TAP/Dialnet-RaicesYEvolucionDelDSM.pdf
16. del Barrio V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set. 2004. 607–614 p. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCesquizofrenia.pdf>
17. Diaz Marsa M. Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares. Guía. 2013. 11–38 p. Disponible en: <https://www.esquizofrenia24x7.com/recursos/guia-pacientes-familia>
18. Consultiva C, Enfermería DECDE. Comision consultiva de cuidados de enfermería (2010-2011) 1. 2011; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57008/1/Manual%20de%20Procedimientos%20de%20enfermeria%20de%20salud%20mental%20de%20Madrid.pdf>
19. Ulloa FRE, Sauer VTR, Apiquian GR. Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. Salud Mental. 2011;34(5):429-433. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115e.pdf>
20. Gómez E. Farmacoterapia de la esquizofrenia | Farmacia Profesional. Elsevier [Internet]. 2006;73–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212>
21. 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. Nº 2006/05-2. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/f9101d0e-fa98-32dd-b8e1-ad98d5e1444b/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B21ceeef6-a422-4052-bef7-c7cd733278f7%7D. 2009.
22. Taborda Zapata E, Montoya Gonzalez LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. Rev Colomb Psiquiat [revista en Internet] 2016 [acceso 11 julio 2020]; 45(2):118-123. 2015;5(2):118–23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a09.pdf>
23. Diosdado M. Habilidades e Terapéutica. Cad Aten Primaria. 2013;124–7. Disponible en:

- https://www.agamfec.com/antiga2013/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_3/4.Habilidades-e-terapeuticas/Habilidades_e_Terapeuticas_vol19_n3_2.pdf
24. Modroño G, Arbesú JA, Bastida L, Caunedo PJ, Garcia S, Ordóñez L, et al. Guía Con Recomendaciones Para El Tratamiento Farmacológico De La Esquizofrenia En El Adulto. 2015;1–28. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/486846/Recomendaciones+trat+esquizofrenia+Sespa.pdf/2058bda4-9d4c-711f-b362-de5a8542e077>
 25. Dña A, Dopazo B, Álvaro D, Martínez D, Martínez DEG. TRABAJO FIN DE GRADO Farmacogenética y antipsicóticos: eficacia terapéutica y reacciones adversas . efficacy and side effects . 2020;
 26. Jarpa S, Cruz A. Terapia Electroconvulsiva y Estimulación Magnética Transcraneal. 2020;14(2). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1123594/revista-anacem-141-58-67.pdf>
 27. Garcelan SP. La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. Inf Psicol [Internet]. 2015;(83):37–46. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365>
 28. Montañó L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica. 2013;4(1):86–107. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/7338184e-6e29-30c4-917f-ecab34ad9ec0/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Be5861411-479d-4762-b3d7-8e677f551eb5%7D
 29. Campero M, Ferraris L. La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. Inmanencia Rev del Hosp Interzon Gen Agudos Eva Perón. 2015;4(2). Disponible en: <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6297>
 30. Herrero MJ de P. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SUS FAMILIARES Trabajo de Fin de Grado : HERRAMIENTAS DIGITALES. UVA [Internet]. 2013; Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2703/1/TFG-G_134.pdf
 31. Díaz Luján P. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Autora: Trabajo de fin de grado de psicología. 2013; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15396/Evaluacion%2c%20diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20esquizofrenia..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 32. Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enfermería Univ [Internet]. 2017;14(3):207–18. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/25/24>
 33. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev Médica Clínica Las Condes. 2020;31(2):169–73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195?pes=vor>

34. Jiménez Hernández, D, Actualización en el manejo y tratamiento del paciente con esquizofrenia, Portales médicos, 2010. [online], Disponible en:
<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2111/3/Actualizacion-en-el-manejo-y-tratamiento-del-paciente-con-esquizofrenia> [Accessed 16 February 2021].