

*“Si nos mantenemos uno al lado del otro,  
apoyándonos y acompañándonos, si hacemos realidad el  
espíritu de equipo, si pese a las diferencias podemos  
conformar un grupo humano para enfrentar juntos  
todo tipo de situaciones, si somos conscientes del sentimiento  
de compartir; la vida será mas simple...  
y el vuelo de los años, más placentero”*

*Claudio Maria Domínguez, 2004.*

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que asisten a A.C.A.P.E.F; a los familiares y a los pacientes que nos dedicaron amablemente su tiempo y dedicación.

Al Dr. Raimundo Juan Muscellini por habernos abierto las puertas de dicha institución y por ser el gestor de nuestras dudas de investigación.

Al equipo terapéutico integrante de A.C.A.P.E.F que nos facilitaron información bibliográfica y experiencial.

A la Lic. Viviana Cadenazzi que nos asesoró incesantemente nuestras dudas metodológicas y de redacción.

A Mario Malka que colaboró con todos los arreglos estéticos y formatos indispensables para la investigación de nuestro trabajo.

A mi abuela que sin su apoyo y existencia me hubiese sido imposible cursar y terminar mi carrera.

A mi mamá a la que le hubiera gustado verme recibida.

A mi tío por haber estado siempre a mi lado acompañando y evacuando todos y cada uno de mis problemas.

A Dobra que ha sido, durante su año y cuatro meses, mi inseparable compañera motivándome por su sola existencia.

A mis amigas y compañeras Cecilia Martínez y Yanina Malagnini que me supieron respetar y contener en los mejores y peores momentos.

Al resto de mi familia y amigos que creyeron en nuestra labor diaria.

A mi papá Giuliano “mi gordo” que me brindó su apoyo incondicional para poder empezar a volar.

A mi vieja y abuela que fueron mis ángeles en todo momento.

A vos Manu que compartiste todas mis ganas y deseos por cumplir mi meta.

A mi familia que con todo su apoyo y esfuerzo han permitido que llegue a esta instancia tan importante de mi vida.

A Claudio por haberme acompañado día a día en este largo proceso de aprendizaje.

Gloria Alicia Guillén, Yanina Malagnini y María Cecilia Martínez.

**INDICE**

<b>POEMA</b> .....	1
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	2
<b>INDICE</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>PROBLEMA</b> .....	9
<b>MARCO TEORICO</b> .....	10
<b>Capítulo 1</b>	
1.1 <i>Historia de la Esquizofrenia</i> .....	11
1.2 <i>Clasificación y Criterios Diagnósticos según el DSMIV y el CIE-10</i> .....	16
1.3 <i>Causas y Prevalencia en la Esquizofrenia</i> .....	23
1.4 <i>Síntomas en la Esquizofrenia</i> .....	29
1.5 <i>Modelos de Abordaje en la Esquizofrenia</i> .....	36
<b>Capítulo 2</b>	
2.1 <i>Funcionalidad y Funciones Cognitivas</i> .....	52
2.2 <i>Funcionalidad y Síntomas</i> .....	58
<b>Capítulo 3</b>	
3.1 <i>Psicoeducación Familiar</i> .....	68
3.2 <i>Modelos de Abordajes Psicoeducativos</i> .....	69
3.3 <i>Modelo de Abordaje Psicoeducativo de Julian Leff</i> .....	72
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	98
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	99
<b>MARCO METODOLOGICO</b> .....	100
<b>PRESENTACION DE ESTUDIOS</b>	
Nº1 <i>Presentación de Resultados de la Escala GEOPTE</i> .....	119
Nº2 <i>Presentación de frecuencias absolutas de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico</i> .....	121
Nº2 <i>Presentación de resultados de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico</i> .....	143
Nº3 <i>Presentación de frecuencias absolutas de la entrevista Semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización</i>	

## “Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”

<i>de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.....</i>	146
N°3 <i>Presentación de resultados de la entrevista semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.....</i>	181
N°4 <i>Presentación de resultados del coeficiente de correlación de Spearman en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico.....</i>	185
N°4 <i>Presentación de resultados en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico.....</i>	189
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE ESTUDIOS</b>	
N°1 <i>Análisis y discusión de resultados de la escala GEOPTE.....</i>	191
N°2 <i>Análisis y discusión de resultados de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico.....</i>	193
N°3 <i>Análisis y discusión de resultados de la entrevista semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.....</i>	195
N°4 <i>Análisis y discusión de resultados en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico.....</i>	199
<b>INFERENCIAS</b>	
<i>Inferencias en cuanto a la importancia que tiene la psicoeducación familiar en la percepción de las funciones cognitivas básicas y sociales del paciente esquizofrénico.....</i>	201
<b>CONCLUSIONES.....</b>	214
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	224

<b>ANEXO</b> .....	230
<i>Modelos de Entrevistas Semiestructuradas</i> .....	231
<i>Modelo de Escala GEOPTE</i>	
<i>Modelo de Consentimiento Informado</i>	
<i>(Las entrevistas originales como los consentimientos informados serán presentados el día de la defensa oral)</i> .....	235

ABSTRACT

Título: Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas en el Paciente Esquizofrénico.

Area: Clínica- Psicología Cognitiva

Autores:

- Guillén, Gloria Alicia
- Malagnini, Yanina
- Martínez, Maria Cecilia

Director: Dr. Raimundo Juan Muscellini.

Año: 2007

La esquizofrenia es una patología del neurodesarrollo de génesis multicausal que produce en el individuo un deterioro psiconeurocognitivo.

Las funciones cognitivas básicas y de cognición social se encuentran afectadas influyendo en la funcionalidad. Esta investigación apunta a describir la importancia de la psicoeducación familiar en la percepción de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico.

La muestra se conforma por 15 familiares y 15 pacientes, seleccionados de manera no aleatoria-no probabilística y accidental.

Para la recolección de datos se empleó la Escala para la Cognición Social en la psicosis (GEOPTE) y dos entrevistas semiestructuradas para el familiar cuidador.

Para el análisis se utilizó la media geométrica (MG) y el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Conclusiones: Los resultados de la escala GEOPTE muestran que 7 de 15 casos se acercan al peor estado de cognición social posible.

La percepción que tiene el familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del familiar esquizofrénico se modifican con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

A nivel estadístico no existe correlación significativa entre la percepción de las funciones cognitivas y el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Palabras Claves: Esquizofrenia –

Psicoeducación Familiar - Percepción - GEOPTE -

Funciones Cognitivas - Tiempo.

Firma Autores

Firma Director (Asesor)

## INTRODUCCION

La historia de la enfermedad mental ha sufrido vertiginosos cambios desde su concepción hasta nuestros días. En un comienzo la “locura” era conocida como aquel camino que conducía a una persona a la encarcelación y a su irremediable deshumanización, se perdía el respeto por el ser humano enfermo asignándole el título de peligroso. Por este motivo toda la preocupación recaía en erradicar, encerrar y ocultar cualquiera de estos sujetos presentes en la sociedad. Desde el siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX los avatares políticos, sociales, económicos y científicos dieron lugar a nuevas perspectivas, acepciones y abordajes en el tratamiento de lo médico- psiquiátrico.

Las últimas décadas han representado álgidas modificaciones desde la óptica psicológica tanto de las actitudes como de los abordajes de las enfermedades mentales. El paciente sale del encierro para recobrar su status de persona y de ser humano recuperando el respeto y el derecho a recibir ayuda al igual que los otros miembros de la comunidad.

Dentro de las patologías mentales la esquizofrenia, un tipo de psicosis, es considerada irreversible ya que tras la aparición y la recurrencia de episodios psicóticos el paciente se convierte en un individuo con escasas relaciones sociales siéndole difícil integrarse o mantener una ocupación laboral. A consecuencia de dicha patología la persona sufre un grave deterioro psiconeurocognitivo necesitando así de modelos de abordajes que asistan lo enfermo en todas sus dimensiones.

Hoy estos nuevos modelos consideran a la sociedad y en especial a la familia como medios relevantes para la recuperación de la salud mental, en donde la dialéctica y la interacción de diversas prácticas puedan acompañar y asistir a lo enfermo en todas sus dimensiones. Es así que gracias a la combinación de la psicofarmacología, la psicoterapia y la psicoeducación familiar es que se puede devolver una esperanza de vida a los pacientes esquizofrénicos y a su seno.

La crucial participación de la familia en el modelo de abordaje psicoeducativo es la que nos hace partícipes y justifica nuestro gran interés, es la razón que nos motiva e incentiva a este presente trabajo; en donde nos proponemos investigar la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

En nuestro medio funciona la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia, A.C.A.P.E.F que se dedica a orientar, entrenar y capacitar por medio de la psicoeducación a familias con dicha problemática. Es por ello que para alcanzar nuestro propósito comenzamos a concurrir a A.C.A.P.E.F en donde cordialmente nos abrieron sus puertas permitiéndonos participar en la dinámica del modelo de abordaje psicoeducativo llevado a cabo por el Dr. R. Muscellini y otros profesionales de la salud mental.

Lo que esperamos es aportar información sobre el modelo de abordaje psicoeducativo familiar y las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales en el paciente esquizofrénico con el anhelo de que sea un documento relevante, útil y de consulta para todos aquellos profesionales y no profesionales interesados en esta patología.



**PROBLEMA**

¿La psicoeducación que recibe el familiar cuidador influye en la percepción que este tiene acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico?

## MARCO TEORICO

## Capítulo 1:

### 1.1 Historia de la Esquizofrenia

La esquizofrenia es el trastorno mental más íntimamente relacionado con la historia de la psiquiatría. Desde los tiempos de Hipócrates hasta la fecha, de acuerdo con los conocimientos de cada época, la delimitación del trastorno esquizofrénico ha sufrido significativas variaciones y poco a poco, se ha convertido en una entidad clínica con elementos propios en su etiología, clínica, diagnóstico y terapéutica.

Atrás han quedado los años de oscurantismo y los sacrificios en la pira de la inquisición para los dementes, a quienes Pinel liberó de sus cadenas y devolvió su calidad humana. (Téllez, J. ; López Mato, A, 2001)

En 1801 Pinel (citado por Ferrari, A.) acuñó el término Demence ese mismo año su colega inglés Haslam se refirió a los comportamientos de los pacientes esquizofrénicos describiéndolos como un estado de insanía sin pasión furiosa o depresiva.

En 1845 el psiquiatra alemán Griesinger empezó a especular con la idea de que las formas más aberrantes del comportamiento humano representaban una extraña enfermedad cerebral.

En 1856 fue Morel (citado por Anderson, Reiss y Hogarty 1986) quien junto al médico francés Falret sostuvieron que existía otra enfermedad independiente (Demence Precose) que representaba las señales características de un comienzo temprano (precose o en la adolescencia), una marcha de los síntomas que incluía el deterioro del cuidado de sí mismo y el retraimiento social, conduciendo finalmente a una pérdida de la capacidad intelectual (demence).

En 1871 Hecker en Alemania, designó esta enfermedad como Hebefrenia (estado demencial de la gente joven).

En 1876 Kallhbaum quien interesándose sobre todo por sus trastornos polotoree (inercia, flexibilidad cérica, catalepsia o hiperquinesia, patetismo de las expresiones, manierismo) los describió como Afectos de Catatonia. (Muscellini, R.; Contreras, G, 2000)

Kraepelin en 1896 latinizó el término de Morel a Demencia Precoz coincidiendo con él en la idea de que la misma presentaba las características

de un comienzo temprano precoz o en la adolescencia, una marcha de los síntomas que incluía el deterioro del cuidado de sí mismo, el retraimiento social y un curso de los síntomas que conducía finalmente a una pérdida de la capacidad intelectual llevando a la persona a la demencia. (Ferrari, A)

Con el término de Demencia Precoz se diferencia a la Esquizofrenia de las psicosis orgánicas, como la enfermedad de Alzheimer, en la que existen alteraciones neuropatológicas evidentes en contraste con la demencia precoz denominándolas como “Psicosis Funcional”. Por otro lado dentro de las psicosis funcionales se distinguió la demencia precoz de las psicosis maniaco-depresivas, de curso intermitente y con la presencia de síntomas afectivos claros. Para su definición no sólo se basó en el curso y desenlace de la misma sino también, hizo una descripción de los síntomas entre los que incluía como más importantes: alteraciones del pensamiento (incoherencia, pérdida asociativa, creencias delirantes), alteraciones emocionales (deterioro de la expresión emocional, embotamiento), de la atención (distrabilidad por estímulos irrelevantes), negativismo (reducción de la actividad voluntaria, descuido de la responsabilidad), conductas estereotipadas y presencia de alucinaciones.

Así considerada, la demencia precoz era un concepto unitario que reunía varios trastornos descritos con anterioridad: Catatonía, Demencia Paranoide y Hebefrenia, pero la posterior constatación de la heterogeneidad de los pacientes lleva a Kraepelin a distinguir subtipos en función de la prevalencia de determinados síntomas, por ejemplo: Paranoide, Catatónica, Emocional o Hebefrénica.

Es menester recordar que la psiquiatría alemana de la época dividía, por razones prácticas, las patologías mentales en curables e incurables. De la Demencia Precoz destacaba el comienzo temprano y la evolución irrecuperable. De allí que se halla incluido en el conjunto a la Hebefrenia (Hebe: joven)

Las críticas a Kraepelin apuntaron en primer lugar al núcleo de su concepto: no siempre se daba un deterioro progresivo (demencia), ni su comienzo era siempre precoz. Además, definía al trastorno en función de su curso, del pronóstico y no de sus manifestaciones clínicas, pero al mismo tiempo proponía a los síntomas como criterio de valor predictivo. Atribuía a

la esquizofrenia a una disfunción cerebral de la que busco medidas objetivas, pero no presento ninguna evidencia. Los subtipos no eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico no era fiable. Finalmente, no superaba el nivel descriptivo y aunque este fuese muy rico, posteriores autores pusieron en dudas las descripciones que se ajustan a lo que hoy entendemos por esquizofrenia.

Las observaciones de Kraepelin fueron refinadas posteriormente por Eugen Bleuler, quien en 1911 cambia la denominación de demencia precoz por la de esquizofrenia (schyzos: escindido, dividido)

Con ello Bleuler hacía directa referencia al trastorno que para él, estaba en la base de la enfermedad: la Spalpaltung o disociación del psiquismo

Dicho autor creyó encontrar lo esencial en una debilidad asociativa de los procesos psíquicos que hacen que pierdan su unidad interna y entonces se disgreguen caóticamente y pierdan su coherencia. De allí los clásicos síntomas Bleulerianos conocidos como las Tres D: discordancia, disgregación, disociación.(Ferrari,A)

Bleuler recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era la división o fragmentación del proceso del pensamiento, considerando que el resto de los síntomas presentes, como el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar o distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual (ambivalencia), eran de la misma importancia. Este grupo de síntomas los denomino Síntomas Fundamentales, mientras que otros síntomas, tales como delirios y alucinaciones los consideró accesorios ya que también podían aparecer en otros trastornos, como en las psicosis Maníaco-Depresivas. Bleuler por otro lado, no creía que la enfermedad condujera necesariamente al deterioro, pero si pensó que la esquizofrenia era un heterogéneo grupo de trastornos a los que refirió como el grupo de “Las Esquizofrenias”. (Gómez, R).

A partir de Bleuler:

- No se trata más de Demencia Precoz sino de esquizofrenia.
- No se trata más de una patología única sino de un grupo de patologías esquizofrénicas.
- No se trata más de una evolución irreversible e incurable.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- Se abren las posibilidades terapéuticas.
- Queda abierta y resuelta la cuestión etiológica.
- Queda abierta la vía de los estudios psicodinámicos psicoanalíticos.

- La paranoia queda incluida como una variante de las esquizofrenias.

- En la primera mitad del SXX las investigaciones estuvieron encaminadas a desentrañar e identificar un sustrato biológico para el trastorno esquizofrénico. Las investigaciones de Wagner Von Jauregg, (creador de la malarioterapia) Egaz Moniz (impulsor de la lobotomía) Ladislas Von Meduna, Ugo Cerletti (inventor del electrochoque) y Sakel (creador del coma insulínico) aunque no lograron identificar las alteraciones biológicas que se traducen en síntomas psicóticos, diseñaron los primeros tratamientos biológicos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas. La comunidad científica mundial reconoció el esfuerzo de estos pioneros en la persona de Von Jauregg, el primer psiquiatra a quién se le concedió el premio Nobel. (Ferrari, A)

En 1980 Timothy Crow (citado por Téllez y López Mato 2001) propone un modelo bidimensional para la esquizofrenia: la esquizofrenia tipo I, caracterizada por síntomas positivos (delirios, alucinaciones, trastornos en la forma del pensamiento y alteraciones en la conducta) y la esquizofrenia tipo II, donde los síntomas negativos (pobreza en el pensamiento, afecto plano, disminución de la actividad voluntaria) son prominentes.

Crow observó que los síntomas positivos tienden a ser transitorios, en tanto que la sintomatología negativa es persistente y postuló que los dos tipos clínicos se presentan en la esquizofrenia y no constituyen dos categorías diferentes de la enfermedad. Además, propuso como etiología para el tipo I, una alteración en los neurotransmisores, posiblemente una hiperactividad dopaminérgica, en tanto que el tipo II, estaría originado por un daño cerebral.

La esquizofrenia es un trastorno difícil de definir y por lo tanto no tiene una definición universalmente aceptada. Frecuentemente se emplea de forma errónea no solamente en los periódicos, películas y en la televisión, sino también, desafortunadamente entre los profesionales de la salud mental.

Esto es debido tanto a la falta de consenso entre los expertos a la hora de definir la esquizofrenia y las enfermedades psicóticas, como al estigma y al miedo de la sociedad en general. Los debates sobre los criterios diagnósticos conducen a frecuentes reformulaciones entre los expertos, mientras que el ciudadano medio se preocupa sobre los mitos ancestrales acerca de la enfermedad mental, que incluyen a los asesinos psicóticos, la rabia psicótica y el equiparar el concepto de esquizofrenia con el término peyorativo de loco.

En la época actual se entiende a la esquizofrenia como una patología del neurodesarrollo de génesis multicausal, de orden biológico, psicológico y social que produce en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo. Es una enfermedad del cerebro causada por una alteración precoz del desarrollo cerebral de origen genético, que produce severas anomalías en las conexiones entre diferentes áreas del sistema nervioso y que se manifiesta clínicamente en forma de graves alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. (Ballús-Creus, C.; García, F, 2000).

Según Parrellada Rodón y Fernández- Egea (2004) se trata de una enfermedad compleja, que afecta no solo al pensamiento y las emociones de las personas, sino a la capacidad para proyectar su futuro o relacionarse con otras personas.

A su vez Lagomarsino define que a lo que llamamos esquizofrenia no solamente tiene síntomas muy diferentes, con presentaciones clínicas variadas y cambiantes, sino que abarca también a un grupo muy heterogéneo de trastornos. A su vez compromete una amplia variedad de dominios cognitivos, emocionales y conductuales.

## 1.2 Clasificación y Criterios Diagnósticos según el DSM IV y el CIE-10.

Según la C.I.E 10, los criterios para el diagnóstico son:

1-Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

2-Ideas delirantes de sentirse controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.

3-Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, o voces alucinatorias de distinto tipo que proceden de otra parte del cuerpo.

4-Ideas delirantes persistentes que no se corresponden con la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.

5-Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

6-Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

7-Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.

8-Síntomas negativos como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional. Deben



descartarse que estos síntomas se deban a una depresión o una medicación neuroléptica.

9-Un cambio sistemático y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, ensimismamiento y aislamiento social.

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos 1 a 4, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el 5 y el 8, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F 23.2) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un periodo de tiempo mas largo. El síntoma 9 de la lista precedente se aplica solo a la esquizofrenia simple (F 20.6) y requiere de una duración de por lo menos un año.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general como pérdida del interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas e incluso meses. Dada la dificultad para delimitar en tiempo el inicio de la enfermedad la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados mas arriba y no cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad debe recurrirse al diagnóstico de trastorno

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

esquizoafectivo (F 25), aún cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por si solos el diagnóstico de esquizofrenia.

Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F 06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F 1x.5.

En cuanto a la C.I.E 10 sistematiza:

F20.Esquizofrenia:

F20.0.Esquizofrenia Paranoide

F20.1.Esquizofrenia Hebefrénica

F20.2.Esquizofrenia Catatónica

F20.3.Esquizofrenia Indiferenciada

F20.4. Depresión Postesquizofrénica

F20.6. Esquizofrenia Simple

F20.7 Trastorno Esquizotípico

F25 Trastornos esquizoafectivos (Ferrari, A)

Según el DSM IV, los criterios para el diagnóstico son:

A-Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si han sido tratados con éxito):

1-Ideas delirantes.

2-Alucinaciones.

3-Lenguaje desorganizado.

4-Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

5-Síntomas negativos, tales como aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: solo se requiere un síntoma del criterio “A” si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que

comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B-Disfunción social-laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están claramente por debajo del nivel previo al inicio del tratamiento (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C-Duración: persisten signos continuos de alteración durante al menos seis meses.

Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

Durante estos períodos prodrómicos o residuales los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada.

D-Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a : 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E-Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F-Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

En cuanto al DSM IV se sistematiza:

F 20.0x Tipo paranoide [295.30]

F 20.0x Tipo desorganizado [295.10]

F 20.2x Tipo catatónico [295.20]

F 20.3x Tipo indiferenciado [295.90]

F 20.5x Tipo residual [295.60]. (Frances, A.; Harold, A.; First, M.; Widiger, T, 1995)

#### Subtipos de Esquizofrenia:

Aunque en un principio puede dar igual que tipo de esquizofrenia padece la persona, no todas las esquizofrenias son las mismas y lo que es más importante, no todas evolucionan igual ni requieren el mismo tratamiento.

Por este motivo, es importante hablar de aquellos subtipos de esquizofrenias que los profesionales entienden que pueden darse para distinguir el caso.

#### - Esquizofrenia Simple:

El trastorno es de instalación progresiva, lenta e incidiosa con escasas o nulas manifestaciones productivas de tipo delirante-alucinatorio y predominio de los síntomas negativos: apatía afectiva, abulia o apragmatismo, clinostatismo, retraimiento autista, extravagancia y rareza de las conductas, convicciones y creencias.

Suele aparecer en sujetos de personalidad esquizoide previa, con aislamiento, timidez e introversión y escasos contactos interpersonales. Evolucionan hacia estados de aplanamiento afectivo e indiferencia que los tornan insensibles ante hechos dramáticos o conflictivos, pierden espontaneidad, acentúan su soledad y se refugian en el ambiente familiar que, frecuente y extrañamente, suele tolerar sus excentricidades sin reacción ni alarma alguna.

Es de mal pronóstico pues cuando ocurre la consulta el cuadro suele llevar años de evolución.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

### - Esquizofrenia Hebefrénica:

Es un trastorno de presentación en edad juveniles (hebe: joven).

Sus manifestaciones prodrómicas pueden asumir formas pseudoneuróticas, crisis de originalidad adolescente con manifiestos trastornos de la conducta (raparse el pelo, adherirse a sectas esotéricas, vagabundeo, abandono de los estudios). No son infrecuentes las formas del comienzo asociadas al consumo de alcohol o drogas. La despersonalización genera vivencias de extrañeza de sí mismo y del mundo con pérdida de control de la actividad psíquica por parte del yo del sujeto.

El delirio suele ser pobre y poco productivo destacando, en cambio, la discordancia y el síndrome disociativo que rompe la coherencia de las funciones psíquicas del pensar, de los afectos y las representaciones, de la inteligencia y el lenguaje. Esta fragmentación del psiquismo evoluciona hacia formas pseudodemenciales con deterioro progresivo y global.

Se trata de un cuadro grave de mal pronóstico.

### - Esquizofrenia Paranoide:

Suele manifestarse en edades más avanzadas que las formas anteriores y también, a diferencia de ellas, hay predominio de la producción delirante (síntomas positivos de esquizofrenia) y no de la inhibición (síntomas negativos de esquizofrenia).

Se trata de la modalidad que representa clásicamente al delirio con sus vivencias persecutorias de diverso tipo: control del pensamiento y las acciones, confabulación urdidas en perjuicio del enfermo, transformaciones corporales, celotipias. Predominan las interpretaciones delirantes en las cuáles la realidad es deformada en un sentido autorreferencial: al enfermo le ponen o le hacen cosas, recibe mensajes a través de la radio o la televisión, aquello que le dicen tiene para él un oculto significado especial.

### - Esquizofrenia Catatónica:

Trastorno con predominio de la sintomatología psicomotriz, ya como fase del período de estado, ya como fase final del deterioro. Aparecen manierismos, estereotipias conductuales, rigideces corporales globales o

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

yacencias permanentes en posiciones fetales. Es un cuadro de extrema gravedad que expresa los límites del daño esquizofrénico. (Ferrari, A)

### 1.3 Causas y Prevalencia en la Esquizofrenia

#### Causas

#### Alteraciones Químicas:

Según Parrellada Rodón et al, la alteración mas frecuentemente encontrada es un problema de comunicación entre las neuronas. De todos los neurotransmisores (los que se encargan de transmitir la información entre las neuronas), se ha visto que la dopamina es el que esta mas alterado. Clásicamente la hipótesis dopaminérgica ha sido la principal conjetura neuroquímica de la esquizofrenia, postulando que la enfermedad es el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. Simplificando los hallazgos, se ha sugerido que el exceso de actividad en la vía límbica seria responsable de los síntomas psicóticos positivos o de distorsión de la realidad, mientras que una disminución de la actividad dopaminérgica cortical podría ser la base de los síntomas negativos. La citada hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, se sustenta en dos tipos de hallazgos: el primero: los fármacos que disminuyen la dopamina mejoran estos síntomas, los llamados fármacos antipsicóticos o neurolépticos. El segundo proviene de lo estudiado en algunas enfermedades que presentan justo lo contrario, disminución de dopamina en el cerebro.

¿Quiere decir esto que el exceso de dopamina causa la esquizofrenia? No, lo que se puede decir por ahora es que estos pacientes, cuando tienen síntomas psicóticos, presentan un exceso de dopamina en el cerebro.

No se sabe si esto es la causa o una consecuencia y, en ningún caso, se sabe de porque de este exceso. El exceso de actividad de la dopamina constituyó la formulación mas simple de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia. Sin embargo, esta hipótesis continúa siendo mejorada y ampliada con la participación de otros subtipos de receptores de la dopamina y de otras sustancias que actúan en la transmisión nerviosa como la serotonina, la noradrenalina, el glutamato, etc.

Parece que en la esquizofrenia diversos sistemas de transmisión interaccionan en un delicado equilibrio que, cuando se pierde, provocaría los síntomas de la enfermedad.

#### Factores Genéticos:

Según Téllez et al (2001) los estudios genéticos con gemelos, los estudios de adopción y las investigaciones de familia han puesto de presente la existencia de un factor genético importante en la etiología de la esquizofrenia.

Los estudios genéticos se enfocan actualmente hacia la identificación de alteraciones en el neurodesarrollo como causa de la enfermedad esquizofrénica, al tomar en consideración que por lo menos el 30% de los genes humanos se expresan a nivel cerebral. Las investigaciones genéticas han dirigido sus esfuerzos a identificar posibles alteraciones en la secuencia de activación genética, en la regulación genética y en la interacción de los genes con factores ambientales, que podrían originar alteraciones a nivel regional o a nivel de la diferenciación neural.

Según Ballús-Creus (2000) el componente genético de un individuo determina tanto la expresión como la vulnerabilidad a desarrollar alteraciones, que se manifiestan en la presentación de fenotipos. En la esquizofrenia existe evidencia de un alto grado de heredabilidad. Posiblemente determinada por la acción de diversos genes, cuya expresión fenotípica es modulada desde el ambiente.

La vulnerabilidad genética es la predisposición heredada genéticamente a contraer la enfermedad. Cuando hablamos de vulnerabilidad en una enfermedad se hace referencia a la propensión de contraerla si se dan otras circunstancias.

La esquizofrenia se cuenta entre este tipo de enfermedades: se hereda la predisposición pero no la enfermedad.

El modelo de la vulnerabilidad sugiere que elementos genéticos y posiblemente también factores adquiridos crean un terreno previo vulnerable al que en un momento determinado pueden afectarle acontecimientos que



alteren la vida del paciente. De esta manera, las crisis se manifestarían cuando a la persona se le exige en exceso. Ante tal circunstancia, la única salida sería la crisis.

La probabilidad de que se presente un caso de esquizofrenia en una familia es mayor si otro familiar esta ya diagnosticado de esquizofrenia.

Dependiendo del grado de parentesco con el familiar afecto, el riesgo se incrementará o reducirá. La importancia de la genética se ve apoyada también por otros datos, como son los estudios realizados sobre los hijos de pacientes con esquizofrenia que son adoptados. Comparándolos con niños también adoptados pero de madres sin esquizofrenia, había un 10 –20 % mas de riesgo de que los hijos de madres con esquizofrenia presentasen también esquizofrenia.

#### Factor Vírico y Obstétrico:

Para Parrellada Rodón et al (2004) cuando se estudian factores comunes de los pacientes con esquizofrenia se demuestra que muchos comparten haber padecido problemas durante su desarrollo dentro del útero materno o en el momento del parto. Las complicaciones obstétricas que se han registrado son el bajo peso al nacer, la historia de pre-eclampsia, o trabajo prolongado de parto y el distrés fetal, factores que producirían un aumento del riesgo del daño cerebral por hipoxia o isquemia. Otros de los factores de riesgo implicados son las infecciones maternas durante el primer trimestre del embarazo, enfermedades virales de tipo influenza, gripe, rubéola y sangrado antes del parto.

#### Factor Tóxico:

Según Parrellada Rodón et al (2004) el consumo de algunas drogas, a determinadas dosis, produce síntomas psicóticos (alucinaciones y/o delirios) en casi todas las personas. Tóxicos como la cocaína, los derivados anfetamínicos como el éxtasis y los alucinógenos (LSD, peyote y determinados hongos) inducen a estados que son similares a los síntomas psicóticos, aunque transitorios. ¿Qué sucede si personas con otros factores de riesgo para la esquizofrenia consumen tóxicos?. Se incrementa exponencialmente el riesgo de desarrollar la enfermedad. Y lo que es peor, se

puede despertar un trastorno que quizá de otra manera podría haber estado latente durante toda la vida. Por otro lado, pacientes con una esquizofrenia ya diagnosticada y controlada con medicación, pueden tener un nuevo episodio psicótico tras consumir estos tóxicos.

Hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia:

Parrellada Rodón et al (2004) afirma que en los últimos años un cúmulo de evidencias científicas procedentes de diversas neurociencias sugiere que la causa de la esquizofrenia es un trastorno prenatal del desarrollo cerebral. A pesar de que encontramos antecedentes primitivos de esta hipótesis hacia principio del siglo pasado no es hasta las décadas de los años 80-90 cuando aparece su formulación moderna por parte de los grupos, entre otros, de Weinberger en EE.UU y de Murray en Inglaterra. Hasta el momento actual, la así llamada hipótesis del neurodesarrollo es la teoría más sólida para explicar el origen de la esquizofrenia y ha permitido integrar a muchos aspectos inconexos de la investigación sobre esta enfermedad.

Así por ejemplo, los estudios citados con técnicas modernas de imagen cerebral se completan con los estudios de necropsia o postmortem que han demostrado numerosas alteraciones en el cerebro de los pacientes con esquizofrenia, como por ejemplo la dilatación del sistema ventricular y la atrofia del hipocampo. Se han descrito alteraciones microscópicas en la arquitectura y disposición de las neuronas en el lóbulo frontal y regiones temporolímbicas como la amígdala y el hipocampo. Esta desorganización de las neuronas ya se produciría durante el segundo trimestre de la gestación, cuando las neuronas en desarrollo deben desplazarse o migrar hacia determinadas zonas del cerebro y provocaría posicionamientos celulares anómalos dando lugar a patrones aberrantes en las conexiones entre diferentes regiones del cerebro. Estos circuitos cerebrales anormales, una especie de cortocircuito, explicarían los síntomas de la enfermedad.

La causa de esta anomalía del neurodesarrollo sería genética en la mayoría de los casos y afectaría al desarrollo cerebral ya en el segundo trimestre del embarazo. El inicio de los síntomas de la enfermedad, típicamente en la adolescencia tardía se produciría cuando las estructuras

implicadas alcanzan su madurez funcional. En este proceso es probable que participen algunas hormonas. Estos hechos podrían arrojar luz sobre la aparentemente inexplicable tendencia de la esquizofrenia a empezar en la adolescencia y en plena maduración sexual.

Puesto que la maduración del cerebro no termina en la adolescencia sino que continúa en la edad adulta (en la que se podan o eliminan algunas neuronas y circuitos inútiles), la teoría del neurodesarrollo sostiene que la propia actividad psicótica puede tener efectos tóxicos a largo plazo sobre el cerebro. Estos hechos podrían explicar la evolución de la enfermedad hacia el deterioro o demenciación de algunos pacientes. También explicarían la clásica observación clínica de que los paciente afectados de episodios psicóticos agudos prolongados, antes de la introducción de antipsicóticos en la década de los años 50, tenían a largo plazo un peor pronóstico que los pacientes actuales cuyos episodios psicóticos son rápidamente interrumpidos con los medicamentos antipsicóticos.

Para algunos científicos también existen algunos argumentos, que apoyan la participación de un factor ambiental en la alteración del neurodesarrollo tales como la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y durante el parto, así como la exposición materna a infecciones víricas en el segundo trimestre del embarazo. Se trataría de un modelo con varias causa o multicausal, con un factor genético y factor ambiental que actuarían de manera adversa sobre etapas claves del desarrollo del cerebro.

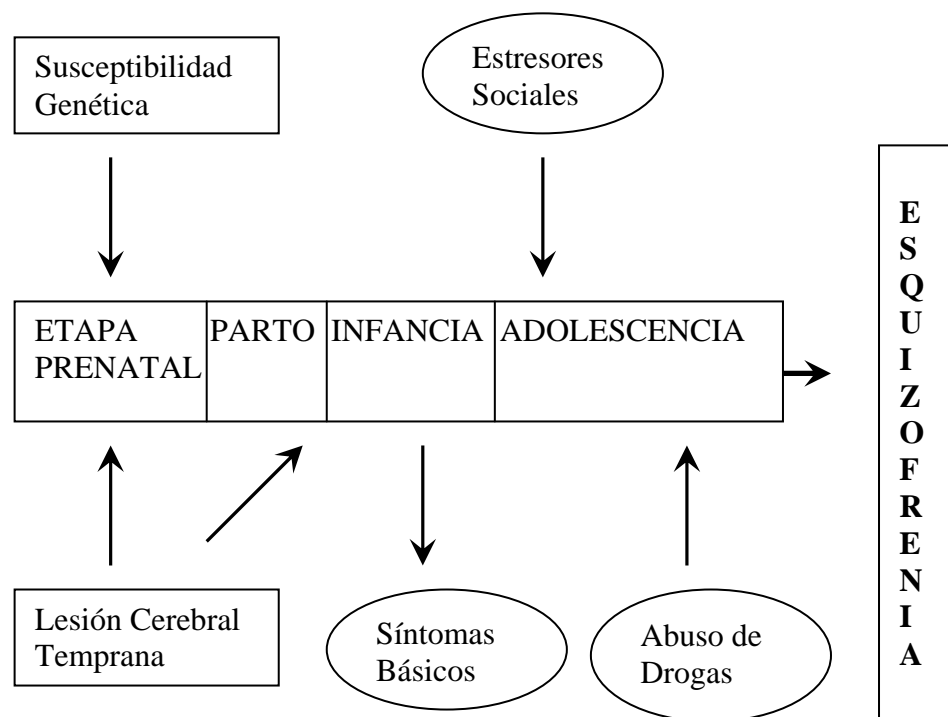
#### Prevalencia:

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, universal, presente en todas la culturas y todas las áreas geográficas, sin distinción de raza, sexo o nivel socioeconómico. Afecta entre el 0.5 – 1% de la población mundial y cada año se diagnostican entre 2 - 4 casos nuevos por cada 10.000 habitantes. De los datos aportados por los estudios de la O.M.S se estima que cerca de 45 millones de personas en todo el mundo padecen esquizofrenia.

La edad de inicio de la enfermedad se sitúa entre le final de la adolescencia y el inicio de la vida adulta. Es en esta época cuando el cerebro acaba de desarrollarse por completo y cuando se expresan los errores en su

maduración. Existe una pequeña variación entre la edad de inicio en hombres y en mujeres, apareciendo 2 o 3 años antes en los primeros (15 – 25 años en ellos frente a los 25 – 35 años en ellas).

### Causas de la Esquizofrenia



#### 1.4 Síntomas en la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad extraordinariamente compleja, en la que están presentes una multiplicidad de síntomas.

Según Bousoño, Gonzáles Torres, Gonzáles, Olivares, Montalbán y San Juan (2005) los síntomas son:

a-Síntomas positivos: delirios, alucinaciones.

b-Síntomas negativos: aplanamiento afectivo (o afecto aplanado), embotamiento afectivo (o afecto embotado), alogia, anhedonia, apatía, avolición o abulia, alexitimia.

c-Síntomas afectivos: ansiedad, depresión, obsesión, fobia.

d-Síntomas desorganizativos: conductas y comportamientos inadecuados.

e-Síntomas cognitivos básicos: dificultad en la atención, pérdida en la fluidez verbal, disminución en la memoria de trabajo, enlentecimiento en la función motora, dificultad en la capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas.

f-Síntomas cognitivos sociales: dificultad en la percepción emocional, dificultad en la resolución de conflictos, dificultad en la ejecución de las soluciones.

Un punto importante que cabe remarcar es que los pacientes no presentan todos estos síntomas a la vez. De hecho, la mayoría de los síntomas no serán experimentados y muchos sólo de forma fugaz y transitoria durante los momentos de crisis psicótica. De modo inverso, algunos síntomas en particular los negativos y cognitivos se experimentan de forma crónica y son más resistentes a los tratamientos, de modo que el paciente y la familia deben aprender a convivir con ellos.

a- Para Barnes, Hutton, Chapman, Mutsatsa, Puri y Joyce (2000) se entiende por síntomas positivos a aquellos que suponen la aparición de algo, de alguna conducta o actitud que no se apreciaba antes de la enfermedad:

- Alucinaciones:

Las alucinaciones son, para los clásicos, una percepción sin objeto. Pero como para el sujeto alucinado el objeto existe, es decir que hay objeto percibido aunque no exista concretamente, actualmente se enuncia la cuestión del siguiente modo: la alucinación es una percepción sin objeto concreto a percibir.

Las verdaderas alucinaciones tienen características de nitidez, corporeidad o espacialidad y evidencia de realidad que las asemejan a percepciones normales. Existen tantos tipos de alucinaciones como sentidos tenemos. Entre ellas las más frecuentes en los pacientes con esquizofrenia son las alucinaciones auditivas que pueden ser simples (un ruido, un silbido, un soplo en el oído) o complejas (una o varias voces que conversan con el paciente, le alaban, le insultan, le ordenan o le describen lo que está haciendo pero que, o bien pueden ser alentadoras o casi siempre le atormentan). También pueden presentarse aunque con mucha menor frecuencia, alucinaciones visuales, olfativas, gustativas y táctiles.

- Delirios o ideas delirantes:

Son creencias por parte del paciente, irreductibles a la lógica y que gobiernan su pensamiento y su conducta. Son creencias porque el paciente no llega a ellas a través de la deducción, la lógica o la observación, sino que nacen dentro de su mente, brotan, sin anclaje con la realidad que le envuelve. Una vez que se alumbran pueden evolucionar, complicarse o diversificarse, pero siempre desde esa base de realidad distorsionada, sin contacto con el mundo que le rodea.

El contenido de estos delirios es muy variado; así, hablamos de delirio de persecución (por ejemplo, creer estar siendo perseguido o vigilado por la policía por algún delito no cometido), delirios de perjuicio (por ejemplo, creer que algún miembro de la familia le envenena la comida, o que el vecino le manda gases tóxicos a través de las paredes), delirios hipocondríacos (por ejemplo, creer que no funciona algún órgano vital), delirios celotípicos (por ejemplo, estar convencido de la infidelidad de la pareja), delirios megalomaniacos (por ejemplo, creer que se poseen capacidades sobrenaturales o por encima del común de los mortales para desarrollar

algunas tareas o emprender nuevos negocios), delirios místico-religiosos (por ejemplo, afirmar tener alguna misión encomendada por dios)

b-Según Bousoño et al (2005) se entiende por síntomas negativos a aquellos que suponen la desaparición de conductas o capacidades que el paciente mostraba antes de la enfermedad:

- Aplanamiento afectivo o afecto aplanado:

Se define como la ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. El aplanamiento afectivo es un trastorno motor, en donde lo que está alterado es la capacidad para mostrar los afectos.

- Embotamiento afectivo o afecto embotado:

Se define como la reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. Este concepto se refiere en realidad a que el paciente no es conciente de las emociones (no las siente) que debería manifestar frente a los estímulos adecuados, por lo tanto, no las manifiesta o las manifiesta de modo restringido o constreñido.

- Alogia:

Se define como empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la calidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

- Anhedonia:

Se define como la incapacidad para experimentar placer o como la ausencia de reactividad emocional a situaciones placenteras.

- Apatía:

Se define como disminución o ausencia del sentimiento, de la emoción o del interés. Este concepto está más en relación con la indiferencia debido a un trastorno en la capacidad de sentir emociones la cual es

secundaria a una dificultad en iniciar las tareas para conseguir un fin, es decir, un trastorno de la voluntad (avolición o abulia)

- **Avolición o Abulia:**

Se define como la incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Es un trastorno de la voluntad. El paciente puede no realizar una tarea por estar abúlico (no puede iniciar o mantener la tarea) aunque tenga interés en hacerla.

- **Alexitimia:**

La alexitimia nos remite a problemáticas relacionadas con el afecto, en su origen, sus desarrollos, su percepción y su comunicación. Consiste en una especie de dislexia de los afectos. No se trataría de que el sujeto no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a su intensidad, no discrimina matices.

c- Según Parrellada Rodón et al (2004) en cuanto a los síntomas afectivos se refiere que clásicamente se ha considerado que las manifestaciones afectivas formaban parte de la sintomatología esquizofrénica e incluso en algunas etapas de la enfermedad pueden ser las manifestaciones más relevantes. Khalbaum, en su descripción de la catatonía señaló a la melancolía atónita como un período de mutismo y de estupor frecuentemente asociado a un estado de ánimo depresivo. Conrad, por su parte, señaló que los pacientes esquizofrénicos pueden ser invadidos por un estado de ánimo de tinte melancólico que resulta indistinguible de la depresión endógena.

Dos situaciones están típicamente asociadas a los síntomas de depresión. La primera tiene lugar al inicio de la enfermedad, con la experiencia de los primeros síntomas psicóticos y la extrañeza con la que se viven. La segunda, más frecuente ocurre tras la remisión de los síntomas delirantes o alucinatorios (distorsión de la realidad), cuando el enfermo recibe el diagnóstico de la enfermedad, toma conciencia de ella y de las consecuencias que deberá afrontar. Este período, llamado depresión postpsicótica, es especialmente importante diagnosticar y tratar porque puede conducir a una aguda desesperanza por parte del paciente que devenga en suicidio. El suicidio, también se asocia a la angustia vital que representa la presencia de los síntomas positivos, con la vivencia de estar siendo perseguido o inmerso en un complot contra su persona.



d-Parrellada Rodón et al (2004) señala a los síntomas desorganizativos como una desorganización que se puede encontrar tanto en el pensamiento como en la conducta. La desorganización del pensamiento se denota por una forma de hablar poco comprensible, donde el paciente o bien repite un mismo concepto, idea, frase o incluso sílaba de forma reiterada (perseveración) o bien es incapaz de sintetizar una idea porque da demasiados detalles (circunstancial) o nunca llega a buen puerto (tangencialidad). A veces esta tendencia evoluciona y las ideas no siguen un orden lógico ni semántico (agramatismo) ni argumental (pensamiento disgregado o láxico) lo que conduce a un discurso ininteligible e incoherente.

Cuando esta desorganización afecta a la conducta el paciente puede mostrarse inquieto, hiperactivo sin ningún fin, con conductas bizarras o incluso mostrarse agitado o violento sin motivo aparente. Ocasionalmente, este comportamiento se puede acelerar tanto que conduce, de forma paradójica, a una inmovilidad absoluta del paciente acompañada de rigidez de sus miembros que se denomina catatonía.

e-Según Bousoño et al (2005) se entiende por deterioro cognitivo a la pérdida de funciones o habilidades intelectuales incluyendo: memoria, atención, lenguaje, cálculo, abstracción, coordinación motora, construcción visoespacial, etc que aparece antes, durante o después de la aparición de un cuadro psicótico como consecuencia del mismo.

Los síntomas cognitivos básicos son:

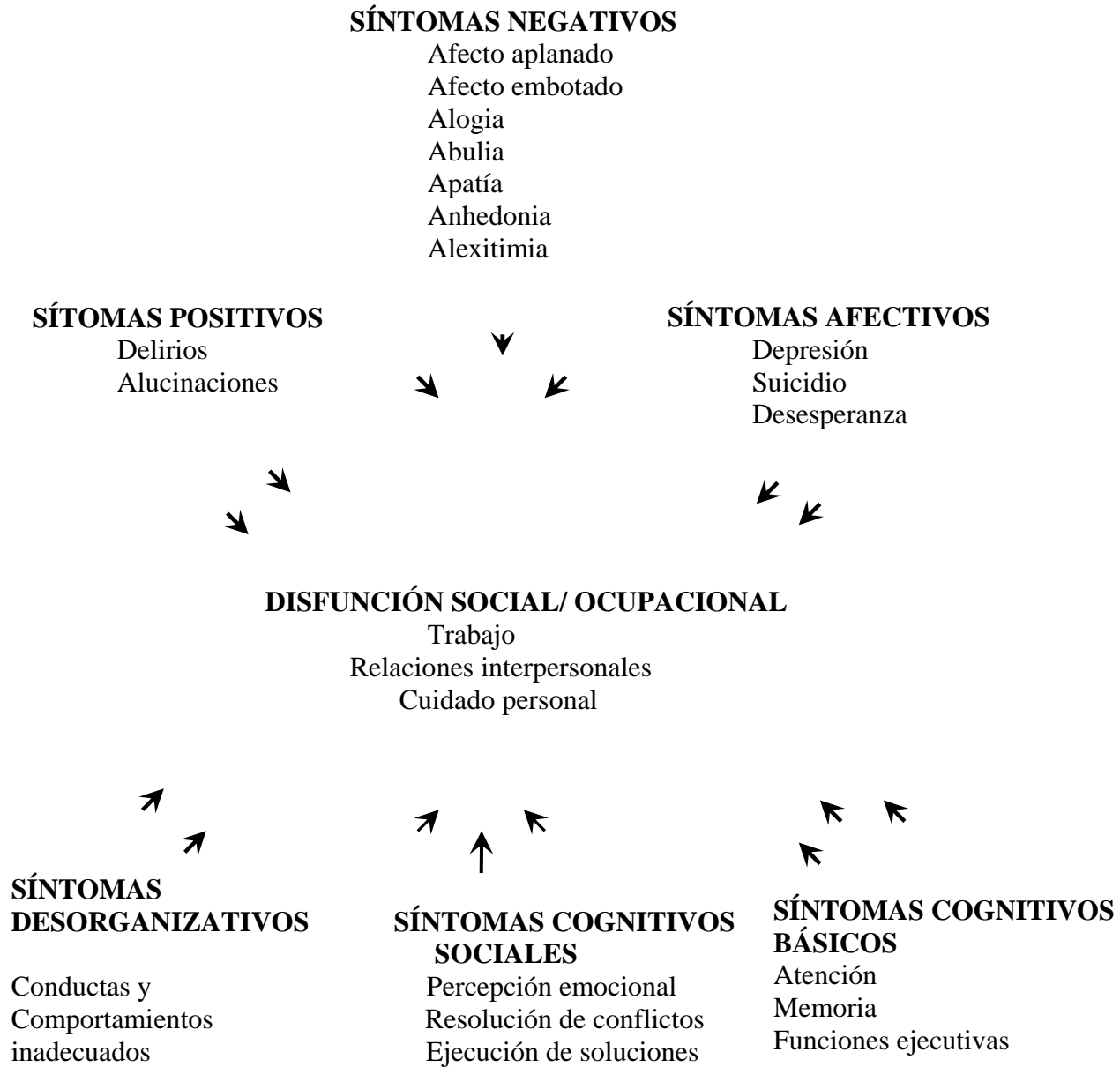
- Atención: dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo, o estímulos complejos.
- Lenguaje: pérdida en la fluidez verbal.
- Memoria de trabajo: disminución en la capacidad de recordar palabras ó imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta.
- Función motora: enlentecimiento motor, más marcado en pruebas motoras bimanuales.
- Capacidad de abstracción y funciones ejecutivas: dificultad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas irrelevantes.

d- Según Sanjuán, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral González-Torres y Bousoño (2001) se entiende por síntomas cognitivos sociales a la dificultad en la percepción emocional, la resolución de conflictos y la ejecución de soluciones.

Los síntomas cognitivos sociales son :

- Dificultad en la percepción emocional: se refiere a los errores en la interpretación del significado de los gestos o las palabras de otros (percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal).
- Dificultad en la resolución de conflictos: se refiere a la dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto (saber lo que hay que hacer).
- Dificultad en la ejecución de las soluciones: se refiere a la dificultad en llevar a cabo, ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto (ser capaz de hacerlo).

Síntomas en la esquizofrenia



### 1.5 Modelos de abordaje en la esquizofrenia

Fernández y Giradles (2001) señalan que en relación a las estrategias de abordaje, el manicomio en el siglo XIX cumplía la función médica de reclusión y control social de personas consideradas peligrosas e indeseables para la sociedad. El advenimiento de los primeros medicamentos antipsicóticos permitió un control de los síntomas positivos favoreciendo el acortamiento de las estancias hospitalarias.

Con el avance de los medicamentos se facilita la recuperación funcional del paciente haciendo que el mismo comience a compartir tiempo con su familia.

Durante los últimos veinte años la desintitucionalización de los pacientes da lugar a la incorporación de los familiares como un importante recurso terapéutico, facilitando un modelo de abordaje integral en donde se incluye la psicofarmacología, las terapias psicológicas-sociales y la psicoeducación familiar como los tres pilares básicos para el tratamiento de esta patología.

El primer pilar está compuesto por los denominados antipsicóticos típicos, atípicos y los antipsicóticos de depósito o depot, todos éstos conocidos también como neurolépticos. Las propiedades de estos medicamentos, concretamente la clorpromazina fueron descubiertas en el año 1951 por Labont y Huguenard, e introducidos en la clínica por Delay y Denicker en Francia en 1952. Con el descubrimiento de los efectos antipsicóticos de la clorpromazina se dió un paso fundamental en la investigación y en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas, que ha permitido con el paso de los años, el desarrollo de moléculas antipsicóticas eficaces y productoras de menos efectos indeseables y lo más significativo y trascendental, ha devuelto a los pacientes la calidad de vida, que la esquizofrenia les había rebatado, ante la mirada impotente de los psiquiatras de los siglos anteriores. (Hertzman, M, 1992).

Los tratamientos para la esquizofrenia han evolucionado ya que esta enfermedad tiene múltiples formas clínicas, que corresponden a distintos sustratos biológicos y es evidente que un único antipsicótico (o varios que

actúen de la misma manera) no puede ser igualmente eficaz en todos los enfermos. Por otra parte, la clínica de la esquizofrenia se modifica a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Los avances en el tratamiento de la esquizofrenia se deben a:

- Una mejor diferenciación de la sintomatología.
- Un mejor conocimiento de la neurobiología.
- Los nuevos medicamentos.
- Los nuevos objetivos en cuanto a los abordajes.

#### Antipsicóticos clásicos:

Carpenter, Hanlon, Heinrichs, Kik Patrick, Levine y Buchaman (1990) señalan que los antipsicóticos clásicos son medicamentos utilizados para el tratamiento de las diversas formas de esquizofrenia.

Los antipsicóticos clásicos se caracterizan por ser antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, aunque también actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos, etc). Además son eficaces frente a la sintomatología productiva y menos en la defectual, producen muchos efectos indeseables y, en general, no son muy bien aceptados por los pacientes.

Son poco eficaces sobre la sintomatología negativa, no disminuyéndola y en muchos casos hasta pueden incrementarla.

No todos los antipsicóticos clásicos son iguales. Se encuentran los sedantes, aquellos que tienen un efecto más tranquilizante y los incisivos los que tienen un efecto más directo sobre los síntomas psicóticos, especialmente sobre los síntomas positivos. Si consideramos su actividad sedativa e incisiva (acción antiesquizofrénica), podemos clasificarlos de más sedativo a menos y de menos incisivo a más.

#### Antipsicóticos atípicos:

Jolley, Hirsch, Mc Rink y Manchada (1989) manifiestan que se han desarrollado una serie de nuevos fármacos antipsicóticos buscando el aumento de la selectividad antidopaminérgica o medicamentos que sean

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

antiserotoninérgicos y antidopaminérgicos (como la clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol, quetiapina y ziprasidona).

Estos nuevos fármacos tienen las siguientes características generales:

- Baja incidencia de efectos extrapiramidales (EPS).
- Incremento de la eficacia.
- Útiles en síntomas negativos.
- Menor incremento de prolactina.

Entre las características que tienen los nuevos antipsicóticos podríamos enumerar:

- Son eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos.
- Son eficaces en pacientes resistentes a tratamientos clásicos.
- Son eficaces en las formas agudas y crónicas.
- Producen menos efectos indeseables (tienen pocos efectos extrapiramidales y al parecer, poca incidencia de discinesia tardía).
- Disminuyen el riesgo de recaídas.
- La aceptación por parte del paciente es mayor.
- Disminuyen los días de hospitalización y facilitan la integración sociolaboral y familiar.
- Son fármacos de primera elección y no únicamente para casos resistentes.

Entre las indicaciones más aceptadas de los nuevos antipsicóticos están:

- Tratamiento de pacientes que no toleran otros antipsicóticos.
- Pacientes con predominio de síntomas negativos.
- Pacientes resistentes.
- Pacientes esquizoafectivos.
- Demencia con psicosis.
- Psicosis en la enfermedad de parkinson.
- Minusvalía psíquica con psicosis.

### Antipsicóticos de depósito o depot:

Son neurolépticos parecidos a los clásicos, pero que están asociados a una molécula de lípido (grasa), de forma que a medida que éste se va disolviendo, el neuroléptico se libera en la sangre. Este tipo de medicamento

tiene una serie de ventajas importantes: la principal es que sólo se precisa una dosis de cada 2 a 4 semanas. Es, por consiguiente, mucho más cómodo de administrar y además no caben dudas de si el paciente está bajo los efectos de la medicación, en los casos en que estos muestran reticencias a tomarla.

Objetivos y eficacia de los fármacos antipsicóticos:

Jolley, Hirsch, Mc Rink y Manchada (1989) plantean que los objetivos del tratamiento antipsicótico tanto los clásicos como los atípicos son fundamentalmente:

- El control de los síntomas tanto productivos como defectuales.
- El evitar las recaídas.
- La integración sociolaboral y familiar del paciente esquizofrénico.

Las estrategias de dosificación tienen como objetivo el control de los síntomas que facilite el desarrollo de una adecuada vida social y familiar, reducir los efectos adversos, mejorar el cumplimiento de la medicación y reducir los costes del tratamiento. La relativa seguridad de los antipsicóticos depende de cada fármaco, de la dosis y de la vía de administración.

Las dosis mínimas profilácticas en esquizofrenia son difíciles de establecer y, al mismo tiempo, son de especial importancia. Se deben tener en cuenta, para facilitar el cumplimiento de la terapia, que se produzcan los mínimos efectos secundarios posibles y que se afecte lo menos posible la capacidad del individuo para llevar a cabo tareas.

La frecuencia y número de los episodios psicóticos están fuertemente ligados a la ausencia de un tratamiento de mantenimiento y, particularmente a la falta de una medicación antipsicótica de mantenimiento. En promedio, el 68% de todos los pacientes, y entre el 80 y el 100 % de los pacientes esquizofrénicos crónicos sufrirán una recaída dentro del año inmediatamente posterior al momento en que interrumpen la medicación. El 80% o más de los pacientes fuera de medicación sufrirán una recaída dentro de los dos años posteriores a su alta hospitalaria. No obstante, un gran número de pacientes continúan experimentando recaídas aún si se someten a una medicación antipsicótica.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

La mayoría de los pacientes deben seguir tratamientos con antipsicóticos durante largos períodos de tiempo. El perfil típico de los pacientes con alto riesgo de recaída se caracteriza por la baja conciencia de enfermedad, gran inquietud al tomar medicación, ánimo expansivo en las recaídas y familias de alta expresividad emocional.

A la hora de considerarse si un tratamiento antipsicótico es eficaz, debemos establecer las siguientes consideraciones:

- En 6 y 8 semanas se sabe si un paciente es un verdadero no respondedor.
- Se necesitan entre 3 a 6 meses para determinar la eficacia global en un respondedor.

### Efectos indeseables de los antipsicóticos clásicos

- Sedación (cuando no se busca).
- Hipotensión.
- Sequedad de boca.
- Estreñimiento.
- Visión borrosa.
- Retención urinaria.
- Alteraciones cardíacas.
- Reacciones alérgicas.
- Alteraciones hormonales: disminución de hormonas sexuales femeninas: alteración del ciclo menstrual. Aumento de la prolactina: galactorrea y ginecomastia. Disminución de la hormona de crecimiento.
- Alteraciones neurológicas: extrapiramidalismos farmacológicos. Acatisia. Reacciones discinéticas agudas. Síndrome neuroléptico maligno. Discinesia tardía.

### Efectos indeseables de los antipsicóticos atípicos:

Kane, Rifkin y Woerner (1983) señalan que los nuevos antipsicóticos producen menos efectos extrapiramidales, sin embargo, su perfil de otros efectos secundarios parece similar a los neurolépticos clásicos:



## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- Ganancia de peso.
- Sedación.
- Sialorrea.
- Taquicardia.
- Mareo.
- Constipación.
- Náuseas y vómitos.
- Hipotensión.
- Cefalea.
- Xerostomía.
- Fiebre.
- Visión borrosa.
- Disminución del umbral convulsivo.

Para Johnson (1976) el tratamiento psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para el control de los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, no parece, por el momento tan eficaz a la hora de disminuir los síntomas residuales cognitivos y los déficits sociales. Además, no supone un remedio eficaz para afrontar los conflictos, problemas o tensiones interpersonales, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa.

Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico.

En cuanto al estudio del segundo pilar, la terapia psicológica-social, comienza a perfilarse gracias a Pinel y a su discípulo Esquirol a fines del siglo XVIII y es a partir del siglo XIX que alcanza su estatus científico.

Hoy la psicoterapia ocupa un lugar importante como herramienta social, es un recurso en el campo de la salud mental dirigido a la cura de patologías mentales, al alivio del sufrimiento sintomatológico y a los cambios comportamentales. Su campo de acción asistencial se extiende a lo psicológico, a las enfermedades físicas y a los padecimientos sociales que se vinculan a perturbaciones psicológicas. (Feixas, G. ; Miró, T, 1993)

El tratamiento clínico-psicológico puede abordarse a través de la interacción terapeuta-paciente en psicoterapia individual o con pacientes regulados por un terapeuta a través de psicoterapia grupal. En la

esquizofrenia el tratamiento psicoterapéutico apunta a que la persona comprenda su dolencia, a convivir con ella, a enfrentarse a las crisis eventuales que pueda tener, aliviar la angustia que se despierta en su interior y en definitiva cómo utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos y compañeros) para lograr el máximo acercamiento a su entorno. (Asociación Cordobesa de Ayuda a la persona portadora de esquizofrenia y su familia, ACAPEF)

Por su parte, las intervenciones de rehabilitación social son un elemento más que hay que trabajar con los enfermos.

La enfermedad afecta a muchos aspectos: a la vida social del paciente, a sus recursos para resolver problemas de la vida cotidiana, a las dificultades para encontrar un trabajo, etc. Por estas razones es básico ayudar a la persona a encontrar nuevas vías de desarrollo personal. Esta es la finalidad de los programas de rehabilitación social, la misma es útil y provechosa cuando la sintomatología positiva no interfiere de forma significativa en el funcionamiento de la persona.

Tradicionalmente los profesionales se fijaban más en las habilidades que habían perdido los pacientes debido a la enfermedad y no tanto en las capacidades que conservaban.

Las nuevas tendencias en rehabilitación prestan más atención en las habilidades conservadas para, a partir de ahí, trabajar en nuevos logros.

Las orientaciones más recientes están dirigidas a paliar o compensar los efectos psicológicos que la enfermedad produce, prevenir las recaídas y mejorar aspectos de la interacción social y relacional de los pacientes, todo esto a partir de una nueva perspectiva en donde se combina el uso de la medicación y la psicoterapia.

Entendemos a la rehabilitación como la programación de medidas encaminadas a la recuperación de habilidades generales y específicas que había antes de la enfermedad. Pero un buen programa de rehabilitación tiene su objetivo en la promoción global de las habilidades y los recursos de la persona. Según el tipo de necesidad de esta y de su grado de autonomía, tendrá a su disposición diferentes servicios en los que se llevarán a cabo actividades especialmente indicadas.

Tratamiento Psicoterapéutico:

Según Alanen (1997) el modo de agrupar las diferentes modalidades terapéuticas puede ser variable, atendiendo a la orientación, al formato, a su encuadre, a su frecuencia o a la existencia o ausencia de contrato terapéutico:

-Psicoterapia individual:

Bajo este concepto se encuentran una amplia variedad de intervenciones que van desde la psicoterapia orientada al insight, hasta las psicoterapias de soporte y apoyo o las terapias cognitivas conductuales.

Por el momento, los pocos estudios controlados que existen no apoyan la eficacia de la psicoterapia individual en la esquizofrenia al no jugar un papel en la reducción sintomatológica, ni conseguir una reducción en la frecuencia de las re-hospitalizaciones, ni mejorar el ajuste comunitario del paciente esquizofrénico.

-Terapia cognitiva:

En la terapia cognitiva se construye una relación positiva del empirismo colaborador entre el paciente y el terapeuta para ayudar al primero a dominar los síntomas positivos. Se centra directamente en la creencia, en el malestar que conlleva y en las evidencias para mantenerla, invitando posteriormente al paciente a considerar otras alternativas y significados.

-Psicoterapia de grupo:

Una clasificación operativa simple de las psicoterapias grupales más clásicas, divide a las intervenciones en tres grandes grupos.

El primer grupo orientados a la interacción tiene como principal objetivo mejorar la capacidad de los pacientes para relacionarse mejor con los otros, a través del aquí y ahora de la interacción de los miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas personales y sus posibles soluciones.

El segundo grupo, orientado al insight el principal objetivo es mejorar el auto-conocimiento del paciente a través de la exploración de los aspectos evolutivos y dinámicos mediante técnicas de desvelamiento e interpretación de la transferencia.

La tendencia actual de las psicoterapias de grupo utilizadas en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos camina hacia enfoques integradores u eclécticos, con modelos globales de estos trastornos y con formatos

grupales diversos, adaptados a las características de los pacientes, con objetivos terapéuticos concretos.

Las terapias de grupo juegan un papel importante en los programas asistenciales de la esquizofrenia, introduciendo factores que facilitan el tratamiento de estos pacientes: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y auto-conocimiento de los miembros del grupo.

El tercer grupo orientados a la interacción son útiles para ayudar al paciente al manejo de los síntomas, a iniciar y a practicar relacionarse en un ambiente controlado y a desarrollar estrategias de alianza terapéuticas con el equipo tratante, siendo los resultados en el 67% de los casos, significativamente mejores que cuando el tratamiento se lleva a cabo sin psicoterapia de grupo. (American Psychiatric Association, 1997)

#### Rehabilitación:

La rehabilitación psiquiátrica empezó en los hospitales psiquiátricos, pero en gran medida fue desarrollada por el cambio de la psiquiatría institucional a la psiquiatría comunitaria. Dentro del hospital psiquiátrico, la rehabilitación consistía en enseñar a los pacientes las habilidades necesarias para establecerse en la comunidad.

Actualmente, lo que se necesita es un enfoque integrado que combine la rehabilitación y los cuidados en la comunidad.

Según Bond (1992) la rehabilitación psicosocial es un conjunto de métodos con el objetivo de conseguir el máximo de funcionamiento social y minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental, por lo tanto, la esencia de la rehabilitación psiquiátrica en la esquizofrenia es la readaptación o el desarrollo de nuevas habilidades para compensar las incapacidades.

#### -Tratamiento de los Déficit Cognitivos:

Kinddon y Turkington (1994) señalan que los déficit cognitivos son frecuentes entre los pacientes que sufren una esquizofrenia; entre ellos, la distraibilidad, los déficit de memoria, la reducción en la capacidad de atención y de concentración, las dificultades en la planificación y en la toma de decisiones. Un aspecto ampliamente aceptado es que estos déficit específicos son los responsables, al menos en parte, de las habilidades

sociales deficitarias. Esta premisa es la que ha revitalizado la búsqueda de estrategias cognitivas rehabilitadoras, dando paso a diferentes programas, también conocidos como rehabilitación cognitiva.

De todas formas ya se detectan limitaciones importantes de estas técnicas: de un lado, la mayoría de los programas centran su diseño en un dominio específico, lo que no corresponde al amplio rango de déficits cognitivos característicos de la esquizofrenia. De otro, no existen programas sistemáticos que consigan establecer si la rehabilitación cognitiva es generalizada a niveles de funcionamiento más complejos, siendo escaso el apoyo, por el momento, a la hipótesis de si un incremento en el nivel de funcionamiento cognitivo provoca de forma concomitante una mejoría en la adquisición de habilidades sociales o del funcionamiento social del paciente.

-Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Para Farre (1992) son abordajes muy estructurados, orientados a enseñar sistemáticamente conductas y destrezas claves para la interacción social, a través del modelado, juego de roles, feedback, técnicas de refuerzo y asignación de tareas destinadas a practicar la habilidad fuera de la sesión.

La mayoría se realizan en grupo, pero pueden desarrollarse individualmente.

Existen diferentes modelos: de enseñanza de habilidades sociales básicas, modelo de resolución de problemas y de localización de atención.

De los estudios controlados se desprende en primer lugar que los pacientes esquizofrénicos son capaces de aprender nuevas habilidades sociales; en segundo lugar, que la mejoría detectada en las habilidades sociales se asocia a la terapia. Y en tercer lugar, que el entrenamiento en habilidades sociales no son más eficaces que los controles para retrasar la aparición de recidivas.

-Rehabilitación ocupacional:

Según el mismo autor durante los últimos años ha habido un aumento del interés respecto a la rehabilitación ocupacional de los pacientes esquizofrénicos.

Actualmente existen diversos abordajes que difieren del modelo específico pero comparten un objetivo común, el de conseguir el máximo nivel de funcionamiento y ajuste ocupacional para un paciente concreto.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Los talleres protegidos proporcionan un ambiente estructurado, con jornadas cortas y tareas sencillas, indicados para pacientes muy incapacitados y por períodos largos de tiempo.

Para pacientes no institucionalizados, sin grandes déficits y con historia ocupacional previa, se viene proponiendo un modelo de trabajo protegido según el cual, tras un periodo relativamente breve, el paciente pasaría a desempeñar un trabajo.

### -Case Management:

La misma para Backer y Intagliata (1992) tiene como objetivo fundamental la coordinación y planificación de un modo individualizado de las actividades que se realizan para proveer de una atención integral a los enfermos mentales crónicos y gravemente incapacitados.

Se han desarrollado diferentes modelos que incluyen los centrados en el caso entre cuyas tareas se encuentra el control de la adherencia al tratamiento y el control de tratamientos protocolizados, las entrevistas de apoyo y asesoramiento, la actividad psicoeducativa y control de las condiciones de alojamiento, los centrados en el entorno, entre cuyas tareas cabe distinguir la coordinación entre los dispositivos, la consulta con la familia o el personal cuidador, como aquellos orientados a garantizar la atención en las crisis.

La mayoría de los programas han mostrado su eficacia sobre todo en la reducción de ingresos hospitalarios y en una disminución del número de días de hospitalización.

### -Grupos de Autoayuda:

Cada vez más el paciente y su familia toman una posición más activa en el proceso terapéutico.

Mosher y Keith, (1980) dicen que los grupos de autoayuda tienen como objetivo influir en la planificación del tratamiento y el que éste se lleve a cabo; ser menos dependientes de los profesionales; disminuir el estigma social asociado a la enfermedad mental y buscar ayuda para mejorar la asistencia y la investigación de la enfermedad mental. Aunque se pueden diferenciar tres categorías, en nuestro medio la más extendida es la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, integrada por familiares, cuyos objetivos incluyen el incremento de la calidad de los servicios

prestados, la información y orientación práctica para el manejo del paciente en casa, así como el conseguir recursos, sobre todo sociales.

La Organización de pacientes, es una organización independiente, centrada en el propio paciente y cuyo objetivo principal es la defensa de los derechos del mismo en la selección del tratamiento. (Birchwood, M.; Tarrier, N, 1995)

-Centros de Salud Mental:

Estos se encargan del seguimiento de pacientes crónicos y de la correcta identificación y tratamiento de los nuevos pacientes esquizofrénicos. En muchas comunidades además del tratamiento en régimen ambulatorio les corresponde la programación y control global de la atención de los pacientes psicóticos, encargándose de la atención domiciliaria, y aplicando programas especiales de atención comunitaria. (Heimann, C.; Lopez, L.; Pretel, J.; Vilar, J, 1998)

-Hospital:

La hospitalización continúa siendo un paso casi inevitable en la evolución de los pacientes esquizofrénicos. Son infrecuentes los casos en los que el paciente puede resolver todas las crisis ambulatoriamente sin precisar nunca el ingreso.

El hospital tiene la ventaja de proveer de un ambiente seguro, estructurado y supervisado ofreciendo la posibilidad de observar y monitorizar los síntomas y su gravedad, el nivel de funcionamiento, la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

Entre las razones para hospitalizar a un paciente esquizofrénico está el peligro de que este se lesione a si mismo o a los demás, el rechazo a proporcionarse o a que le proporcionen cuidados básicos o la necesidad de realizar exploraciones o tratamientos especiales difícilmente aplicables en otro tipo de alternativa asistencial.

Cuando un paciente suponga un riesgo para él mismo o para los demás y rechace su hospitalización será necesario recurrir a un ingreso involuntario.(Herz, MI.; Endicott, J.; Gibbson, M, 1979)

Poco se conoce sobre la eficacia de los diferentes programas de tratamiento intra-hospitalario. De todas formas, y dado que el objetivo principal de una hospitalización en fase aguda es la rápida resolución de la

sintomatología en un ambiente seguro y protegido, el clima asistencial debe ser organizado de forma tal que facilite al paciente alcanzar su objetivo lo antes posible.

Por lo que respecta a la duración de la estancia hospitalaria, se sugiere que los cuidados hospitalarios breves obtienen buenos resultados al alta del paciente, aunque el mantenimiento de los mismos está asociado a la provisión de servicios tras el alta. Los ingresos prolongados no añaden beneficios ni en la sintomatología ni en el ajuste social, con una tendencia cada vez mas generalizada a aceptar que las estancias hospitalarias prolongadas no parecen tener lugar en la provisión de cuidados rutinarios al paciente esquizofrénico.

Las estancias breves están indicadas en pacientes cuyos síntomas responden rápidamente a la medicación neuroléptica, que muestren una capacidad de adherencia al plan terapéutico de seguimiento y donde se disponga de los recursos asistenciales necesarios para la continuación de su tratamiento.

En cambio, con las estancias prolongadas pueden beneficiarse pacientes que no responden a los tratamientos o con mala respuesta a los mismos, en un ambiente altamente estructurado y con desarrollo de programas específicos. (Glick, ID.; Hargreaves, WA.; Raskin, M.; Kutner, SJ, 1975)

-Hospital de Día:

Para Stein, Diamond y Factor (1990) los hospitales de día suponen una alternativa al tratamiento hospitalario en pacientes esquizofrénicos en fase aguda, así como también en pacientes en fase de estabilización tras un ingreso breve.

Algunos estudios controlados informan que esta modalidad asistencial puede ser igual o más efectiva que el tratamiento intra-hospitalario al alcanzar tasas más bajas de readmisión hospitalaria, tener mayor impacto en la sintomatología y sobre todo en los niveles de funcionamiento social.

La indicación más frecuente suele ser en pacientes con respuesta rápida al tratamiento tras un breve ingreso hospitalario, que muestren una mínima capacidad para cooperar en el tratamiento y que cuenten con algún recurso familiar o comunitario que facilite su cuidado.

-Unidades o Centros de Rehabilitación (centro de día):



## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Para los mismos autores, estas unidades son un dispositivo destinado a la rehabilitación y adquisición de hábitos sociales en pacientes crónicos, mal ajustados, en fase de estabilización de su enfermedad.

Los centros de rehabilitación, en jornada continuada de día, ofrecen tratamiento fundamentalmente rehabilitador, con énfasis en actividades recreativas y ocupacionales, con programas que no suelen estar limitados en el tiempo.

En general los datos sugieren que los pacientes que han seguido tratamiento obtienen mejores resultados sobre todo en los niveles de funcionamiento y ajuste social, que aquellos otros que siguen tratamiento ambulatorio tradicional.

### -Estructuras Alternativas Intermedias:

Vine, Beels, (1990); Wallance, Nelson, Liberman, et al (1980) sostienen que se trata de un conjunto de dispositivos distintos que se configuran como espacios de convivencia y lugares de vida que dan soporte y acogimiento necesario para evitar el desamparo, pero al mismo tiempo, se organizan con el propósito de promover las interacciones con el entorno. Estas estructuras intermedias se agrupan en distintos tipos y modalidades que establecen objetivos diferenciados. En general, su clasificación se ordena según el tipo de cobertura que prestan, las características de su organización y la forma de sus intervenciones.

Esta modalidad de estructura es necesaria para completar los procesos de superación de los hospitales psiquiátricos y facilitar el paso de una institución total a vivir en la comunidad. Son, asimismo, útiles para muchos pacientes esquizofrénicos con trastornos persistentes, para los que no son suficientes una respuesta médica ni hospitalaria puntual.

Para ser eficaces tienen que estar integrados en la red de servicios de salud mental y no quedar limitados a un espacio separado, con funciones de descarga; asimismo deben tener una fácil interacción con el entorno, evitando reproducir rutinas de asilo.

### -Servicios de Apoyo Social:

Su desarrollo es siempre relativo al contexto territorial y temporal, por lo que existen diferencias importantes entre las distintas comunidades autónomas:

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Área residencial: con diferentes niveles de apoyo y protección; como los “pisos protegidos” y los hogares, residencias o familias sustitutas para un grupo de pacientes.

Estructuras ocupacionales y laborales: talleres y centros ocupacionales de empleo normalizado, programas de formación profesional, centros de empleo, programas de apoyo y empresas sociales.

Estructura de apoyo a las actividades de ocio y resocialización como centros sociales para pacientes con mayores dificultades de acceso a recursos normales, ofreciendo un lugar de encuentro, socialización y mecanismos de apoyo en la permanencia en la comunidad. (Gonzales de Chaves, M, 1989).

En cuanto al tercer pilar, la psicoeducación familiar, Brown (1950, citado por Lagomarsino et al, 1990) se preguntó sobre el origen de las recaídas de los pacientes esquizofrénicos tras el regreso a sus hogares. A partir de esta observación diseñó un instrumento para evaluar y medir los componentes emocionales en la interacción entre el paciente y su familia. Encontró así una correlación importante en la tasa de recaídas como consecuencia de las actitudes negativas hostiles y la sobreinvolucración de la familia para con el paciente. Como consecuencia de este estudio se comienza a implementar la psicoeducación familiar.

El abordaje del grupo familiar es un aspecto importante en la atención y tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, porque permite ubicar al paciente no sólo en el proceso de recuperación de sus síntomas, sino dentro de la estructura familiar y social.

La intervención familiar debe ser considerada como una herramienta que es utilizada como grupo de apoyo social primario para mejorar y tratar al paciente.

“La psicoeducación familiar es un abordaje que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental a través del suministro de información específica y concreta sobre dicha patología, permitiendo combatir tabúes y procurando que la familia sienta que puede tener control sobre la situación”. (Fresán, A.; Apiquian, R.; Ulloa, R.; Loyzaga, C.; García- Anaya, M.; Gutiérrez, D, 2001, p.36-40)

### *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Los objetivos de la psicoeducación familiar apuntan: a) facilitar el cumplimiento en la toma de medicación; b) promover expectativas adecuadas evitando que la familia se desilusione ante las posibles recaídas; c) desculpabilizar a la familia explicándoles que no son los causantes de la enfermedad; d) mejorar la comunicación entre los miembros; e) legitimar las necesidades individuales y las actividades recreativas para disminuir el tiempo cara a cara dentro del grupo familiar; f) disminuir el estigma y el aislamiento social. (Lagomarsino, A et al., 1990; Ballús-Creus, C et al., 2000)

Capítulo 2:

2.1 Funcionalidad y Funciones Cognitivas.

Los factores que determinan la presencia de salud en un individuo son el funcionamiento cerebral y la funcionalidad como tal.

“Desde el punto de vista de la neurobiología el funcionamiento cerebral responde al comportamiento de los hemisferios y sus respectivos lóbulos cerebrales. El hemisferio cerebral izquierdo (HI) es el denominado lógico y analítico, mientras que el derecho (HD) se lo conoce como intuitivo y artístico. Aunque superficialmente similares en sus aspectos y funcionamientos, los mismos han ido revelando sus identidades individuales. Ambos parecen cumplir diferentes funciones en el pensamiento, percepción, sentimientos y memoria.

El HI ha demostrado una clara primacía en el manejo del lenguaje, en particular de los sonidos consonánticos y las reglas gramaticales, también asume un rol mas dominante que el HD en lo que se refiere a clasificar objetos en categorías estandarizadas lingüísticamente definidas.

El HD no tiene ninguna superioridad cognitiva que sea equivalente en intensidad al dominio del HI sobre el lenguaje, pero parece ser relativamente más importante en las actividades relacionadas con la percepción espacial. Es muy posible que dependamos de este hemisferio para orientarnos en un lugar desconocido o para manipular mentalmente la imagen de una forma de dos o tres dimensiones. El HD también parece ser fundamental para establecer discriminaciones sensoriales sutiles que abarcan desde el reconocimiento de rostros hasta la detección de texturas no familiares”. (Tornesse, E. ; Albanese, E. ; Konopka, H. ; Albanese, A, 1991, p.281-296).

“Cada lóbulo de los hemisferios cerebrales tiene funciones cognitivas características. El lóbulo frontal es fundamental para planificar la conducta, el lóbulo parietal para prestar atención a estímulos importantes, el lóbulo temporal para reconocer objetos y rostros y el lóbulo occipital para distintos análisis visuales”. (Purves, D.; Augustine, G.; Fitzpatrick, D.; Lamantia, A.; Mc Namara, J, 1997, p.9-15).

Hay una extensa serie de estudios que se centran en la lateralidad hemisférica, o sea en la activación diferencial de los dos hemisferios

cerebrales, izquierdo y derecho, para funciones motrices, perceptuales y emotivas.

En el paciente esquizofrénico existe una disfunción lateralizada en el hemisferio cerebral izquierdo. Las áreas cerebrales deterioradas serían las más importantes para el procesamiento de la información y para la incapacidad de respuesta cognitiva de la mayoría de los pacientes esquizofrénicos.

Esas dificultades se encuentran con mayor frecuencia en las conexiones corticales del lóbulo temporal izquierdo y las temporo-frontales.

En cuanto a los déficits cognitivos Tornesse y otros en 1991 en un estudio denominado ALCMEON 3 establecieron correlaciones anátomo-clínico neuropsiquiátricas a partir de la valoración neuropsicológica de 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de sexo femenino cuyas edades oscilaban entre los 29 y 65 años en donde se evaluó la vigilancia, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, orientación, actividad gestual, lectura, escritura y cálculo a través de los test de Wechsler, Wechsler-memoria y el test de Bender. Dichos tests arrojaron resultados que caracterizaron reducciones significativas, diversos déficits y alteraciones en todas las funciones evaluadas.

La evidencia de la disfunción cerebral en la esquizofrenia proviene de la presencia de anormalidades neurológicas lo cual puede estar presente en el 60% de los pacientes esquizofrénicos. Se observa una disfunción cerebral frontal del 100%, temporal 60% y parietal de un 20%, en la valoración neuropsicológica predominó la alteración funcional del hemisferio cerebral izquierdo (60%) y también se encontraron cambios estructurales en el lóbulo temporal medial probablemente desde el nacimiento, en donde estas anormalidades producirían disfunción cerebral temporal que tendrían efectos significativos en la integración de procesos y sobre el funcionamiento de muchos otros sistemas. La disfunción del sistema temporal sería responsable de la sintomatología clínica neuropsiquiátrica observada en el curso de la esquizofrenia. Si bien las alteraciones estructurales y la disfunción cerebral temporal pueden ocasionar alteración de las funciones de otras regiones cerebrales, también producirían las anormalidades neuroquímicas.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

“Por su parte la funcionalidad genéricamente hablando se define como la capacidad de adaptación del individuo a sus necesidades personales, familiares, sociales y laborales. Es la habilidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo, desempeñar una serie de roles socialmente definidos en una determinada cultura y participar e integrarse en diferentes actividades sociales- recreativas.

Los componentes de la misma son: capacidad cognitiva y afectiva intacta, capacidad volitiva y conativa conservada, capacidad laboral, capacidad de relación social, capacidad de planificar el futuro y capacidad de integración a la sociedad”. (San Juan, J. ; Prieto, L. ; Olivares, J.; Ros, S. ; Montejo, A. ; Ferré, F.; Moyoral, F.; Gonzáles- Torres, M.; Bousño, M, 2002, p. 1-15)

Una de las dimensiones más importantes de la funcionalidad son las denominadas funciones cognitivas, las cuales se componen de las funciones cognitivas básicas y las funciones de cognición social. Los autores anteriormente mencionados las conocidas como funciones cognitivas básicas incluyen: la atención (capacidad para procesar varios estímulos al mismo tiempo o estímulos complejos), la fluidez verbal (capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo), la memoria de trabajo (capacidad de recordar palabras e imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta), la función motora (correcto desarrollo de la psicomotricidad), las funciones ejecutivas (capacidad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas relevantes). A su vez, las conocidas como funciones cognitivas sociales incluyen: la percepción emocional (la capacidad para percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal), resolución de conflictos (capacidad para encontrar soluciones ante un conflicto concreto), ejecución de las soluciones (capacidad para llevar a cabo y ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto).

### Repercusiones del Deterioro Cognitivo sobre la Funcionalidad

En cuanto a las funciones cognitivas en la esquizofrenia Kraepelin identificó un cierto grado de deterioro en las mismas. Para él las funciones

que estaban relativamente conservadas eran la orientación, memoria y percepción pero sin embargo, otras como la eficiencia mental estaban disminuidas. Enfatizó que el déficit en la atención era la alteración neuropsicológica más común entre los pacientes esquizofrénicos. Pero, a pesar de considerar el deterioro cognitivo como un síntoma básico en la enfermedad dio más relevancia a los trastornos de la voluntad y de la emoción.

Eugen Bleuler, por otra parte, relegó las alteraciones cognitivas de la enfermedad a un segundo plano considerándolas secundarias a la sintomatología y en sus trabajos llegó a escribir que todas las funciones intelectuales continúan funcionando por completo. En contra de esto reconoció que al menos 1/3 de los pacientes hospitalizados presentaban un estado demencial.

Schneider, otra de las figuras relevantes e influyentes en la psiquiatría moderna, no consideró que los déficit cognitivos estuvieran primariamente afectados en la esquizofrenia.

Para él los síntomas de primer rango incluían los trastornos sensorio-perceptivos y del pensamiento pero sólo desde una perspectiva fenomenológica sin considerar su sustrato disfuncional.

En la actualidad hay evidencias de que tal déficit existe y que no se trata de un efecto secundario de la psicosis, sino que constituye una manifestación duradera y nuclear de la enfermedad.

El trastorno cognitivo tiene múltiples manifestaciones, pero una de las más perturbadoras es un defecto fundamental en la capacidad del individuo para manejar la información disponible. La magnitud del déficit cognitivo permanece estable a pesar de las fluctuaciones de los demás síntomas característicos.

El grado de disfunción cognitiva es un buen predictor de la discapacidad del paciente a largo plazo. Actualmente se le otorga cada vez más atención a la disfunción cognitiva en la esquizofrenia, la que se traduce en la creciente incorporación de escalas de evaluación y en la consideración de dicha disfunción como un dominio psicopatológico independiente. (Téllez, J et al., 2001)

No obstante, hay que señalar que desde la detección temprana en el siglo XIX del déficit cognitivo en los pacientes esquizofrénicos hasta que llega a convertirse en uno de los temas claves en la investigación a finales de los años 70, este aspecto de la esquizofrenia pasa prácticamente desapercibido. (Cuesta, M.; Peralta, V.; Zarzuela, A.; y grupo Psicost.) Hoy se sabe que a consecuencia de la enfermedad estas personas sufren una pérdida de su funcionalidad.

En la esquizofrenia las funciones cognitivas básicas y las de cognición social se encuentran gravemente afectadas y deterioradas debido a su sintomatología intrínseca haciendo que la persona presente dificultades en sus relaciones interpersonales, en su adaptación al entorno y en su capacidad para conseguir integrarse o mantener una ocupación laboral siquiera precaria, produciendo una disminución en sus posibilidades de aprendizaje social e incrementando las situaciones de estrés crónico pudiendo llevar al individuo a un déficit cognitivo irreversible. Así podemos decir que el 80% de los pacientes son incapaces de recuperar su actividad previa tras el primer episodio, entre un 40% - 70% comienzan o prosiguen un abuso habitual de sustancias tóxicas, un 10% - 15% irán a la cárcel, un 75% viven a cargo de sus familias o del Estado, un 10% - 15% vagan sin hogar y un 10% se suicidan. (Berrios, G. E; Markova, I. S.; Olivares, J. M).

La gravedad de cualquier problema psíquico es medido en función de la repercusión funcional que éste provoca en el individuo. Todos los criterios de cualquier trastorno mental según el DSMIV añaden que tienen que provocar alguna interferencia o desadaptación en la vida del sujeto. La pregunta aquí es entonces: ¿qué importancia o repercusión tiene el deterioro cognitivo en la vida cotidiana del paciente esquizofrénico? Actualmente se entiende que el déficit cognitivo es importante en la disminución de la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia.

San Juan et al (2002) plantea cómo a partir de las dificultades cognitivas en las funciones básicas (atención, memoria, lenguaje, etc) éstos déficit repercuten en las funciones cognitivas sociales, en particular en la capacidad de percepción emocional y en la capacidad de resolución o afrontamiento de situaciones sociales conflictivas. Las dificultades presentes en estas funciones, son las que regulan el grado de adaptación social del



paciente y por tanto en gran medida el pronóstico de la enfermedad. Esta desadaptación social puede inducir a situaciones de estrés crónico llevando a aumentar el déficit cognitivo. Hay una creciente evidencia de que el funcionamiento cognitivo y no los síntomas positivos, son el determinante principal del resultado en la esquizofrenia. Ciertas áreas del funcionamiento cognitivo dan cuenta de la variedad significativa en los resultados funcionales. Específicamente, el desempeño en la atención, la fluidez verbal y el funcionamiento ejecutivo son un determinante fuerte para el funcionamiento comunitario, las habilidades de la vida independiente, el nivel ocupacional, las habilidades sociales y hasta incluso la habilidad para beneficiarse con la rehabilitación psiquiátrica.

El deterioro cognitivo observado en la esquizofrenia guarda relación con las alteraciones que se observan en los estudios con neuroimágenes y con pruebas de función cerebral, que han reportado la presencia de cambios estructurales y funcionales a nivel de los lóbulos temporales, estructuras límbicas y en los sistemas de integración de la corteza cerebral. Dicho deterioro limita al paciente esquizofrénico en su funcionamiento cognitivo, en sus relaciones y comportamientos sociales.

El perfil de funcionamiento neuropsicológico del paciente con esquizofrenia muestra alteraciones muchos años antes de la presentación del primer episodio psicótico, e incluye manifestaciones clínicas como el pensamiento concreto y simbólico, un aumento en la sensibilidad, retraimiento social, pérdida de los límites del yo e incongruencia en el pensamiento o en la conducta, síntomas que se intensifican cuando hace eclosión la psicosis y aparecen los síntomas positivos como las ideas delirantes y las alucinaciones.

El déficit cognitivo no es resultado de la falta de cooperación y la distractibilidad del paciente. Las alteraciones cognitivas son síntomas primarios y permanentes que no mejoran con el tratamiento neuroléptico clásico.

La dificultad para emplear la memoria de trabajo o ejecutiva, la incapacidad para resolver problemas y utilizar la información y los frecuentes síntomas de perseveración sugieren la presencia de un compromiso del lóbulo frontal. (Sanjuan J. y Balanzá V., 2002)

## 2.2. Funcionalidad y Síntomas

Para Peralta y Cuesta (2000) la pérdida de funcionalidad depende en un grado diferente de los distintos síntomas, como así también a medio o a largo plazo de las discapacidades cognitivas del paciente. La presencia del deterioro cognitivo y de síntomas negativos impactan de manera contraproducente en la funcionalidad del paciente.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que en la inmensa mayoría de los casos dura toda la vida; sin embargo a veces sólo se ve una parte de esta invalidante enfermedad, es decir, aquella que aparece en los períodos de agudización.

Los períodos de agudización, caracterizados por la presencia de síntomas positivos y de alteraciones de conductas llaman poderosamente la atención, dando lugar a una visión deformada de la enfermedad olvidando que la mayor parte de la vida de los pacientes con esquizofrenia está constituida por los períodos intercríticos. Estos períodos intercríticos son en verdad los cuales muestran en el paciente sus enormes limitaciones, determinadas más por la presencia de síntomas negativos y por los déficits cognitivos, todo ello correlacionado a medio y a largo plazo con la funcionalidad del paciente y con sus posibilidades de integración parcial o completa en la sociedad.

La funcionalidad del paciente en los períodos intercríticos determina su calidad de vida y el estándar de calidad de la atención psiquiátrica.

Los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) son enormemente llamativos y suelen centrar la atención y la preocupación en la mayoría de los profesionales de la salud mental, tienden a fluctuar con el tiempo mientras que los síntomas negativos y cognitivos suelen ser estables y tienen mucho mayor peso en el pronóstico, como así también en las posibilidades de reintegración laboral. Estos síntomas suelen ser útiles para el diagnóstico de la enfermedad al estar presentes en un porcentaje importante de pacientes (65% de frecuencia de delirios, 52% de alucinaciones y 50% de desorganización), pero no lo tanto para predecir el pronóstico o la evolución a medio o largo plazo, ni constituyen el núcleo de la enfermedad siendo

entendidos como un epifenómeno de la misma, cuya verdadera naturaleza se explica mejor en función de los síntomas negativos y cognitivos. (Colodrón, A., 1995).

Según Olivares (1998) los síntomas negativos junto con las alteraciones cognitivas son la clave para comprender esta enfermedad (o mejor, este grupo de enfermedades), a nivel fisiopatológico, pues probablemente están más cerca de las causas de la misma, e incluso en el origen de otros síntomas, como los síntomas positivos, que puede no sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con los déficits justos como para no poder afrontar situaciones ambientales complejas.

Se conoce como síntomas negativos al: embotamiento afectivo, aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, apatía, alogia y alexitimia.

Los síntomas negativos primarios son debidos a una anomalía estructural e irreversible a nivel cerebral mientras que los síntomas negativos secundarios estarían asociados a síntomas positivos, privación ambiental, depresión y síntomas extrapiramidales, los que serían parcial o totalmente reversibles.

Carpenter y sus colaboradores en 1988 distinguieron dos tipos de síntomas negativos. Los síntomas negativos primarios son considerados como síntomas del déficit . Estos son la forma más pura de los síntomas negativos, los auténticos y duraderos núcleos de la enfermedad. Los síntomas negativos secundarios son los denominados temporarios y están asociados a otros factores inherentes a la esquizofrenia.

McGlashan y Fenton en 1992 destacaron tres fases del síntoma negativo que pueden estar separadas o que pueden presentar procesos subyacentes cualitativos distintos en acción. La primera fase está asociada al funcionamiento premórbido comprometido y sugiere un vínculo entre los síntomas negativos y la vulnerabilidad hacia la esquizofrenia. El segundo proceso del síntoma negativo está asociado a los estados floridos y/o agudos, en este punto igual a los síntomas positivos, los negativos son algo inestables y pueden variar con los tratamientos y el stress ambiental. El tercer proceso del síntoma negativo está asociado con la fase más crónica y de plazo más largo de la enfermedad. En esta etapa los síntomas negativos son más

prominentes, persistentes, insistentes a la intervención y son incapacitantes funcionalmente.

Por su parte en la esquizofrenia las alteraciones en la calidad o intensidad de los síntomas afectivos también conforman el cuadro clínico de esta enfermedad. Ya Bleuler consideraba las anomalías afectivas como uno de los síntomas primarios, acompañando a los trastornos de las asociaciones, el autismo y la ambivalencia.

Los síntomas afectivos complican el cuadro clínico del paciente esquizofrénico ejerciendo una influencia notable en distintas áreas de la vida de éste, en su respuesta al tratamiento y evolución además de presentar una compleja relación con las tentativas suicidas y con los suicidios consumados en este grupo de pacientes. (Iglesias, A.; Olivares, J. M., Gonzáles, A.; Pérez-Bravo, A., 1997)

Se considera que tanto los autoconceptos negativos como las expectativas pobres son parte intrínsecas de la clínica depresiva en general y de la que se haya en el paciente esquizofrénico en particular. Si bien se puede considerar a la clínica depresiva como generadora de problemas suele solaparse con los relacionados síntomas negativos. La anhedonia, las dificultades de relación, el aislamiento social, la baja energía, ahondan la alineación del paciente y facilitan la aparición de desesperanza. Según Beck el paciente deprimido se ve a sí mismo como desamparado e interpreta la mayoría de los sucesos de su alrededor de un modo desfavorable y ve el futuro con gran desesperanza. Si esta tríada cognitiva se aplica al psiquismo del paciente esquizofrénico deprimido es posible conjeturar su escasa implicación en el tratamiento, una peor respuesta a éste y una peor evolución.

Meltzer en 1999 señala la existencia de una tasa de suicidios de entre el 9 % y el 13% de los pacientes esquizofrénicos, con una tasa anual de entre un 0.4% y un 0.8%. La mayoría de los autores concluyen que el suicidio es la primera causa prematura en los pacientes esquizofrénicos varones y la segunda entre las mujeres.

A su vez Siris en el año 2000 propone el modelo de Vulnerabilidad-Estrés como vía para integrar lo depresivo en el proceso esquizofrénico, considerando la depresión como un posible precipitante del episodio psicótico

en pacientes suficientemente vulnerables. Gutiérrez Rodríguez, M; García Cabeza, I.; Sánchez Díaz, E. I. Et al)

Según lo planteado por Gómez, R. en cuanto a los síntomas desorganizativos es posible enfatizar que el comportamiento desorganizado puede manifestarse en varias formas comprendiendo desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como por ejemplo organizar las comidas o mantener la higiene.

Dentro del comportamiento extravagante se pueden diferenciar: vestido y apariencia: al paciente se le ve vestido de una manera inusual o hace otra clase de cosas que le hacen parecer extravagante. Su ropa puede ser de lo más rara o puede vestirse como si fuera un personaje histórico o un extraterrestre. Puede usar ropa inadecuada para la estación y el clima.

Con relación al comportamiento social y sexual, el paciente puede hacer cosas consideradas inapropiadas de acuerdo con las normas sociales.

En cuanto al comportamiento agresivo y agitado, éste puede comportarse de una manera agresiva o agitada, con frecuencia con un carácter totalmente impredecible. Puede iniciar discusiones con familiares o amigos o puede hostigar a extraños por la calle e incitarles a la pelea.

La conducta repetitiva se refiere a actos o rituales repetitivos que el paciente puede llevar a cabo una y otra vez. Con frecuencia puede atribuir a éstos actos algún significado simbólico y tendrá la creencia de que están influyendo a otras personas, o que así evita ser influido él mismo.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención ( estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas), o una actividad motora excesiva sin propósito o estímulo provocador (agitación catatónica).

Los síntomas cognitivos básicos en el paciente esquizofrénico se caracterizan por la dificultad en la atención, pérdida en la fluidez verbal,

disminución en la memoria de trabajo, elentecimiento en la función motora, dificultad en la capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas.

Los síntomas cognitivos sociales en el paciente esquizofrénico se caracterizan por la dificultad en la percepción emocional, dificultad en la resolución de conflictos, dificultad en la ejecución de las soluciones. (Sanjuán, J et al., 2001)

#### Deterioro de las Funciones Cognitivas Básicas:

- Atención:

Según Viviana Alvarez D (citado en Téllez et al., 2001) la atención es la función cognitiva más comprometida en el paciente con esquizofrenia. Se la define como la capacidad para seleccionar del ambiente la información necesaria para realizar un adecuado proceso perceptivo e incluye la capacidad para centrar, fijar, mantener y cambiar el foco de atención de acuerdo con las circunstancias afectivas o ambientales.

En la atención se describen cuatro componentes:

*Selectividad:* es la capacidad de escoger o seleccionar una fuente de información por encima de otra. Es una función del lóbulo parietal izquierdo que es enriquecida por las aferencias de los lóbulos temporales y frontales.

*Vigilancia y concentración:* es la capacidad de mantener la atención; es una función del lóbulo parietal derecho y de sus conexiones.

*Límite:* la capacidad de atender no es ilimitada. Su finitud está relacionada con la acción del lóbulo parietal izquierdo, especialmente en lo concerniente con la duración de los estímulos auditivos y verbales.

*Facilidad para desatender:* se deriva de la flexibilidad de nuestro aparato mental y es la capacidad para mantener en cuenta la nueva información que sobrepasa la importancia de la información actual. Es necesaria para el proceso adaptativo y está coordinada por la acción de los lóbulos frontales y temporales.

Los pacientes esquizofrénicos muestran un pobre desempeño en las modalidades atencionales: fallan en la selección y focalización de un estímulo, son incapaces de priorizar la información importante y desechar la

irrelevante, presentan dificultad en el manejo de dos estímulos diferentes y simultáneos presentando alteraciones en la concentración, dificultad que aumenta con el esfuerzo continuo.

El déficit atencional se hace más aparente cuando se incrementa la complejidad o el número de operaciones cognitivas que deben completarse en un tiempo determinado.

Los pacientes con esquizofrenia presentan disminución en la velocidad del procesamiento perceptual y cognitivo, reducción en el tiempo de reacción. Los enfermos reaccionan más lentamente a los estímulos simples y presentan disminución de la capacidad para utilizar estímulos preparatorios o de aviso.

Formas para evaluar el déficit atencional:

-Span Digital: número de dígitos que es capaz de recordar en una sola vez.

-Test de doble estimulación: se le pide al sujeto que cierre los ojos y se le toca simultáneamente ambas manos o la mano y la cara. Algunos sujetos con déficit atencional ignoran (extinguen) uno de los dos estímulos y sólo reconocen uno. (Sanjuán, J et al., 2001)

- Memoria:

Para Viviana Alvarez D (citado en Téllez et al., 2001) la memoria es una de las funciones cognitivas que primero se deteriora en la esquizofrenia, pudiendo con el tiempo comprometerse la memoria inmediata, la memoria visual y el aprendizaje. El primer síntoma de compromiso mnésico es el rápido olvido de los nuevos contenidos.

El compromiso de la memoria parece estar relacionado con las anormalidades del lóbulo temporal.

Los trastornos en la memoria y en el aprendizaje parecen estar relacionados con una falla en el uso espontáneo de claves contextuales, la codificación y recuperación de la información.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

El perfil mnésico general es mucho más pobre en mujeres que en hombres con esquizofrenia.

Los pacientes presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje, de información verbal y no verbal pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucran las funciones motoras, resolución de problemas y atención.

El paciente tiene dificultades para los nuevos aprendizajes, ya sean verbales o visuales resultados que sugieren una disfunción cerebral bilateral.

La memoria de trabajo es la responsable de retener la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada. Los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo porque tienen dificultad para manejar la información.

Los trastornos en la memoria sugieren un compromiso de las regiones frontales- temporo-límbicas.

### Las pruebas utilizadas para evaluar esta función son:

Sanjuán, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral, Gonzáles-Torres y Bousoño (2001) en la exploración de memoria de trabajo se utilizan los siguientes test:

-Recuerdo verbal: repetir tres palabras y preguntárselas unos minutos después.

-Recuerdo espacial: se puede utilizar la figura compleja de Rey u otra figura que tenga suficientes detalles para permitir valorar una gradación en el olvido.

-Escala de memoria de Weschler: el test de I y II y el test de la memoria de figura.

- **Funciones ejecutivas:**

Las funciones ejecutivas son los procesos neuropsicológicos necesarios para la adaptación al medio, tales como la preparación, iniciación y modulación, el mantenimiento del estado de alerta, la resolución de problemas cuyas soluciones no son obvias y el automonitoreo del



comportamiento voluntario. Las dificultades en la abstracción de conceptos supone una disfunción de los circuitos frontales, especialmente a nivel orbito frontal y dorso- lateral. (Téllez et al., 2001)

La prueba utilizada para evaluar esta función son:

Test de cartas Wisconsin: permite poner de manifiesto las dificultades para formar conceptos y evalúa el grado de flexibilidad y capacidad para beneficiarse de las correlaciones y modificar el comportamiento. (Sanjuán, J et al., 2001)

- **Fluidez verbal:**

Es la capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo.

En la esquizofrenia se observa que la conversación se vuelve más superficial que antes: el paciente se expresa peor, es más infantil en sus conceptos y menos preciso. La conversación es menos fluida, parece que cuesta arrancarle las palabras y prefiere responder con monosílabos a tener que argumentar y no extenderse en explicaciones mas allá de la pregunta concreta (pensamiento concretista). Difícilmente rompe un silencio y espera a que alguien se dirija a el o ella antes que interrogar.

La fluidez verbal esta asociada al funcionamiento de la región prefrontal del cerebro y también a la región temporal.

Las pruebas utilizadas para evaluar esta función son:

-Valoración del lenguaje espontáneo: es el que se produce con preguntas abiertas.

-Pruebas Perceptivas: umbrales de percepción tonal, asociados a maniobras de distracción.

-Pruebas de Fluidez Verbal:

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

El test de animales (decir nombres de animales en 1 minuto). Menos de 10 animales sugiere un empobrecimiento verbal.

-FAS: decir palabras que empiecen (en 1 minuto) con f, a y s. Menos de 12 sugiere posible trastorno de la fluidez. (Téllez et al., 2001)

- **Funciones motoras:**

Los trastornos motores han sido especial objeto de atención tanto en las descripciones clásicas como para la evaluación de los efectos secundarios de la medicación.

El enlentecimiento motor es una característica de algunos de estos pacientes y puede ser agravado por la medicación neuroléptica.

Especial mención merecen las pruebas de lateralidad motora ya que hay numerosos estudios que sugieren un trastorno en la laterización de estos pacientes. (Tabares et al., 1999, citado en Sanjuán et al., 2001)

### Las pruebas utilizadas para evaluar esta función son:

#### Prueba de lateralidad:

-Preferencia manual: mano con la que escribe.

-Preferencia crural: pie con el que da un balón.

-Preferencia ocular: ojo por el que mira con un catalejo.

#### Test del punteado:

-Ver el número de casillas que es capaz de puntear con un lápiz con cada mano en un minuto.

-Test de punteado simultáneo con ambas manos. (Sanjuán, J et al., 2001)

### Deterioro de las funciones cognitivas sociales:

Sanjuán y Balanza (2002) manifiestan que el concepto de funcionamiento social engloba un sustrato de funcionamiento cognitivo básico (atención, memoria, concentración y procesamiento), una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene,

aparición, tareas domésticas, manejo del dinero, etc) y un repertorio de interacciones sociales que exige el desempeño de un determinado rol (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero, etc).

Las funciones cognitivas sociales incluyen la percepción emocional, la resolución de conflictos y la ejecución de soluciones:

- Percepción del afecto:

La percepción del afecto o percepción social es la habilidad para percibir, interpretar y procesar correctamente la expresión emocional en los demás. Esta es considerada una habilidad cognitiva social compleja que descansa en la integridad de un set selecto de procesos neurocognitivos básicos.

Los déficit para reconocer e interpretar los gestos, las palabras y transformarlos en términos de intenciones, conocimientos y creencias permiten explicar la mayoría de las dificultades del funcionamiento social encontradas en estos pacientes.

- Resolución de conflictos:

Se define a la resolución de conflictos como las habilidades de procesamiento que consisten en la generación de varias respuestas alternativas sopesando las consecuencias de cada una y seleccionando la más indicada.

En el paciente esquizofrénico existe una gran dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto.

- La ejecución de soluciones:

Se define a la ejecución de las soluciones a la capacidad de llevar a cabo y ejecutar las respuestas ante un problema concreto, es decir, integrando la opción elegida con sus componentes verbales y no verbales de manera que resulte lo más efectiva posible para conseguir una respuesta socialmente deseada. Esta dificultad en la ejecución de soluciones se hace muy evidente en los pacientes esquizofrénicos. (Sanjuán et al., 2001)

Capítulo 3:

3.1 Psicoeducación Familiar

En cuanto a la psicoeducación familiar Brown (1950, citado por Lagomarsino et al, 1990) se preguntó sobre el origen de las recaídas de los pacientes esquizofrénicos tras el regreso a sus hogares. A partir de esta observación diseñó un instrumento para evaluar y medir los componentes emocionales en la interacción entre el paciente y su familia. Encontró una correlación importante en la tasa de recaídas como consecuencia de las actitudes negativas hostiles y la sobreinvolucración de la familia para con el paciente.

Como consecuencia de este estudio se comienza a implementar la psicoeducación familiar. La misma es un abordaje que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental a través del suministro de información específica y concreta sobre dicha patología permitiendo combatir los tabúes y procurando que la familia sienta que puede tener control sobre la situación. (Fresán, A et al., 2001).

Los objetivos de la psicoeducación familiar apuntan: a) facilitar el cumplimiento en la toma de medicación; b) promover expectativas adecuadas evitando que la familia se desilusione ante las posibles recaídas; c) desculpabilizar a la familia explicándoles que no son los causantes de la enfermedad; d) mejorar la comunicación entre los miembros; e) legitimar las necesidades individuales y las actividades recreativas para disminuir el tiempo cara a cara dentro del grupo familiar; f) disminuir el estigma y el aislamiento social. (Lagomarsino, A et al., 1990; Ballús-Creus, C et al., 2000)

### 3.2 Modelos de Abordajes Psicoeducativos

Lagomarsino, et al (1990), Fernández & Giradles (2001) plantean que entre los modelos de abordajes psicoeducativos se encuentran: el Paquete de Intervenciones Sociofamiliares de Leff, el Modelo Psicoeducativo de Anderson, el Programa Psicoeducacional de Golsdtein y la Terapia Conductual de Fallon.

El programa propuesto por Leff posee tres fases:

La fase uno se denomina “Educación en Salud Mental” en donde se trabaja con el familiar en el hogar sin el paciente con el objetivo de que los miembros de la familia aprendan acerca de la enfermedad y que como resultado de tal aprendizaje se cambien las actitudes negativas hacia el paciente.

La fase dos se denomina “Sesiones Grupales con los Familiares” en donde se trabaja de manera multifamiliar en el hospital sin el paciente con el objetivo de cambiar las actitudes negativas hacia el paciente reduciendo el contacto entre el mismo y sus familiares. La fase tres se denomina “Sesiones Familiares” en donde se trabaja con el paciente y sus familiares en el hogar con el objetivo de reducir la actitud negativa mediante la disminución del contacto entre el paciente y sus familiares.

El programa propuesto por Goldstein posee cuatro fases:

La fase uno se denomina “Sesiones Psicoeducativas” en donde se explora la experiencia que tiene cada participante acerca de los acontecimientos previos a la crisis del paciente con el objetivo de validar la importancia de cada miembro de la familia en el tratamiento, legitimar la necesidad de ayuda que tiene el paciente y proporcionar un desahogo a la familia.

La fase dos se denomina “Estrategias de Prevención y Afrontamiento del Estrés” con el objetivo de considerar las situaciones estresantes acordadas en la fase uno; discutir con los participantes planes para evitar el estrés provocado por tal situación; desarrollar planes de afrontamiento cuando las estrategias de prevención fracasen; elaborar estrategias de afrontamiento con la colaboración y acuerdo familiar.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

La fase tres se denomina “Evaluación de la Utilización de la Fase Dos” con el objetivo de proveer habilidades necesarias en el caso que las utilizadas en la fase dos fracasen.

La fase cuatro se denomina “Planificación y Anticipación” con el objetivo de identificar acontecimientos estresantes y desarrollar estrategias de prevención y afrontamiento para manejarlos.

El programa propuesto por Fallon posee tres fases:

La fase uno se denomina “Sesiones Psicoeducativas” con el objetivo de ayudar al paciente y a su familia a comprender la enfermedad; reducir la tensión y cambiar las actitudes negativas hacia la enfermedad y el paciente.

La fase dos se denomina “Entrenamiento en Habilidades Comunicacionales” con el objetivo de reducir las tensiones en el hogar y consecuentemente el estrés familiar proporcionando una serie de habilidades para facilitar el posterior entrenamiento en la resolución de problemas.

La fase tres se denomina “Entrenamiento en Resolución de Problemas” con el objetivo de aprender a manejar cualquier situación o acontecimiento susceptible de provocar estrés.

El programa propuesto por Anderson posee cuatro fases:

La fase uno se denomina “Conexión con las Familias” con el objetivo de establecer una alianza con la familia; disminuir el sentimiento de culpa que posee la misma acerca del origen de la enfermedad del paciente; disminuir el estrés del núcleo familiar.

La fase dos se denomina “Seminario de Habilidades de Supervivencia” en donde se trabaja de manera multifamiliar en el hospital sin el paciente con el objetivo de proporcionar información acerca de la enfermedad y sus tratamientos; disminuir la ansiedad, el desamparo y los sentimientos de estigma o aislamiento que posea la familia.

La fase tres se denomina “Aplicación a cada Familia de los temas tratados en la fase dos” en donde se trabaja con sesiones familiares en el hospital con el paciente, con el objetivo de aplicar la información presentada en la fase dos a los problemas de un determinado paciente y a su familia.

La fase cuatro se denomina “Continuación con el Tratamiento o Finalización” con el objetivo de enfatizar la expresión de sentimientos; fomentar la responsabilidad y participación de la familia en la terapia;

### *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

promover la resolución de problemas y el desarrollo de tareas; evitar el estrés causado por cambios inesperados o por un corte brusco en la terapia.

Si bien en el presente capítulo se realizó una revisión de los modelos de abordajes psicoeducativos más utilizados, se desarrolla prioritariamente el modelo de Julian Leff por ser el mismo un eje básico tomado como parámetro por el Dr. R. Muscellini y otros profesionales dentro de la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (A.C.A.P.E.F) en donde se llevó a cabo esta investigación.

### 3.3 Modelo de abordaje Psicoeducativo de Julian Leff

Desde la última parte de los años 60' hasta principios de los 70' los investigadores de Unidad de Psiquiatría Social del Consejo de Investigación Médica en Londres estaban investigando si el ambiente familiar puede influir en el curso de la enfermedad en la esquizofrenia; ellos descubrieron que los pacientes que viven con un pariente escrupuloso o sobreprotector tenían más tendencia a recaer, es así que inventaron el término “Emoción Elevadamente Expresada” para describir a esas familias. Estas novedades fueron repetidas primero en la Unidad del Consejo de Investigación Médica empleando un programa más breve de entrevista por Vaughn y Leff en 1976. Desde ahí se divulgaron más repeticiones a lo largo del mundo y en distintas culturas.

Parker y Hadz Pavlovic en 1990 (citado en Fernández et al., 2001) en función de diferentes estudios resumieron que “la emoción expresada (EE) es esencialmente un concepto clínico que si bien contribuye poco para la comprensión de la etiología de la enfermedad es un predictor generoso del curso de la enfermedad cuando algún paciente con esquizofrenia convive con su familia” (p.325-336).

La emoción expresada es una forma de reaccionar por parte de la gente ante una persona que presenta un comportamiento conflictivo o complicado de aceptar, en todo caso un comportamiento con el que no es fácil convivir, estando directamente relacionada con la aparición y el mantenimiento de la tensión.

Este concepto es lo que los profesionales llaman un constructo, cuya definición aproximada sería: conjunto de características que ejercen un efecto determinado. Así es que la emoción expresada es un constructo que actualmente puede medirse y que se ha comprobado tiene un efecto directo sobre los pacientes con esquizofrenia.

Este constructo originalmente fue propuesto en 1959 por Brown quién se encargaba de investigar las causas de las recaídas de los enfermos con esquizofrenia que eran dados de alta y que volvían a sus hogares paternos. Es así que empezó a investigar los factores propiciadores de recaídas entre un conjunto de variables tales como: actitudes, actividades profesionales, estatus



socioeconómico, número de convivientes en el hogar familiar, calidad de la red del apoyo social, circunstancias varias de la recaída entre otras. De este modo aisló más de 100 variables que fue descartando hasta centrarse en aquellas que estaban más relacionadas con las actitudes de los familiares.

Poco a poco fue fijándose en las que implicaban actitudes de intromisión por parte de los miembros de la familia hacia el enfermo.

Estas actitudes de intromisión eran especialmente de:

-Censura, reproche, amonestación.

-Oposición, pugna, desafección.

-Excesiva defensa, cuidado injustificado, exceso de mimo, preservación del hijo enfermo con respecto al entorno.

-Inmiscuirse, mezclarse o confundirse con él, incluirse o considerar propios sus planes, curiosear en sus cosas y en su vida.

-Incluirlo por sistema en planes propios o ajenos.

Este conjunto de actitudes y conductas, en un contexto de estrés o creando tensión por sí solas, resultó el anuncio más fiable de las recaídas. Esto fue el germen de lo que después sería el constructo Emoción Expresada. Es decir, se observó que cuando en una familia se daban estas reacciones, las probabilidades de que el paciente recaiga aumentaban de forma significativa.

A partir de aquí se fue perfilando el constructo y se aislaron las actitudes hasta concretarlas en los siguientes elementos:

-Comentarios críticos.

-Hostilidad.

-Sobreinvolucración emocional, que incluye sobreimplicación y sobreprotección. (Ballús-Creus, C et al., 2000)

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

	E.E. BAJA	E.E. ALTA
COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Enfermedad real.</li><li>-Disminución de las expectativas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Dudas sobre la existencia real de la enfermedad</li><li>-Expectativas invariables.</li></ul>
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"><li>-Centrados en los otros.</li><li>-Empáticos.</li><li>-Tranquilos.</li><li>-Objetivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Centrados en sí mismos</li><li>-Mal humor y alteraciones intensas.</li></ul>
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"><li>-Adaptativos</li><li>-Afronta la solución de problemas.</li><li>-No intrusivos.</li><li>-No confrontativos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Menos flexibilidad.</li><li>-Intrusivos.</li><li>-Confrontativos.</li></ul>

Ejes Clásicos del Modelo Psicoeducativo:

Leff, Kuipers y Dominic (traducido por Maria Rosa Muscellini 1991) plantean los siguientes ejes:

A. La esquizofrenia está conceptualizada como una enfermedad de origen biológico. Se usa un modelo diátesis-estrés para explicar cómo, en una persona vulnerable, los factores estresantes tales como los cambios inesperados en la vida podrían provocar la enfermedad o la recaída.

B. En vez de culpar a los familiares, ellos están incluidos como agentes terapéuticos, para ayudar a los pacientes. Además, se toman en serio la carga y el estrés de vivir con un paciente esquizofrénico.

C. Se enfatiza la apertura y el trabajo en conjunto con la familia. Se comparte la información sobre la enfermedad.

D. Las familias tiene necesidades y virtudes. Se emplea un método positivo para construir las virtudes de las familias con el fin de enfrentar sus problemas.

E. La intervención psicoeducativa es una parte integral junto con el tratamiento psicofarmacológico y la rehabilitación psico-socio-laboral del paciente.

Efectividad Interpersonal general:

El modelo psicoeducativo enfatiza la importancia de la comunicación con las familias. Los terapeutas nunca deben culpar o criticar a la familia, aparte de ser un rol indeseable para los familiares, cualquier crítica puede ser transmitida al paciente.

Los principios de los terapeutas es que tienen que ser amistosos, empáticos y genuinos, requisitos que son considerados cruciales para trabajar efectivamente con las familias. Los terapeutas deben exhibir una cordialidad adecuada hacia las familias como seres humanos con necesidad de ayuda.

Los terapeutas no deben adoptar una actitud autoritaria ni imponer la opinión oficial de las esquizofrenias. Es importante elicitarse regularmente las opiniones de las familias para ganar su colaboración. Deben respetarse los

sentimientos, experiencias, virtudes y necesidades de los miembros. Los intentos pasados o presentes de superarse, no importa cuán indeseables puedan ser para los terapeutas, deben ser respetados por los mismos.

La premisa de dicho modelo psicoeducativo es que las cualidades interpersonales de los terapeutas son necesarias pero insuficientes para un buen resultado.

Las técnicas descritas son efectivas cuando son concretadas en una buena relación terapéutica. Contrariamente, la terapia puede ser considerada robótica y las familias pensarían que a los terapeutas no les importa o que no los entienden. Se requiere mucha capacidad para transmitir una actitud profesional buena y atenta. Es importante el grado de cordialidad y veracidad que los terapeutas expresan.

Es muy posible que una familia se niegue a involucrarse en las sesiones, pueden haber existido antecedentes de un previo contacto profesional inútil, real o percibido. Los familiares pueden sentirse culpados por la enfermedad y preocuparse porque esto.

Con frecuencia existe un temor muy real de que cualquier cambio empeorará las cosas, no las mejorará y de que es preferible después de todo convivir aún con todos sus problemas. Finalmente puede haber un ambiente de resignación que puede sobrevenir luego de muchos años, una sensación de que no se puede hacer nada de manera que ofrecer ayuda es una pérdida de tiempo.

#### La primera reunión psicoeducativa:

Es importante en la primera reunión ayudar a que todos se relajen y a que empiecen a conocerse, los familiares deben ser bienvenidos y los terapeutas deben presentarse a medida que arriban los integrantes.

Una buena forma de empezar la sesión es pedirle a cada familiar que cuente una breve versión de su historia, esto es, su nombre, el del paciente y un relato de los que les paso desde que empezó la enfermedad. Pedirle a cada familiar que haga esto le permite tener el control del relato y divulgar solamente lo que le parece bien, aún así, algunos familiares pueden necesitar

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

estímulo para hablar y los terapeutas deben ayudarlos. Deben hablar de a uno y los terapeutas deben asegurar que sean escuchados y no interrumpidos.

A medida que los familiares comienzan a contar sus experiencias el grupo empezará a descubrir las similitudes entre ellos.

La meta principal de la primera sesión es establecer cuánto comparten todos los participantes, a pesar de las diferencias en la educación o la relación; un miembro con alguna característica particular debe ser tranquilizado por los terapeutas de que su problema no es extraño aún si nadie en el grupo lo menciona, de otra forma, se sentirá aislado y se le hará difícil asistir la próxima vez.

Los terapeutas deben asegurar que todos tengan la oportunidad de participar y que el aporte de cada persona sea valorado. Luego de que las narraciones hayan sido escuchadas debe concentrarse en algún aspecto que hayan experimentado varios integrantes, esto permite seguir un debate y los terapeutas deben preguntar la opinión de todos. Es importante que se mantenga el control durante este tipo de debates porque se sabe que no todos los integrantes tendrán el mismo nivel de habilidades sociales o participativas.

Frecuentemente será necesario reforzar el escucharse el uno al otro, enfatizar que los familiares no deben interrumpir demasiado y asegurarse de que se hable uno de por ves.

### Reuniones subsiguientes:

Luego de la primera reunión es importante que los terapeutas continúen teniendo metas claras para cada sesión. Generalmente se comienza cada encuentro subsiguiente con una investigación abierta a cada familiar sobre como les ha ido desde la última vez, esto permite presentar y analizar cualquier hecho urgente o inesperado. Cualquier participante nuevo debe ser presentado de la misma manera que la primera vez (a todos los asistentes se le debe pedir que cuenten su historia), el miembro nuevo es incluido en este ejercicio, a pesar que no necesariamente tiene que iniciarlo y esto ayuda no solamente a presentar a todos sino también a ser integrado en el grupo.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Durante cada reunión el terapeuta debe estar alerta a cualquier tema o problema común que sea mencionado. Parte del objetivo de cada encuentro es permitirle a los integrantes concentrarse en cuestiones comunes que a lo mejor pensaban que eran privadas; esto les permite a los familiares no solamente una oportunidad de normalizar sus dificultades sino que, aún más importante utilizar el grupo para descubrir y para probar algunas nuevas formas de superación. Así, una vez que una cuestión ha sido identificada y acordada con el grupo, el rol de los terapeutas es permitirle a los miembros debatirla con alguna profundidad, permanecer en un solo problema, no salirse del objetivo y por último arribar a algún consenso de EE-baja como una solución posible. Esto puede ser extremadamente difícil de lograr si todos los miembros del grupo tienen EE-elevados y ésta es una de las razones por la cual sugerimos tener dos profesionales.

Otra estrategia es tratar de asegurar que al menos algunos familiares de EE-baja concurren al grupo, que aunque sus necesidades serán diferentes si se unen al mismo los terapeutas pueden utilizar sus experiencias de soluciones como un modelo realista y concreto. Los familiares con EE-baja pueden ser una herramienta en un grupo porque han tenido que superar las mismas dificultades y a menudo han hallado una estrategia de superación mas efectiva.

### Temas:

En las primeras reuniones de grupo mientras la gente se está conociendo, la mayoría de los temas propuestos son prácticos. Frecuentemente los familiares hacen muchas preguntas, del terapeuta y de cada uno, que son una continuación de la sesión psicoeducativa anterior. Las cuestiones propuestas incluyen la medicación, las causas de la esquizofrenia, el trabajo, los problemas con las ganancias y los problemas prácticos causados por el paciente. Se recomienda responder a todas las preguntas a medida que surgen y siempre formular preguntas abiertas a todo el grupo para elicitación de las respuestas.

En la mayoría de los grupos los terapeutas descubrirán que al menos un familiar habrá experimentado un problema y puede tener una opinión útil,

parte del valor del grupo de familiares se basa en que es más fácil escuchar las opiniones y consejos de aquellos que han pasado por la misma experiencia como también es profundamente tranquilizante escuchar que alguien triunfó o que aprendió a convivir con los problemas mas difíciles e intratables.

Después, a medida que los familiares adquieren más confianza se presentarán cuestiones emocionales más difíciles. Los grupos otorgan un ambiente para tratar con esto: no hay pacientes presentes por lo que los familiares no necesitan reprimirse y aún las emociones negativas serán percibidas y comprendidas por otros familiares del grupo. Las cuestiones típicas incluirán el estigma de la enfermedad mental, los sentimientos de aislamiento, la tristeza, la pérdida y el desamparo; los familiares se encontrarán enojados y pueden rechazar al paciente o al rol del terapeuta.

Debe discutirse la capacidad del paciente para hacer que los familiares se sientan culpables, desamparados o asustados, otros temas serán la vulnerabilidad del paciente y el temor de los familiares al futuro. ¿Quién cuidará al paciente cuando yo ya no esté?

#### Estrategias terapéuticas:

La estrategia general para el compromiso es ofrecer un contacto positivo, al paso que le permitirá a la familia ir ganando confianza en el grupo.

La persistencia en el modelo de abordaje psicoeducativo es necesaria, como también el rechazo del primer contacto de las familias es común. El no enojarse cuando los acuerdos no se cumplen y continuar ofreciendo otro contacto a menudo, permitirá una confianza suficiente a construirse para que las familias arriesguen un encuentro.

#### El proceso a largo plazo de la psicoeducación:

El programa psicoeducativo es sólo el comienzo de un proceso de educación que continuará a lo largo del contacto de los terapeutas con la familia. Es difícil que la opinión de la misma acerca de la condición del

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

paciente cambie en respuesta a las primeras sesiones psicoeducativas aunque irá cambiando gradualmente, en 1 año o más.

Es así, que los resultados confirman una escasa eficacia de las intervenciones breves; el mantenimiento temporal de los efectos de las intervenciones de duración intermedia; reforzando la conveniencia de intervenciones a largo plazo, con una duración óptima entorno a 2 años, con el apoyo posterior permanente y cercano de modo que la familia pueda sentir y tener siempre accesibilidad al recurso asistencial.

### Los temas principales:

En cada área del programa educativo hay puntos principales que el terapeuta necesita enfatizar. Estos son:

#### a) Causa:

-La familia no tiene la culpa de la enfermedad.

-La herencia tiene que ver pero hay otras causas que tienen que ser descubiertas.

#### b) Síntomas Negativos:

-Los síntomas negativos son causados por la enfermedad y el paciente no los puede controlar.

-No responden a las drogas pero mejorarán gradualmente en uno o dos años.

#### c) Prognosis:

-Una de cuatro personas que desarrolla esquizofrenia se recuperará totalmente y estará bien por años.

-La mayoría de los restantes mejorará y puede llevar vidas relativamente normales fuera del hospital.

-Es importante dar esperanza a la familia.

#### d) Tratamiento y Dirección:

-La enfermedad pone sensibles a los pacientes hacia el estrés, el cual debe ser reducido cuando sea posible con el fin de beneficiar al paciente y a los familiares.

-Las drogas ayudan a largo plazo, pero también es importante que el ambiente sea sereno y predecible.



No sirve decirle a los familiares que no sean escrupulosos o sobreprotectores. La gente no puede simplemente dejar de comportarse de una manera en respuesta a un consejo, especialmente si son movidos por la emoción. Percibirán esto como una crítica de ellos mismos y les reducirá la posibilidad de que se involucren con los terapeutas. Estos trabajarán con ellos para ayudar a cambiar estas actitudes en períodos largos de tiempo. Sin embargo es importante que la familia entienda cuáles son los propósitos, principalmente un ambiente tranquilo en vez de argumentativo, actitudes predecibles y no incoherentes y apoyo y tolerancia en vez de rechazo.

Propósitos:

Los propósitos que los terapeutas deben tener en cuenta obviamente difieren para las familias paternales y maritales. Cuando el paciente vive con los dos padres, los propósitos son:

- a) Incentivar la cooperación entre la madre y el padre de manera que cultiven los esfuerzos de cada uno en lugar de contrarrestarlos.
- b) Mantener un equilibrio de poder entre los padres de manera que compartan la responsabilidad para con el paciente por igual.
- c) Fortalecer los límites entre los padres e hijos de manera que el hijo esquizofrénico pueda independizarse.
- d) Liberar a los padres del cuidado permanente de manera que puedan pasar algún tiempo lejos del paciente disfrutando de la compañía mutua.

Estos propósitos tienen que ser modificados para los hogares con uno solo de los padres, en los cuales generalmente es la madre la que está a cargo. En este caso un propósito principal es desarrollar o alimentar los vínculos, que el que está a cargo tiene con la gente fuera del hogar, con el fin de proveer el apoyo emocional que necesitan y crear un interés alternativo de interés para el paciente.

En los hogares maritales los propósitos son:

- a) Mantener un equilibrio de poder entre los cónyuges (esto puede ser muy difícil si el paciente está muy afectado por la esquizofrenia, pero debe reconocerse que la enfermedad puede ser una fuente de poder en si.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Los familiares pueden temerle a la violencia ya sea realísticamente o no y en un nivel más terrenal, el paciente puede explotar el rol de enfermo para evadir responsabilidades).

- b) Estimular el disfrute de la pareja en la relación; generalmente esto es posible, a menos que fuese un matrimonio sin amor en primer lugar.
- c) Ayudar a adaptar los roles en la familia de manera que el paciente pueda encontrar un área de capacidad que contribuya al bienestar de la familia; esto podría involucrar, por ejemplo, que la mujer salga a trabajar mientras el marido cuida de los hijos.
- d) Asegurarse de que el cónyuge tenga algún tiempo libre.

### Mejorando la comunicación:

Algunas familias con un miembro esquizofrénico se comunican bien pero otras exhiben esquemas perturbados de comunicación que frenan el trabajo útil con la familia. Con frecuencia este es el resultado de niveles elevados de tensión emocional y en el tratar de solucionar muchos problemas se produce una charla excesiva que es difícil de interrumpir. Descubrimos que los familiares con un EE elevada hablan más que los familiares con un EE baja, a pesar que los pacientes en los dos tipos de familia hablan la misma cantidad. Muchos enfermos esquizofrénicos son incapaces de hacerse valer y así son dejados de lado de las conversaciones. En estas familias, los miembros con frecuencia perdieron la habilidad de escucharse entre sí de manera que los monólogos se hacen repetitivos y no son modificados por las respuestas de otras personas.

Una buena manera de mejorar la comunicación es establecer una regla básica en las reuniones familiares y ayudar a estos a respetarla:

Solamente una persona puede hablar por vez: esto si bien puede parecer obvio, los familiares con frecuencia hablan el uno con el otro, hasta algunas veces concretando conversaciones paralelas con los terapeutas.

Los terapeutas pueden introducir estas reglas diciendo que es imposible para ellos escuchar a dos personas a la vez, y como están interesados en escuchar lo que todos tienen que decir, es necesario que solamente una persona hable de por vez. Puede llevar muchos encuentros

para que las familias empiecen a cumplir esta regla y los terapeutas a menudo tendrán que recordarles esto muchas veces.

El establecimiento exitoso de esta regla significa que los familiares han incrementado su autocontrol, sobre el habla y sobre la presión emocional detrás del habla. También los lleva a mostrar más respeto entre sí.

#### Habilidades para escuchar:

Es importante que los terapeutas mejoren las habilidades auditivas de los familiares. Esto se logra en parte al prevenir que hablen de más e interrumpen, pero también puede ser cultivado más activamente. Puede ser útil señalar a un familiar que otro está diciendo algo importante para ellos y pedirle que escuche con cuidado. Cuando el que habla ya finalizó, se le puede pedir al oyente que repita lo que dijo con sus propias palabras. Este es un buen control de cuán bien o mal los familiares se están comunicando entre sí.

La comunicación puede ser mejorada estableciendo reglas. Sólo una persona debe hablar por vez. Los familiares deben hablar directamente el uno con el otro. Todos deben tener tiempo para hablar. Además, los familiares a menudo necesitan estimulación para escucharse activamente el uno al otro.

#### Variedad de respuestas emocionales:

1-Sabemos que vivir con la esquizofrenia origina una amplia variedad de respuestas emocionales. Las familias pueden negar que existe un problema, particularmente al principio de la enfermedad pueden tratar de decir que todas las dificultades son del pasado y que los problemas no volverán; pueden tener muchas emociones negativas; los parientes pueden sentirse enojados, algunas veces pueden ser despreciativos y desear que el paciente no estuviese viviendo con ellos o que ellos pudieran irse.

Los parientes que son padres están seguros de sentirse culpables y, de alguna forma, ser culpables de los problemas. A menudo responderán sacrificando su tiempo y energía, ofreciendo cuidado y protección y tratando de mejorar las cosas. Algunos familiares pueden llevar esto a los extremos e

intentar hacer todo, adoptar todos los roles y tratar al paciente de nuevo como un niño, no como un adulto independiente.

A corto plazo, mientras la enfermedad está viva, esta puede ser una reacción útil. A largo plazo, impide la recuperación porque un paciente no tiene nada que ganar con un rol inapropiado, infantil, enfermo en la familia y puede perder las habilidades y convertirse en demasiado exigente del cuidado que necesita.

2-Otra emoción experimentada es la sensación de pérdida. Hay dos tipos de pérdidas que hay que enfrentar:

Una es casi como una desgracia, que es la pérdida de la persona que existía antes de la enfermedad: el paciente parece haber sido remplazado por un extraño.

La otra, es la pérdida de la expectativa y las ambiciones: las esperanzas del logro, de la carrera y de la independencia pueden tener que ser modificadas.

Ambas pérdidas pueden incluir una inhabilidad para aceptar cómo es ahora el paciente. Los pacientes pueden haber tenido que superar la pérdida de su viejo ser, de las capacidades, de un trabajo, de un rol en la comunidad. Estas pérdidas van acompañadas frecuentemente por una menor confianza y una preocupación acerca de probar cosas nuevas.

Los familiares y el paciente pueden tenerle miedo al cambio en el caso que la enfermedad vuelva y pueden sentirse inseguros de cómo pueden superarla.

Algunas veces existe una depresión notable en la familia. El paciente puede deprimirse por las pérdidas y dificultades al reconstruir su vida; los familiares pueden deprimirse por la carga de la atención, aislamiento y la sensación de que nadie entiende.

#### Normalizando las respuestas emocionales:

Lo importante para enfatizar a la familia durante una sesión es la normalidad de cualquiera de estas emociones, especialmente las negativas.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Los sentimientos que tienen las familias, aunque sean intensos, son típicos de cualquier familia que tiene que hacer frente al cambio y a la angustia que puede acompañar a la misma con un miembro que padece de esquizofrenia.

Puede ser útil al presionar a los familiares para que reconozcan que hay problemas y así comprometerse con el tratamiento porque necesitan ayuda.

Uno de los propósitos principales de la intervención es reducir la expresión de crítica de los familiares. La crítica es abastecida por el enojo con el paciente, que con frecuencia proviene de una falta de comprensión de la conducta del mismo.

Hemos descubierto que en la mayoría (el 70%) de los comentarios críticos son sobre los síntomas negativos de la enfermedad. Los familiares no consideran a los síntomas negativos como parte de la enfermedad, al contrario, los ven bajo el control del paciente y así le echan la culpa al mismo por comportarse mal.

Parte del programa educativo apunta a cambiar la comprensión de los familiares acerca de los síntomas negativos. A largo plazo éstas técnicas son efectivas para suavizar las actitudes críticas de los familiares. Sin embargo, cuando la crítica es expresada durante una sesión, los terapeutas deben tomar acción para moderar su efecto negativo. La forma de hacer esto se llama reconstrucción positiva.

### Reconstrucción positiva:

Esta es una técnica importante con la cual los terapeutas deben familiarizarse y ser capaz de practicar como parte de su training; canaliza la emoción negativa para que pueda ser usada constructivamente durante una sesión familiar.

La reconstrucción positiva es una forma de ir debajo de la emoción negativa y destacar que hay una razón positiva para la intensidad del sentimiento. Si a los familiares no les importara y no lo cuidasen, no estarían en una sesión tratando de arreglar las cosas. Siempre consideramos posible

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

encontrar un aspecto positivo de la afirmación mas hostil o negativa y este es el requerimiento para los terapeutas.

Las respuestas emocionales en las familias incluyen la culpa, pérdida, agresividad y depresión. Los terapeutas deben ser capaz de recuperarlas y ayudar a normalizarlas.

Muchas de las emociones negativas alimentan la crítica de parte de los familiares. Las declaraciones públicamente negativas durante las sesiones familiares deben ser interrumpidas y los terapeutas tienen que reconstruirlas positivamente.

### La diseminación del conflicto:

Existen fuertes tensiones emocionales en las familias EE elevada. Es fácil que sean transmitidas a los terapeutas y que sean reflejadas por ellos. Si están los dos padres, es común que halla conflicto entre ellos acerca de cómo enfocar los problemas originados por el paciente.

Un esquema frecuente es que la madre esté involucrada de más y que el padre sea escrupuloso. Entonces la madre critica al padre por ser demasiado estricto y él la critica a ella por ser demasiado permisiva.

### Destino y tristeza:

En alguna etapa en la vida con un enfermo esquizofrénico la mayoría de los familiares se sienten abrumados por una sensación de desesperanza y desesperación. A ellos les parece que, a pesar de sus esfuerzos y de la ayuda de los profesionales el paciente no mejora.

### Culpa y agresividad:

Algunas respuestas exhibidas por los familiares hacia la falta de una mejoría de parte del paciente son la culpa y la agresividad. Los familiares culpables tienden a contactar una gran variedad de profesionales y servicios, intentando que todos actúen en nombre del paciente. A veces tienen suerte en comprometer una variedad de gente, que se involucra porque comienzan a

sentirse culpables de que no están haciendo lo suficiente por el paciente. En este aspecto ellos reflejan la culpa del familiar. El resultado habitual es un número de profesionales trabajando con propósitos cruzados, lo cual no es positivo para el paciente o para la familia. Es preferible para el terapeuta que ayude a los familiares a entender su sentido de culpa y enfatizar que está haciendo lo mejor posible por el paciente al trabajar junto con los terapeutas.

La asistencia al grupo de familiares también puede reducir los sentimientos de culpa, cuando éstos se dan cuenta de que no están peleando solos con problemas únicos sino que comparten mucho en común con los demás.

Los familiares enojados tienden a echar la culpa al personal y a los servicios por la lenta mejoría del paciente. Al hacerlo, con frecuencia alejan al personal y realmente reciben un servicio peor que si no se hubiesen quejado. Esos familiares necesitan ayuda de los terapeutas para analizar porqué están agresivos y para bajar las expectativas sobre el paciente. También pueden necesitar ayuda para mejorar su relación con otros miembros del personal, que pueden involucrar a los terapeutas actuando como defensores en nombre de la familia.

#### La sobreprotección:

Es común que el familiar describa actitudes sobreprotectoras que se desarrollaron en la infancia del paciente, algunas veces en respuesta a una enfermedad física grave en el niño, a hitos demorados o alguna otra desviación del desarrollo normal.

Un aspecto crucial de una relación sobreprotectora es su simetría, el familiar y el paciente son igualmente dependientes entre sí e igualmente ansiosos acerca del bienestar de cada uno. El familiar se preocupa por como el paciente se las arreglaría sin él y el paciente comparte la misma ansiedad debida a la falta de confianza que resulta de ser sobreprotegido.

La emoción hallada con más frecuencia que subyace a la conducta sobreprotegida es la culpa. Los familiares pueden sentirse personalmente responsables de que el paciente se halla enfermado y se dedican a hacer todo

bien para el paciente, así, al intentar hacer todo por él tiene el efecto de socavar la confianza del paciente e incrementar la dependencia del familiar.

Si el familiar sobreprotector y el paciente están aparentemente satisfechos con su relación y no hay otro adulto en el hogar, puede ser difícil para los terapeutas hallar una palanca para efectuar el cambio. Si otro adulto está presente en el hogar, puede resentir el contacto entre la pareja simbiótica en cual caso puede ser reclutado como un aliado por los terapeutas. De otra forma, consideramos útil una estrategia con un único padre sobreprotector, que es atraer su atención hacia el escenario de “ cuando ya no este”. Este es un interés común de los padres mayores del adulto esquizofrénico que no pueden ver ninguna perspectiva de otra persona o profesional suministrando el mismo nivel de atención luego de su muerte.

#### La ansiedad de separación:

Con el fin de persuadir al paciente y al familiar para que comiencen el proceso de la separación, primero es necesario explorar las ansiedades de los familiares acerca de qué podría pasar si flexibilizaran su vigilancia. A menudo protestan de que si se fuesen y abandonaran al paciente, éste podría damnificar la situación o a ellos mismos. Estos temores del peor resultado necesitan ser debatidos con el familiar y el paciente y su probabilidad tienen que ser considerados.

#### Fijando límites:

Un aspecto de la sobreprotección, el auto-sacrificio excesivo, puede demostrarse cuando el familiar permite que la conducta perturbada del paciente se inmiscuya demasiado en su vida. Alternativamente, puede querer satisfacer toda exigencia que el paciente le impone, aunque sea algo ilógico, en la misma manera en que algunos padres son demasiado complacientes con sus hijos. Esta conducta proviene del sentido de culpa del familiar.



## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Además, se debe incentivar a los familiares a que respeten sus propias necesidades y el sentido de comodidad. Esto inevitablemente, les hará poner límites a la conducta y exigencias del paciente. Por otra parte, a los pacientes se le debe dar la oportunidad de decir cuáles límites le gustaría que cumpliera el familiar con respecto a la sobreprotección y la intromisión en sus vidas. Con el fin de establecer ambos sets de límites es necesario negociar un acuerdo entre el paciente y el familiar. Este debe basarse en el respeto mutuo y no debe ser concretado punitivamente: algunos familiares vacilan entre no tener límites y las exigencias ilógicas. Ambas partes del acuerdo tienen que estar preparadas para mantener los límites con firmeza y coherencia y no dejarse llevar por la persuasión, las exigencias o las amenazas. A los familiares les puede resultar difícil soportar esto especialmente si se sienten muy culpables respecto al paciente. Si el familiar es incapaz de mantener límites firmes, es una indicación de que se debe explorar más los sentimientos culpables. Los familiares se benefician con el permiso dado por los terapeutas para establecer límites.

### Buscando la Independencia:

Mientras que el padre gradualmente va cediendo, los pacientes tienen que construir una confianza en su habilidad para cuidarse a sí mismos. Los terapeutas buscan un acuerdo entre los familiares en pequeñas tareas viables para que el paciente se maneje.

Estas no tienen que ser muy exigentes al principio para reducir la posibilidad de un fracaso.

Los ejemplos podrían ser vaciar los basureros o lavar la ropa interior una vez a la semana. Es un buen plan comenzar con actividades que apuntan al auto-cuidado o al cuidado del dormitorio del paciente, debido a que con frecuencia, éstas son áreas de interés excesivo por parte del padre sobreprotector.

Una respuesta habitual del padre para la fijación de tal tarea es decir que el paciente no hace bien el trabajo y que es mejor reemplazarlo.

### Movimientos Estratégicos:

Durante el transcurso de las sesiones familiares utilizamos estrategias dirigidas a facilitar la separación. Son usadas cautamente y con mucho juicio para el momento correcto para introducirlas a la sesión.

Puede ser positivo que los familiares sobreprotectores cuenten como se separaron de sus padres. Esto le recuerda al familiar que esa separación es posible y deseable y la ubica como una etapa normal en el desarrollo de toda persona.

Las relaciones sobreprotectoras son simétricas y deben evaluarse las ansiedades y la dependencia de ambas partes. Deben ponerse en marcha breves pruebas de separaciones como una forma de tratar la ansiedad. Debe incentivarse a los familiares a que se preocupen por ellos mismos y a poner límites a las exigencias del pacientes. La confianza de éste debe formarse y debe ser ayudado a establecer vínculos sociales fuera del hogar.

#### La Angustia:

Parte del trabajo de los terapeutas es ayudar a las familias a superar la angustia. Se debe desarrollar una buena comunicación para que las familias debatan sus sentimientos. Algunas pueden negar que ha habido una pérdida o rechazan la idea de que el paciente pueda recaer. Al contrario, sus expectativas alrededor del paciente siguen siendo elevadas. Algunas veces los pacientes comparan las expectativas irreales de sus familias y siguen tratando de rendir más allá de sus habilidades y esto provoca desilusiones, stress y recaídas. Esto puede llevar a una pérdida de la confianza y a un círculo negativo de desesperanza para los pacientes y sus familiares.

Algunos familiares emocionalmente sobreprotectores se niegan a hablar sobre cómo es el paciente en el momento pero vuelven al punto de partida constantemente con buenos recuerdos cuando el paciente era un infante. Con estas familias, el trabajo de los terapeutas es bajar sus expectativas educándolos acerca de los efectos de la enfermedad. Puede llevar varios meses superar las negaciones de las familias.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

La tarea principal es lograr que reconozcan la realidad de la pérdida sin perder de vista lo bueno que existe todavía. Las familias tienen que expresar sus sentimientos profundos de pérdida y devastación, lo que puede normalizarse cuando los terapeutas compartan sus experiencias de las familias que han pasado por etapas similares.

La angustia es una experiencia común en la familia cuando uno de sus miembros sufre de una enfermedad que puede ser crónica e incapacitante. En el caso de la esquizofrenia puede ser la angustia por la pérdida de la persona que conocían o la angustia por la pérdida de las esperanzas y aspiraciones para la persona. A menudo es una combinación de las dos. Los grupos de familiares son vías seguras para que éstos expresen abiertamente su angustia sin el temor de disgustar a los pacientes y para compartir sus sentimientos. Los terapeutas deben incentivar a las familias a que superen su angustia, a que vean las cualidades positivas que todavía tienen los pacientes y a bajar sus expectativas. Una vez que las familias pueden reconocer sus pérdidas y ver los atributos positivos que quedan, pueden fijarse pequeñas metas reales para dar paso al progreso.

### Capacidad social:

Esta puede ser otra área de vulnerabilidad. Muchas familias tienen que ayudar a los pacientes a superar las incapacidades residuales. Puede ser difícil para las familias evaluarlas correctamente y ayudar a los pacientes a recuperar la independencia y el funcionamiento adulto. Dos áreas particularmente difíciles son las necesidades sexuales y la capacidad social. Los terapeutas tienen que estimular a las familias a que se concentren en éstos problemas y logren soluciones.

### Estigma:

La sociedad, en general, todavía tiene una opinión estereotipada de los enfermos mentales. En el caso de la esquizofrenia, todavía prevalecen las

creencias de que estos pacientes son violentos, de que exhiben una conducta sexualmente inapropiada o que sufren de una personalidad dividida. Esto se complica más por la imprevisibilidad de la enfermedad. Algunos enfermos pueden recaer bastante rápido y la causa de la recaída no siempre es clara. Algunos enfermos crónicos pueden ser estigmatizados porque exhiben los síntomas residuales negativos obvios del auto-descuido, la falta de motivación, el aislamiento social y la conducta extraña. La rigidez o el temblor como resultado de los efectos colaterales de los antipsicóticos también pueden llevar a la estigmatización. Algunas veces la sensación del enfermo de estar estigmatizado puede estar basada en la conducta perturbada pasada, que era socialmente inaceptable.

Además, con frecuencia existe todavía una creencia de que la familias pueden haber provocado la esquizofrenia de alguna forma. Las familias y los pacientes pueden sentirse rechazados, real o imaginariamente, por los parientes, amigos y la sociedad. La sensación de rechazo a menudo se mezcla con sentimientos de culpa, ira, desubicación o desesperanza.

Si los pacientes han ingresado a un hospital psiquiátrico o a guardias psiquiátricas, algunas familias se aseguran de que nadie fuera de la misma sepa de ello. Las mismas debido a la sensación de fracaso y temor de no ser aceptadas por los demás, a menudo se aíslan y evitan el contacto con gente que ellos piensan que podrían despreciarlos; algunas otras, suelen ir al extremo de mudarse a otro barrio con el fin de ocultar el hecho de que su pariente a sufrido una descompostura nerviosa importante.

Por todo esto es importante analizar el sentido de estigmatización y aislamiento con las familias; a veces éstas pueden callar que se sienten estigmatizadas pero se comportan como si lo estuviesen: aislándose de los vínculos desde los cuales podrían recibir ayuda y compañía para mejorar sus vidas.

La psicoeducación ayuda a desmistificar la enfermedad y a librarse del sentimiento de culpa de que son ellas las que provocan la enfermedad. A su vez apunta a normalizar los sentimientos de las mismas como así también los grupos de familiares son un buen terreno para que estos compartan y normalicen sus sentimientos, angustias y experiencias pasadas. Muchas familias se sienten estigmatizadas y aisladas; como resultado frecuentemente

evitan el contacto con gente desde la cual pueden recibir apoyo y compañía social.

Familiares ausentes: como involucrar a toda la familia:

La mayoría de las familias toman contacto por primera vez con los servicios luego de un período de perturbación en la casa, durante el cual todos los miembros han sido afectados por la conducta perturbada del paciente.

La practica de comenzar el trabajo familiar con la psicoeducación también ayuda a que todos se involucren. Los terapeutas deben enviar a las familias el mensaje de que es importante que todos los familiares estén presentes de manera de que entiendan lo que es la enfermedad.

Durante las sesiones de psicoeducación debe haber un mensaje fuerte de que los familiares pueden ayudar creando un ambiente positivo e incentivador para prevenir la recaída.

Debe enfatizarse que:

-La familia no está enferma y no esta siendo tratada.

-Los terapeutas están ahí para tratar algunos de los problemas que tienen como resultado de la enfermedad de esquizofrenia de un familiar.

-Los familiares son armas y aliados valiosos de los profesionales al ayudar a los pacientes.

La inasistencia de los familiares debe ser tomada en cuenta y debe ser tratada como ocurre para dar el mensaje claro de que todos son importantes y que su compromiso activo es necesario para ayudar a los pacientes.

Los hermanos no se comprometen con el paciente tanto como los padres que han cuidado del paciente desde que era chico. Nunca se ha encontrado un hermano sobreprotector, pero éstos pueden ser muy criticadores. En el curso normal de su desarrollo se podría esperar que los hermanos desarrollarán relaciones heterosexuales fuera del hogar, cosa con la cuál pueden sentirse inhibidos por las exigencias que representa el cuidado del paciente, o por su rechazo a adquirir algo que está fuera del alcance del paciente. Esto puede llevar a una actitud crítica y al resentimiento del paciente.

El trabajo y el estudio:

Debido a la complejidad de las habilidades requeridas para el trabajo o el estudio la preparación del paciente debe llevar un tiempo. Es una buena idea comenzar el trabajo o estudio como una prueba de manera que las fallas queden en un contexto, es útil un método que consista en pequeños pasos con una dificultad creciente adecuada al individuo. Para empezar, las tareas del hogar pueden ser usadas para practicar la concentración, independencia, para tomar responsabilidad y la tolerancia de la rutina a medida que pasa el tiempo. El número de tareas y la extensión del tiempo necesario pueden irse incrementando gradualmente. La práctica en casa también puede hacer que los pacientes se levanten a cierta hora para realizar determinadas tareas; la asistencia a centros de día para los programas industriales o educativos es una buena práctica para la regulación del tiempo, la tolerancia de la rutina y la concentración de trabajos fuera de la casa antes que los pacientes finalmente se enfrenten al mundo exterior.

Se les debe advertir a las familias sobre las dificultades y la complejidad involucradas de manera que estén preparadas para las contrariedades. Para empezar un trabajo de pocas horas o un estudio part-time puede ser menos riesgoso; para algunos pacientes debido a los síntomas negativos o al deterioro de las habilidades deben buscar un trabajo menos ambicioso que el que tenían antes, esto puede crear problemas para los pacientes y los familiares, especialmente si los pacientes provienen de un ambiente profesional. Puede llevar mucho debate y análisis de sentimientos para que ellos se den cuenta del hecho que los pacientes pueden no ser tan capaces o capacitados como antes. Sin embargo, la mayoría de las familias son capaces de aceptarlo al final, particularmente si enfatizado que los pacientes tienen que comenzar de nuevo para restablecer sus carreras.

Para los pacientes muy incapacitados es ilógico esperar que vuelvan a trabajar. Aún para los menos incapacitados, si pueden volver a trabajar de manera paga depende del clima económico y de su rendimiento. Virtualmente sería imposible conseguir un trabajo durante una recesión profunda; en estas circunstancias habrá que pensar en un trabajo ad-honorem.

Además, los terapeutas podrían tener que ayudar a las familias de pacientes muy incapacitados a definir ampliamente la palabra trabajo. El ocuparse de la casa puede definirse como un empleo full-time, la ayuda de los pacientes para llevar adelante la casa puede ser considerada como un trabajo. A veces, especialmente en el hogar matrimonial donde la mujer trabaja todo el tiempo, la contribución del paciente hacia mantener el hogar puede ser considerada como inversión del rol, igualmente la asistencia a un centro de día puede interpretarse como trabajo. En un grupo de familiares es posible compartir el problema de ayudar al paciente a que vuelva a las actividades estructuradas a pesar de los síntomas negativos. Es importante el reconocimiento y estímulo de los terapeutas y de otros parientes del esfuerzo involucrado para ayudar a los pacientes a mantener el progreso.

Problemas especiales que complican el trabajo familiar:

El abuso de drogas y de sustancias frecuentemente es una cuestión emocional. Existe una falsa creencia entre algunos familiares de que la enfermedad del paciente comenzó porque andaba con malas compañías, consumió drogas y fue esto lo que erróneamente piensan que generó la enfermedad.

Si bien es verdad que las drogas ejercen el efecto desgraciado de aumentar la vulnerabilidad hacia la aparición de la enfermedad o recaídas, las drogas de por sí no causan la enfermedad. Esto debe quedar claro para los pacientes y sus familias, de manera que los pacientes no son culpados de causar la enfermedad. Sin embargo, los pacientes deben conocer el peligro de consumir drogas.

Consideramos útil tener sesiones psicoeducativas de rutina acerca del peligro de consumir drogas mientras los pacientes todavía están internados y luego reiterar los efectos dañinos durante las sesiones familiares si el consumo de las drogas es un problema. Se le debe advertir a los pacientes sobre el abuso de drogas o sustancias.

Metas de los grupos familiares:

Estas metas son para:

-Facilitar menores críticas y la sobreprotección en los familiares.

-Ayudar a los familiares a compartir experiencias y procesar la angustia emocional que han sufrido.

-Permite a los familiares mancomunar soluciones a los problemas y ayudar a cada uno a probar nuevas maneras de superar las dificultades comunes.

-Aumentar los vínculos sociales de los familiares para combatir los sentimientos de aislamiento y estigma.

Se logran éstos propósitos incentivando a los familiares a compartir sus experiencias y así normalizar el impacto emocional permitiéndoles a los mismos solucionar los problemas comunes y probar nuevas formas de superación.

El rol de los terapeutas es facilitar la interacción de los miembros del grupo con el fin de permitirles alcanzar estas metas. Así, muchas de las mismas tácticas utilizadas con las familias también son requeridas en el grupo, los familiares deben turnarse, escucharse entre si y no hablar todos a la vez. El clima del grupo debe ser amistoso y positivo mientras se tratan cuestiones importantes y se solucionan los problemas.

Los grupos de familiares son especialmente buenos para tratar con el procesamiento emocional que las familias pueden no haber manejado antes; los integrantes del grupo deben tenerse confianza y confiar en los terapeutas para tratar todos estos temas. Deben divulgarse las emociones negativas, normalizarlas y usarlas positivamente, por lo tanto el grupo debe estar lo suficientemente seguro como para permitir esto. Los terapeutas deben tomar el control y dar instrucciones para ayudar a los integrantes a dedicarse a un tema y a que hablen de éste de manera que exista una conclusión productiva. De otra manera los miembros pueden evadir discutir los problemas y el tiempo transcurrido juntos no ayudará a las familias a cambiar su conducta.



Solución de problemas:

En las sesiones psicoeducativas si surge algún problema debe intentarse solucionarlo durante el grupo, puede ocurrir que se mencionen demasiados problemas al principio de la reunión y los terapeutas deben priorizarlos con los familiares. Los asuntos menos urgentes siempre pueden ser postergados para una sesión futura, una vez que se identificó un problema las soluciones posibles deben ser escudriñadas y debatidas; los integrantes reticentes deben dar su opinión y deben ser incentivados a participar, el problema debe ser especificado y dividido en partes pequeñas, viables y la mecánica de cualquier solución debe ser debatida en detalle con los familiares.

**OBJETIVO GENERAL**

Investigar la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico a través de la percepción del familiar cuidador.
  
- Obtener conocimiento acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico a través de la información brindada por el familiar cuidador.
  
- Indagar en el familiar cuidador el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.
  
- Evaluar cambios en la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

## MARCO METODOLOGICO

### Tipo de investigación:

El presente estudio se caracteriza por ser una investigación exploratoria-descriptiva, en tanto que se examina un tema poco estudiado apuntando a la recolección y evaluación de información de variables tales como psicoeducación familiar y funciones cognitivas en el paciente esquizofrénico.

Según Roberto Hernández Sampieri, los estudios exploratorios se efectúan cuando el objetivo es abordar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha inquirido anteriormente, siendo los estudios descriptivos aquellos que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Los mismos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

### Diseño de investigación:

La presente investigación se caracteriza en su diseño por ser cuantitativa-cualitativa, transversal, no experimental.

Hacemos referencia al diseño cuantitativo en tanto que en la investigación se utiliza una escala de evaluación cuyo objetivo es medir la cognición social en la psicosis, la cual se denomina GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia).

Roberto Hernández Sampieri define al enfoque cuantitativo como aquel que utiliza la recolección, el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Este estudio también adquiere un diseño cualitativo porque se utilizan entrevistas semiestructuradas con el objetivo de enriquecer la información brindada por la escala GEOPTE.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Según Roberto Hernández Sampieri el enfoque cualitativo se define como aquel que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación.

Es transversal en tanto que existe un corte en el tiempo; es decir que la recolección de datos se realiza entre los meses de septiembre y octubre del año 2006.

Es no experimental en tanto que se realiza sin manipular deliberadamente variables.

Roberto Hernández Sampieri define a un diseño no experimental como aquel en donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes. El objetivo del mismo es observar fenómenos tal y cual se dan en su contexto natural para después analizarlo.

### Población y muestra:

En nuestro medio funciona la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (A.C.A.P.E.F).

La población de nuestro estudio esta compuesta por familiares cuidadores y pacientes esquizofrénicos que asisten a dicha institución. La misma se ubica en el barrio San Salvador de la provincia de Córdoba en la calle José Manuel Chaves 48.

La muestra esta compuesta por 15 familiares cuidadores y 15 pacientes esquizofrénicos seleccionados de manera no aleatoria-no probabilística, por criterio de accesibilidad, es decir de manera accidental, entre los meses de septiembre y octubre del año 2006.

Según Sampieri las muestras no probabilísticas se caracterizan porque la elección de los elementos no dependen de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con la característica de la investigación o de quien hace la muestra.

Intrumentos de Investigación:

Para la presente investigación se seleccionaron tres instrumentos, ellos son:

1° la escala GEOPTE, 2° una entrevista semiestructurada orientada a obtener datos de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico y 3° una entrevista semiestructurada orientada a obtener datos sobre el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de la participación del familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Escala GEOPTE:

1-a La Escala GEOPTE pretende relacionar los déficit cognitivos básicos (la percepción subjetiva de los mismos) con la cognición social. La misma es auto-aplicada y recoge información con idénticas preguntas de dos fuentes diferentes:

*La percepción subjetiva del propio paciente:* asumiendo que aquí habrá una distorsión provocada sobre todo por su grado de conciencia de enfermedad (insight) y su estado de ánimo.

*La evaluación del informante* (familiar cuidador): esta información aunque también puede estar distorsionada, es vital a la hora de tener una idea del funcionamiento cotidiano del paciente.

El instrumento consta de un total de 15 ítems formulados a manera de preguntas cortas a las que se responde por medio de una escala con 5 opciones de respuesta (1= no, 2= un poco, 3 = regular, 4 = bastante, 5 = mucho).

Los ítems de la escala deben ser respondidos de forma autoadministrada por el paciente y por su correspondiente informante (familiar cuidador) de forma independiente. Estos 15 ítems recogen dos grupos de información del 1 al 7 se refiere a preguntas sobre funciones cognitivas básicas y del 8 al 15 se refieren a preguntas en torno a aspectos de la cognición social.

Las respuestas proporcionadas por pacientes y familiares cuidadores son registradas en un cuaderno de recogidas de datos y utilizadas para calcular la puntuación sumario para cada uno de ellos. Aplicando los conceptos fundamentales de la Teoría Clásica de los Test (cuanto mayor sea la discrepancia entre las dos puntuaciones sumario observadas, mayor será el Error Aleatorio De Medida presente en al menos una de las dos observaciones y viceversa), esta puntuación sumario consiste en la suma de los valores numéricos asociados a las opciones de respuesta asignadas a cada ítem de la escala. Se obtiene así tanto para pacientes como para familiares una puntuación que tiene su mínimo en 15 y su máximo en 75. Dado el sentido de las preguntas la puntuación de 15 representa el mejor estado de cognición social posible para este instrumento, mientras que la puntuación de 75 supone el peor estado posible.

Las puntuaciones sumario de pacientes ( $p$ ) e informantes ( $i$ ) son combinadas en un solo índice de tendencia central mediante el cálculo de la media geométrica (MG) de ambos valores.

La MG de un conjunto de  $n$  valores es la raíz  $n$ -ésima del producto de los valores en el conjunto. En este caso  $MG = \sqrt[p * i]$ . Dado que la MG entre dos números positivos y distintos es menor que su media aritmética, el uso de la MG en lugar de la media aritmética está justificado ante la posible ocurrencia de importantes desviaciones entre las puntuaciones de pacientes e informantes. Ante una gran divergencia de puntuaciones la MG proporcionará una medida central más próxima al mejor de los dos estados de cognición o sea, a la puntuación más baja, ya haya sido esta obtenida por el paciente o por el informante. La MG realiza el centrado de los valores sin verse tan afectada por números extremos como la media aritmética.

A efectos de determinar la fiabilidad y la validez de la escala GEOPTE esta fue administrada entre los meses de abril y julio del 2002 a una muestra de pacientes psicóticos atendidos de forma consecutiva en las consultas clínicas de seis de los miembros del grupo GEOPTE (10 pacientes en Barcelona, 7 en Bilbao, 15 en Málaga, 11 en Salamanca, 21 en Valencia y 13 en Vigo). Si bien no existen normas que determinen el tamaño muestral mínimo necesario para llevar a cabo estudios de fiabilidad y validez, algunos autores han sugerido que el análisis de ítems de un cuestionario debe llevarse

a cabo con un tamaño mínimo de 5 veces en número de ítems incluidos en el instrumento. Teniendo en cuenta los 15 ítems de la escala GEOPTE, 75 serían los casos mínimos necesarios para llevar a cabo este tipo de análisis.

Tanto los pacientes como sus correspondientes informantes respondieron a la escala GEOPTE de manera autoadministrada. Además, el psiquiatra responsable cumplimentó un cuestionario adicional que recogía información clínica y sociodemográfica sobre cada uno de los pacientes incluidos en el estudio. Mediante un formato de respuesta cerrada, la parte clínica de este cuestionario para el médico incluyó preguntas relacionadas con el diagnóstico, el tiempo de evolución desde el primer diagnóstico, la actitud durante la entrevista, el nivel de estudios, rendimiento escolar, el ajuste social previo, síntomas de depresión, síntomas de manía, la impresión global sobre el grado de deterioro cognitivo, la impresión sobre la conciencia de la enfermedad, la impresión sobre el beneficio de la medicación y sobre las consecuencias sociales de la enfermedad mental. El cuestionario incluyó también la escala de Impresión Clínica Global ( ICG).

La fiabilidad de la escala GEOPTE se estimó a partir de la consistencia interna de los ítems del cuestionario mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach.

Dado que la fuente mas importante de error de medida radica en el propio contenido de la escala, el coeficiente alfa proporciona una buena estimación de su fiabilidad.

Además del coeficiente Alfa de Cronbach se estableció la correlación ítem-total corregida para cada uno de los ítems de la escala como medida adicional de la consistencia interna del instrumento. Para el alfa de Cronbach se exigen valores iguales o superiores a 0.7. Las correlaciones ítem-total se consideran buenas a partir de 0.3.

El análisis de ítems destinado a la obtención de alfa de Cronbach de las correlaciones ítem-total se llevó a cabo tras combinar la respuesta de paciente (*p*) e informante (*i*) a cada uno de los ítems mediante la fórmula  $\sqrt{p*i}$  anteriormente discutida. De todas maneras, y como medida de precaución se realizaron los mismos análisis de ítems de forma independiente para las respuestas proporcionadas por pacientes e informantes.



La estimación de la fiabilidad de la escala GEOPTE permitirá determinar hasta que punto los resultados obtenidos con ella son estables y reproducibles.

La validez de contenido, típicamente se lleva a cabo mediante la cooperación de expertos en el área que se pretende evaluar. Estos expertos examinan el contenido del instrumento y juzgan hasta que punto es representativo de aquello que se pretende medir. La escala GEOPTE nace precisamente de un proceso de discusión entre clínicos con experiencia en el tratamiento de la esquizofrenia, por lo que podría atribuirse a la escala cierto grado de validez de contenido, que en cualquier caso tendrá que ser refrenado de forma tácita por los futuros usuarios de la escala mediante la aplicación rutinaria de la misma.

En referencia a la validez de criterio (determinación de la validez predictiva) no existe un criterio completamente adecuado para realizar comparaciones directas con la escala GEOPTE.

Para la determinación de la validez de constructo de la escala GEOPTE se han llevado a cabo dos estrategias diferentes. En primer lugar se ha realizado un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de los ítems resultado de la combinación  $\sqrt{p*i}$  de las respuestas de pacientes (*p*) e informantes (*i*). Se ha realizado una extracción de factores basada en ejes principales y rotación Promax, asumiendo por tanto la existencia de correlación entre los factores extraídos. La decisión del número de factores a extraer fue multivariable, teniendo en cuenta la forma del gráfico de sedimentación, la magnitud de los valores propios y el porcentaje de la varianza de cada uno de los factores posibles.

Adicionalmente se realizaron AFEs independientes para las respuestas a los ítems proporcionadas por pacientes e informantes.

La segunda estrategia para la determinación de la validez de constructo de la escala GEOPTE consistió en la determinación de las puntuaciones medias en la escala para distintos grupos extremos diferenciados a partir de los valores de las variables clínicas recogidas por el psiquiatra. El análisis de las diferencias para las medias observadas se llevo a cabo mediante el análisis de la varianza de una vía (One-Way ANOVA). En

el caso de haber solo dos grupos de comparación el resultado del One-Way es equivalente a la comparación de medias mediante la t de Student.

Para todos los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS, versión 10.1.3.

Entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico:

1-b A través de una entrevista semiestructurada aplicada al familiar cuidador se pretende obtener conocimiento acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico a través de la información brindada por el familiar cuidador. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programas SPSS 11, a través de la cuál se calculan las frecuencias absolutas.

Según Roberto Hernández Sampieri las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. En estas existen preguntas generales, preguntas para ejemplificar, preguntas estructurales y preguntas de contraste. El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos y la perspectiva del entrevistado.

Fundamentación de los ítems de la entrevista:

Con el ítem 1 intentamos indagar a través de una pregunta abierta la edad del paciente.

Con el ítem 2 intentamos indagar a través de una pregunta abierta el sexo del paciente.

Con el ítem 3 intentamos indagar a través de una pregunta abierta si existieron complicaciones durante el embarazo y/o parto.

Con el ítem 4 intentamos indagar a través de una pregunta abierta que complicaciones.

Con el ítem 5 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si existe en la familia algún antecedente psiquiátrico.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Con el ítem 6 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si los antecedentes son por vía materna o paterna.

Con el ítem 7 intentamos indagar mediante una pregunta abierta la edad del paciente al momento del diagnóstico.

Con el ítem 8 intentamos indagar mediante una pregunta cerrada si el paciente ha tenido alguna internación psiquiátrica.

Con el ítem 9 intentamos indagar a través de una pregunta abierta cuántas internaciones psiquiátricas ha tenido.

Con el ítem 10 intentamos indagar por medio de una pregunta cerrada si el paciente es consciente de su enfermedad.

Con el ítem 11 intentamos indagar por medio de una pregunta cerrada si el paciente recibe asistencia psicológica.

Con el ítem 12 intentamos indagar por medio de una pregunta abierta hace cuanto tiempo que la recibe.

Con el ítem 13 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el paciente cumple con la medicación prescrita.

Con el ítem 14 intentamos indagar por medio de una pregunta cerrada si el paciente es consciente del beneficio de la medicación.

Con el ítem 15 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada acerca de como caracterizaría a las relaciones sociales del paciente.

Con el ítem 16 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si a partir de la enfermedad se interrumpió su estudio.

Con el ítem 17 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si a partir de la enfermedad se interrumpió su trabajo.

Con el ítem 18 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el paciente pudo retomar alguna de las actividades que desarrollaba previo a la enfermedad.

Con el ítem 19 intentamos indagar a través de una pregunta abierta qué actividades pudo retomar.

Con el ítem 20 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el paciente actualmente consume algún tipo de tóxicos.

Con el ítem 21 intentamos indagar a través de una pregunta abierta cuales tóxicos.

Entrevista semiestructurada sobre el conocimiento y utilización de la información obtenida a través de la participación del familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo:

1-c Mediante una segunda entrevista semiestructurada se pretende indagar en el familiar cuidador el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cuál se calculan las frecuencias absolutas.

Fundamentación de los ítems de la entrevista:

Con el ítem 1 intentamos indagar a través de una pregunta abierta la edad del familiar cuidador.

Con el ítem 2 intentamos indagar a través de una pregunta abierta el sexo del familiar cuidador.

Con el ítem 3 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada el parentesco del familiar cuidador.

Con el ítem 4 intentamos indagar a través de una pregunta abierta algún otro parentesco del familiar cuidador.

Con el ítem 5 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada los estudios cursados del familiar cuidador.

Con el ítem 6 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el familiar cuidador realiza alguna actividad laboral

Con el ítem 7 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el familiar cuidador convive con el paciente.

Con el ítem 8 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si el familiar cuidador es el único responsable del cuidado del paciente.

Con el ítem 9 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada el parentesco del familiar cuidador.

Con el ítem 10 intentamos indagar a través de una pregunta abierta si existen otros responsable en el cuidado del paciente esquizofrénico.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Con el ítem 11 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada hace cuanto tiempo que participa como familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Con el ítem 12 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si existe algún otro familiar que reciba psicoeducación.

Con el ítem 13 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada el parentesco del familiar cuidador que participa en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Con el ítem 14 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada el parentesco de otros participantes que asisten al modelo de abordaje psicoeducativo.

Con el ítem 15 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si aprueba el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo.

Con el ítem 16 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si observa en el paciente alguna limitación.

Con el ítem 17 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si observa en el paciente limitaciones en el ámbito laboral.

Con el ítem 18 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si observa en el paciente limitaciones en el ámbito académico.

Con el ítem 19 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si observa en el paciente limitaciones en el ámbito social.

Con el ítem 20 intentamos indagar a través de una pregunta abierta como considera la medicación en el paciente.

Con el ítem 21 intentamos indagar a través de una pregunta abierta como considera la psicoterapia para el tratamiento del paciente.

Con el ítem 22 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada como considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente.

Con el ítem 23 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada la modificación de expectativas después del diagnóstico.

Con el ítem 24 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si las actividades laborales se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Con el ítem 25 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si las actividades académicas se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad.

Con el ítem 26 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si las actividades sociales se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad.

Con el ítem 27 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada que otras actividades se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad.

Con el ítem 28 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis.

Con el ítem 29 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si al encargarle una tarea al paciente y el mismo no la cumple cuan importante es comprenderlo y explicársela nuevamente.

Con el ítem 30 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si comparte tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas.

Con el ítem 31 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades.

Con el ítem 32 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada cuán importante es buscar apoyo en la familia cuando se presenta una situación problemática en el paciente.

Con el ítem 33 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada cuán importante es buscar apoyo en los amigos cuando se presenta una situación problemática en el paciente.

Con el ítem 34 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada cuán importante es buscar apoyo en los vecinos cuando se presenta una situación problemática en el paciente.

Con el ítem 35 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si supervisa al paciente en todas las actividades que éste realiza.

Con el ítem 36 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si suelen hacer partícipe al paciente de las diferencias y discusiones que surgen entre los miembros de la familia.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Con el ítem 37 intentamos indagar a través de una pregunta cerrada si plantearle al paciente sus posibilidades a futuro es fructífero para el mismo.

### Sistematización de las variables:

Objetivo específico:

- ❖ Conocer las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico a través de la percepción del familiar cuidador.

### Dimensión de análisis:

Para alcanzar dicho objetivo utilizamos la escala GEOPTE. La misma pretende relacionar los déficit cognitivos básicos y los déficit cognitivos sociales. Es una escala autoaplicada cuyo propósito es evaluar las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico a través de la percepción subjetiva del mismo y la percepción del familiar cuidador.

Item:

1).¿Tiene dificultad para prestar atención?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

2).¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

3).¿Le cuesta aprender cosas nuevas?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

4) ¿Se le olvidan encargos, tareas, o recados?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

5) Cuando tiene que hablar con alguien ¿le faltan las palabras?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

6)¿ Le cuesta entender de que va una película?

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

7) ¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

8) ¿Tiene dificultad para reconocer las emociones de los otros (por ejemplo: tristeza, alegría, o rabia)?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

9) Cuando está en un grupo ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

10) ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

11) Si está solo en casa y surge algún problema (por ejemplo: se estropea un electrodoméstico) ¿Le resulta difícil buscar una solución?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

12) ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

13) ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

14) ¿Tiene dificultad para hacer amistades?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha

15) ¿Esta insatisfecho con su vida sexual?

1-no 2-un poco 3-regular 4-bastante 5-mucha



Objetivo específico:

- ❖ Obtener conocimiento acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico a través de la información brindada por el familiar cuidador.

Dimensión de análisis:

Para alcanzar este objetivo se utilizó una entrevista semiestructurada con el fin de indagar a través de preguntas atinentes los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del pacientes esquizofrénico. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cuál se calculan las frecuencias absolutas.

Items:

- 1) Edad del paciente
- 2) Sexo del paciente
- 3) ¿Tuvo alguna complicación importante durante el embarazo y/o parto? Si-No
- 4) ¿Qué complicaciones?
- 5) En la familia ¿existe algún antecedente psiquiátrico? Si-No
- 6) ¿Los antecedentes son por vía materna o paterna?
- 7) Edad del paciente al momento del diagnóstico
- 8) ¿Tuvo el paciente alguna internación psiquiátrica? Si-No
- 9) ¿Cuántas internaciones?
- 10) ¿Como caracterizaría a las relaciones sociales del paciente?  
Excelentes-Muy Buenas-Buenas-Pobres-Malas
- 11) Con la enfermedad ¿se interrumpió su estudio? Si-No
- 12) Con la enfermedad ¿se interrumpió su trabajo? Si-No
- 13) El paciente ¿pudo retomar alguna de las actividades que desarrollaba previo a la enfermedad? Si-No
- 14) ¿Qué actividades pudo retomar?
- 15) El paciente ¿recibe asistencia psicológica? Si-No

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- 16) ¿Hace cuánto tiempo que la recibe?
- 17) El paciente ¿cumple con la medicación prescrita? Si-No
- 18) El paciente ¿es consciente del beneficio de la medicación? Si-No
- 19) El paciente ¿tiene conciencia de su enfermedad? Si-No
- 20) El paciente ¿consume actualmente algún tipo de tóxico? Si-No
- 21) ¿Cuáles tóxicos?

Objetivo específico:

- ❖ Indagar en el familiar cuidador el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Dimensión de análisis:

Para alcanzar este objetivo se utilizó una entrevista semiestructurada con preguntas atinentes al modelo de abordaje psicoeducativo con el fin de indagar en el familiar cuidador el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cuál se calculan las frecuencias absolutas.

Items:

Datos generales del familiar cuidador:

- 1) Edad del familiar cuidador
- 2) Sexo del familiar cuidador
- 3) Parentesco: madre/ padre
- 4) ¿Quién otro?
- 5) Estudios cursados del familiar cuidador: Primario- Secundario- Terciario- Universitario
- 6) ¿Realiza alguna actividad laboral? Si-No
- 7) ¿Convive con el paciente? Si-No
- 8) ¿Es usted el único responsable del cuidado del paciente? Si –No
- 9) ¿Quién? madre/ padre

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

10) ¿Otros responsables?

11) ¿Hace cuánto tiempo que participa como familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo? 0 a 1 año - 1 a 3 años - 3 años en adelante

12) ¿Existe algún otro familiar que reciba psicoeducación? Si-No

13) Parentesco: madre/padre.

14) ¿Otros participantes?

Datos para el familiar cuidador:

15) ¿Aprueba él diagnóstico asignado por el médico/psicólogo? Si -No

16) ¿Observa en el paciente alguna limitación? Si -No

17) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito laboral? Si-No

18) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito académico?  
Si-No

19) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito social? Si-No

20) ¿Cómo considera usted la medicación en el paciente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

21) ¿Cómo considera a la psicoterapia para el tratamiento del paciente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

22) ¿Cómo considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

23) En relación a sus expectativas después del diagnóstico ¿Han sufrido alguna modificación? Si-No

24) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las laborales?

25) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las académicas?

26) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las sociales?

27) Otras actividades que se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

28) ¿Se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis?

Si-No

29) Al encargarle una tarea al paciente y el mismo no la cumple ¿cuán importante considera comprenderlo y explicársela nuevamente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

30) Diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus cuestiones cotidianas? Si-No

31) Diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades? Si-No

32) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en la familia?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

33) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los amigos?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

34) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los vecinos?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

35) ¿Supervisa al paciente de manera continua controlándole u observándole en todas las actividades que este realiza? Si-No

36) Cuando surgen diferencias y discusiones entre los miembros de la familia ¿suelen hacer partícipe al paciente de las mismas? Si-No

37) Plantearle al paciente de manera insistente sus posibilidades a futuro ¿es fructífero para el mismo? Si-No

Objetivo específico:

- ❖ Evaluar cambios en la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Dimensión de análisis:

Para alcanzar este objetivo se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman en la escala GEOPTE del familiar cuidador con los diferentes tiempos de participación de los familiares en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Procedimientos Utilizados:

Para el presente estudio se procedió en primer lugar a aplicar la escala GEOPTE a la muestra seleccionada compuesta por 15 familiares cuidadores y 15 pacientes esquizofrénicos. La misma se realizó en la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (A.C.A.P.E.F) ubicada en la calle José Manuel Chaves 48 de B° San Salvador de la ciudad de Córdoba, entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2006.

En un segundo momento se aplicó la entrevista semiestructurada orientada a recolectar información acerca de los antecedentes antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico.

En un tercer momento se aplicó la entrevista semiestructurada para obtener datos sobre el conocimiento y utilización de la información obtenida a través de la participación del familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Ambas entrevistas semiestructuradas también se aplicaron en la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (A.C.A.P.E.F) destinada a 15 familiares cuidadores.

Para el análisis de los resultados de la escala GEOPTE se utilizó el cálculo de la media geométrica.

En el análisis de las dos entrevistas semiestructuradas la información recolectada se organizó en una grilla descriptiva bajo el programa SPSS 11 para el cálculo de las frecuencias absolutas.

Asimismo se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para aquellas variables que requerían ser analizadas a través de sus asociaciones.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Toda la información se presenta en diferentes estudios.

Estudio N°1 Presentación de resultados de la escala GEOPTE:

Mediante nuestra participación en el modelo de abordaje psicoeducativo se administra la escala GEOPTE a 15 familiares cuidadores y a 15 pacientes esquizofrénicos que concurren a la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (ACAPEF).

Puntaje Familiar	Puntaje Paciente	Media Geométrica
40	54	46,4
22	22	22
39	19	27,2
23	43	31,4
30	23	26,2
42	30	35,4
46	39	42,3
17	25	20,6
20	32	25,2
36	41	38,4
27	15	20,1
16	18	16,9
43	29	35,3
51	33	41
24	22	22,9

Con la aplicación de la escala GEOPTE, en la presente tabla se expresan las puntuaciones sumarios acerca de la percepción de la cognición social de familiares cuidadores y de pacientes esquizofrénicos.

Según dicha escala las puntuaciones que se obtienen tanto para pacientes como para familiares tienen un mínimo de 15 y un máximo de 75; en donde la puntuación de 15 representa el mejor estado de cognición social posible, mientras que la puntuación de 75 supone el peor estado.

### *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Las puntuaciones sumario de pacientes ( $p$ ) e informantes ( $i$ ) son combinadas en un solo índice de tendencia central mediante el cálculo de la media geométrica (MG) de ambos valores. La MG de un conjunto de  $n$  valores es la raíz  $n$ -ésima del producto de los valores en el conjunto. En este caso  $MG = \sqrt[n]{p * i}$ .

En función de lo acordado por la escala GEOPTTE se obtiene para las puntuaciones sumario de pacientes ( $p$ ) e informantes ( $i$ ) la MG detallada en el cuadro anterior.



*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Estudio N° 2 Presentación de frecuencias absolutas de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico:

Frecuencias

Estadísticos						
	edad del paciente	sexo del paciente	¿tuvo alguna complicación importante durante el embarazo y/o parto?	¿qué complicaciones?	¿existe algún antecedente psiquiátrico?	en la familia

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos						
	los antecedentes ¿son por vía materna o paterna?	edad del paciente al momento del diagnóstico	¿tuvo el paciente alguna internación psiquiátrica?	¿cuántas internaciones?	¿tiene conciencia de su enfermedad?	

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	el paciente ¿recibe asistencia psicológica?	¿hace cuánto tiempo que la recibe?	el paciente ¿cumple con la medicación prescripta?	el paciente ¿es consciente del beneficio de la medicación?	¿cómo caracterizaría a las relaciones sociales del paciente?

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	con la enfermedad ¿se interrumpió su estudio?	con la enfermedad ¿se interrumpió su trabajo?	el paciente ¿pudo retomar alguna de las actividades que desarrollaba previo a la enfermedad?	¿qué actividades pudo retomar?	el paciente ¿consume actualmente algún tipo de tóxico?

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos		
		¿cuáles tóxicos?
N	Válidos	15
	Perdidos	0

Tabla de frecuencia

edad del paciente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	1	6,7	6,7	6,7
	21	1	6,7	6,7	13,3
	23	1	6,7	6,7	20,0
	24	3	20,0	20,0	40,0
	25	1	6,7	6,7	46,7
	27	3	20,0	20,0	66,7
	28	2	13,3	13,3	80,0
	29	1	6,7	6,7	86,7
	43	1	6,7	6,7	93,3
	50	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

sexo del paciente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	f	8	53,3	53,3	53,3
	m	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿tuvo alguna complicación importante durante embarazo y/o parto?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	10	66,7	66,7	66,7
	si	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿qué complicaciones?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bilirrubina	1	6,7	6,7	6,7
	cesárea	1	6,7	6,7	13,3
	doble vuelta de cordón	1	6,7	6,7	20,0
	ninguna	10	66,7	66,7	86,7
	ochomesino	1	6,7	6,7	93,3
	problemas de placenta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

en la familia ¿existe algún antecedente psiquiátrico?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	3	20,0	20,0	20,0
	si	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

los antecedentes ¿son por vía materna o paterna?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	materna	9	60,0	60,0	60,0
	ninguno	3	20,0	20,0	80,0
	paterna	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

edad del paciente al momento del diagnóstico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	16	1	6,7	6,7	6,7
	17	1	6,7	6,7	13,3
	18	3	20,0	20,0	33,3
	19	2	13,3	13,3	46,7
	20	3	20,0	20,0	66,7
	23	2	13,3	13,3	80,0
	25	1	6,7	6,7	86,7
	27	1	6,7	6,7	93,3
	40	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”

¿tuvo el paciente alguna internación psiquiátrica?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	7	46,7	46,7	46,7
	si	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿cuántas internaciones?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	13,3	13,3	13,3
	2	3	20,0	20,0	33,3
	3	1	6,7	6,7	40,0
	4	1	6,7	6,7	46,7
	5	1	6,7	6,7	53,3
	ninguna	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

el paciente ¿tiene conciencia de su enfermedad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿el paciente recibe asistencia psicológica?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

¿hace cuánto tiempo que la recibe?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 año	2	13,3	13,3	13,3
	10 meses	1	6,7	6,7	20,0
	12 años	1	6,7	6,7	26,7
	13 años	1	6,7	6,7	33,3
	15 años	1	6,7	6,7	40,0
	2 años	1	6,7	6,7	46,7
	2 años y medio	1	6,7	6,7	53,3
	2 meses	1	6,7	6,7	60,0
	3 años	1	6,7	6,7	66,7
	5 años	1	6,7	6,7	73,3
	6 años	3	20,0	20,0	93,3
	7 años	1	6,7	6,7	100,0
	Total		15	100,0	100,0

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

el paciente ¿cumple con la medicación prescrita?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

el paciente ¿es consciente del beneficio de la medicación?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

¿ cómo caracterizaría a las relaciones sociales del paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	buenas	9	60,0	60,0	60,0
	excelentes	1	6,7	6,7	66,7
	malas	1	6,7	6,7	73,3
	muy buenas	1	6,7	6,7	80,0
	pobres	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	



*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

con la enfermedad ¿se interrumpió su estudio?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

con la enfermedad ¿se interrumpió su trabajo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	1	6,7	6,7	6,7
	nunca trabajó	10	66,7	66,7	73,3
	si	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

el paciente ¿pudo retomar alguna de las actividades que desarrollaba previo a la enfermedad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	8	53,3	53,3	53,3
	si	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿qué actividades pudo retomar?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	estudio	3	20,0	20,0	20,0
	ninguna	8	53,3	53,3	73,3
	trabajo	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

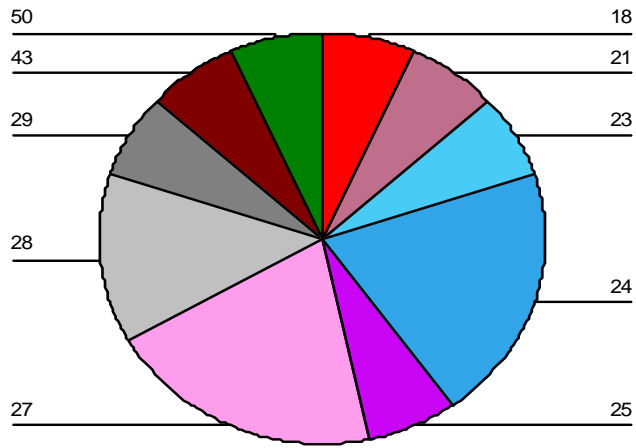
el paciente ¿consume actualmente algún tipo de tóxico?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	11	73,3	73,3	73,3
	si	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

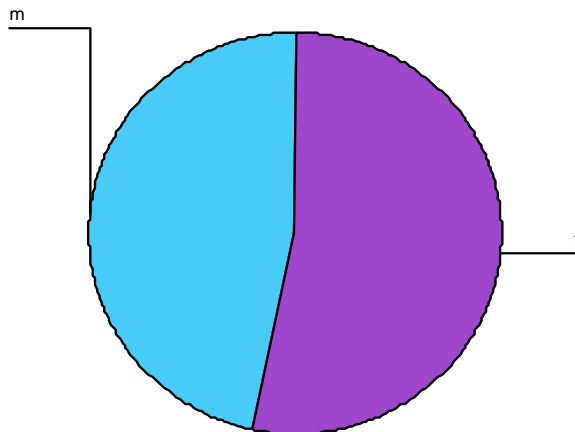
¿cuáles tóxicos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	11	73,3	73,3	73,3
	tabaco	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Gráfico de sectores

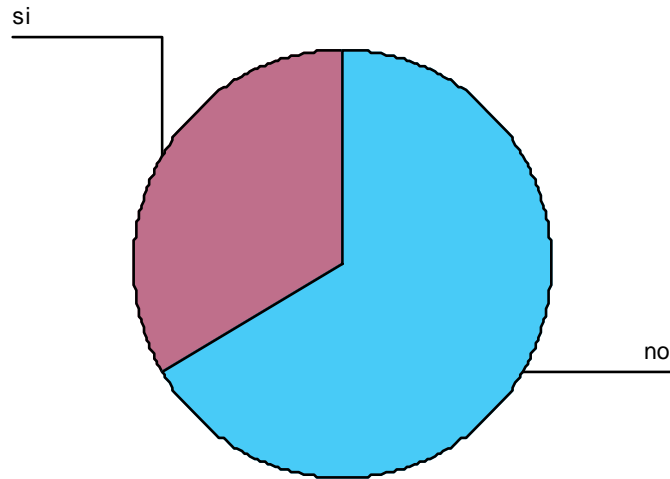
edad del paciente



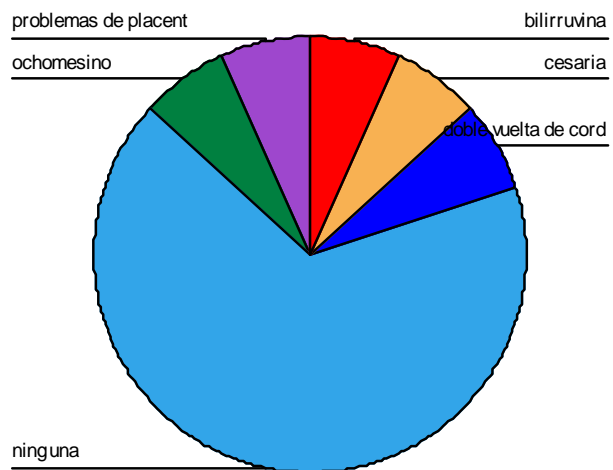
sexo del paciente



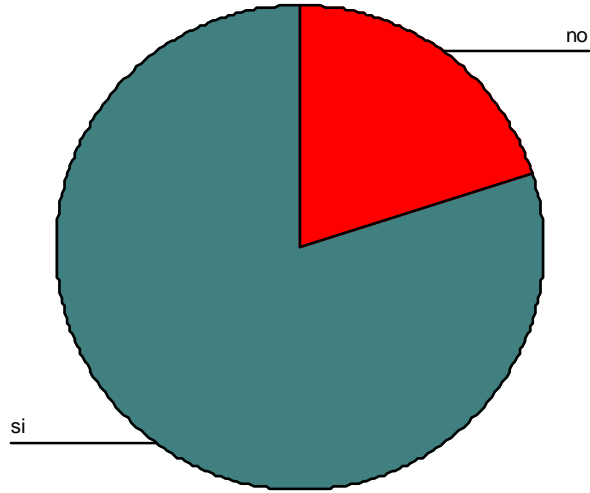
¿tuvo alguna complicación importante durante el embarazo y/o parto?



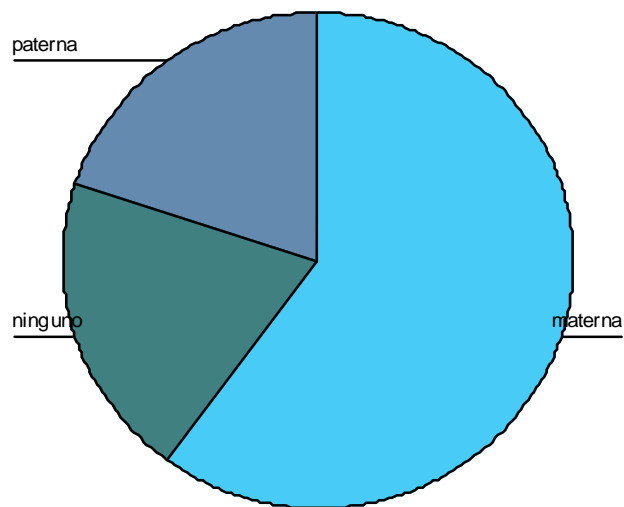
¿qué complicaciones?



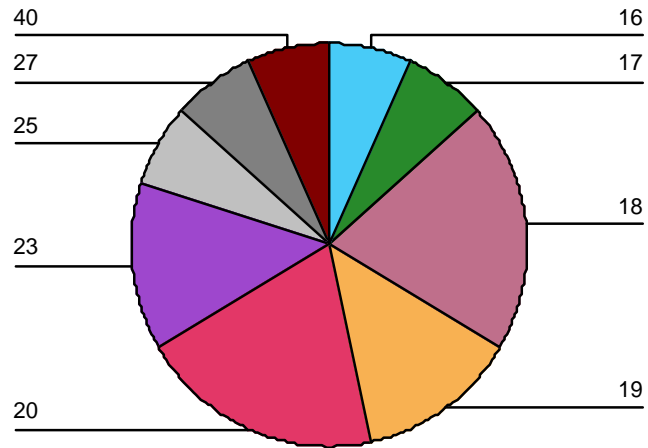
en la familia ¿existe algún  
antecedente psiquiátrico?



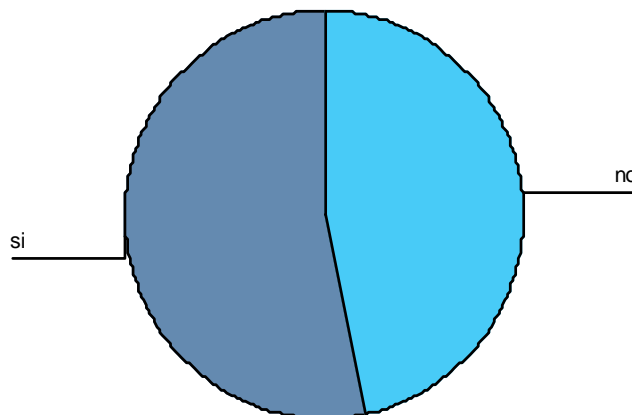
los antecedentes ¿son por vía  
materna-paterna?



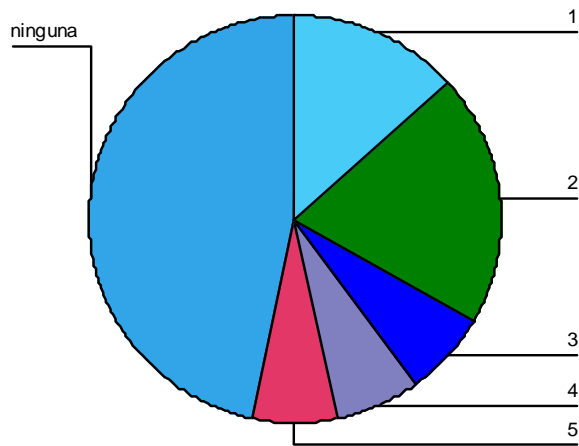
edad del paciente al momento  
del diagnóstico



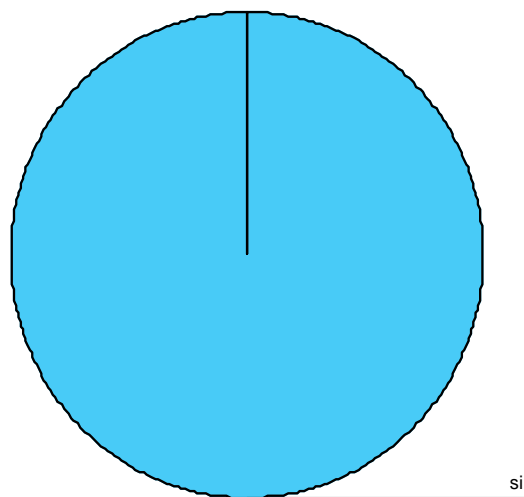
¿tuvo el paciente alguna internación  
psiquiátrica?



¿cuántas internaciones?

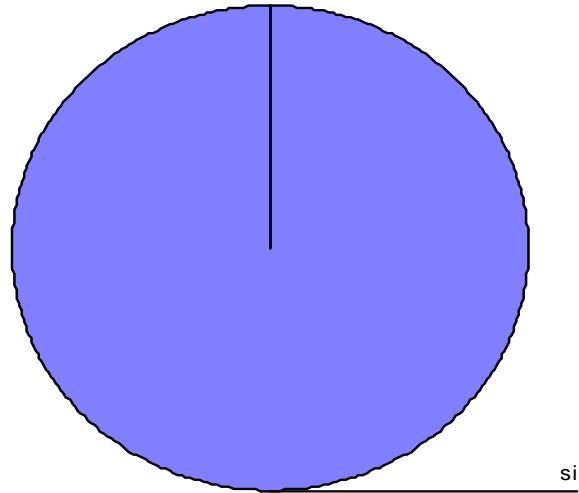


el paciente ¿tiene conciencia de su enfermedad?

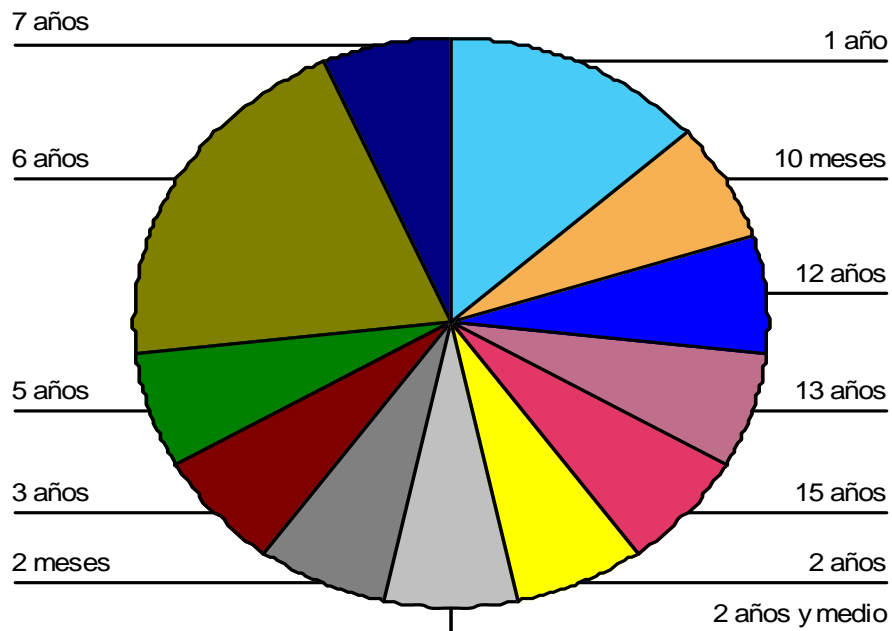




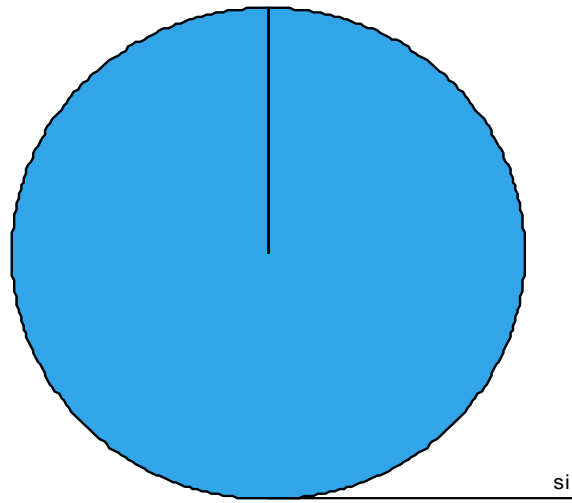
el paciente ¿recibe  
asistencia psicológica?



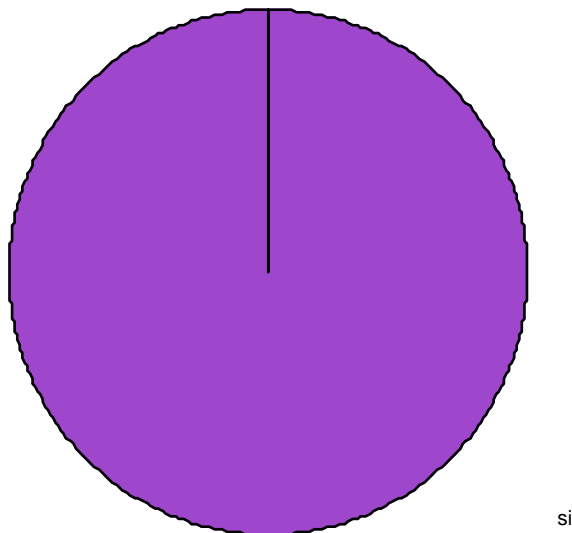
¿hace cuánto tiempo que la recibe?



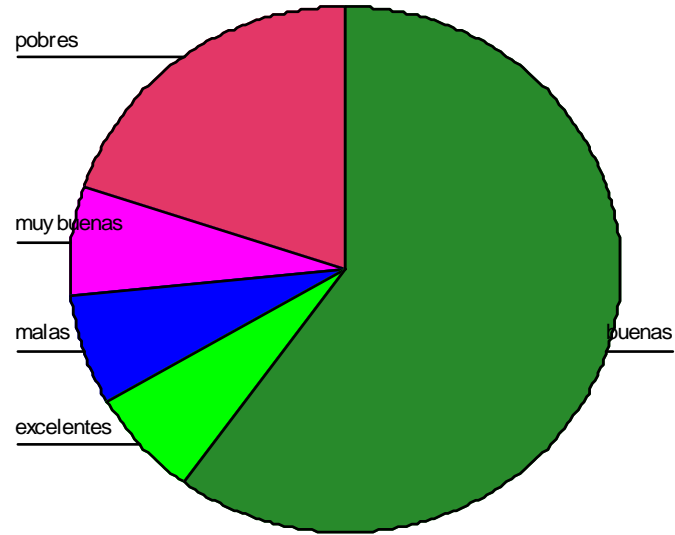
el paciente ¿cumple con la  
medicación prescrita?



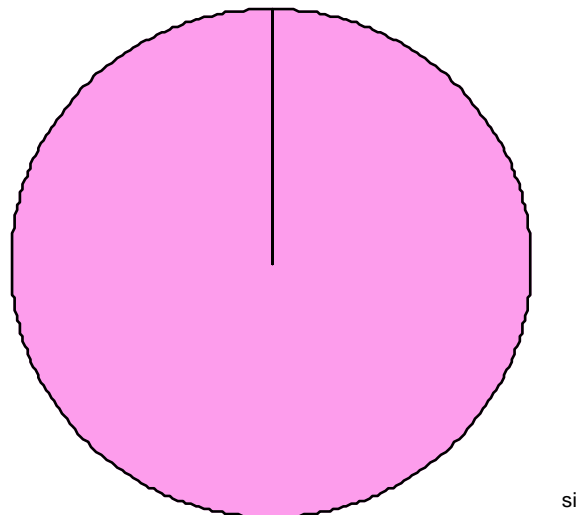
el paciente ¿es consciente del beneficio  
de la medicación?



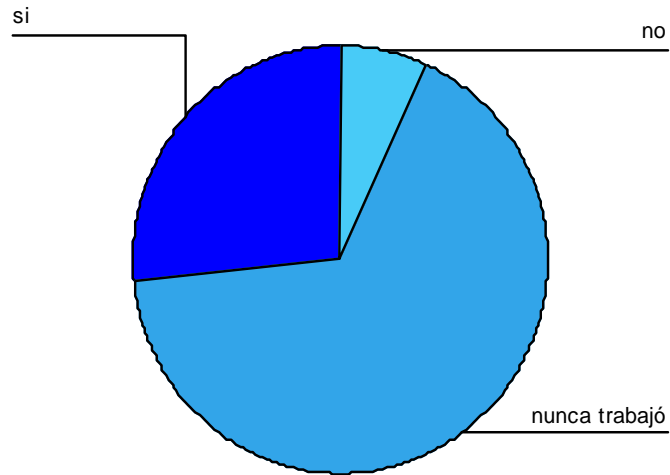
¿cómo caracterizaría a las relaciones sociales del paciente?



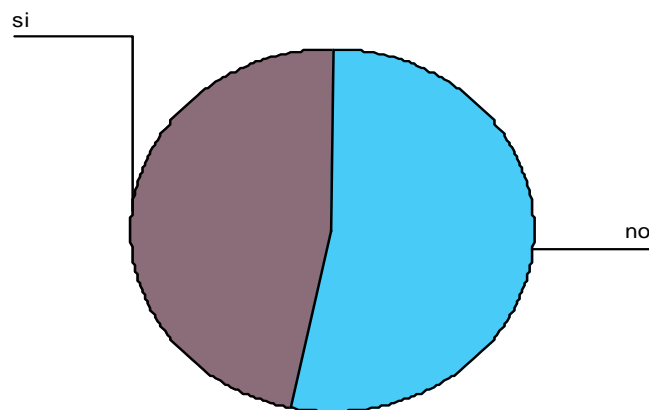
con la enfermedad  
¿se interrumpió su estudio?



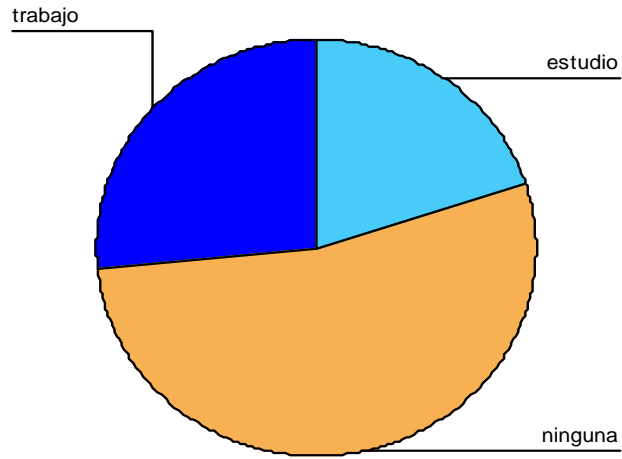
con la enfermedad  
¿se interrumpió su trabajo?



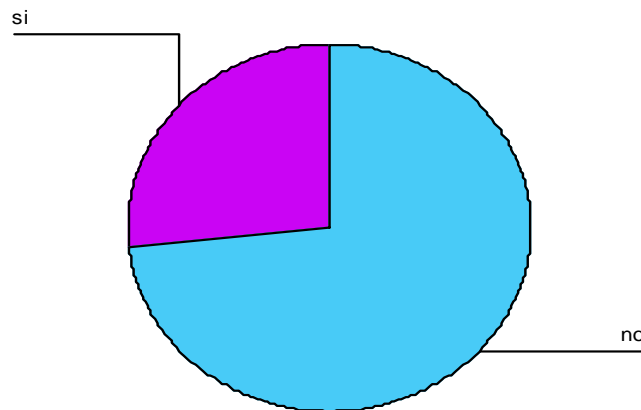
¿pudo retomar alguna de las actividades  
que desarrollaba previo a la enfermedad?



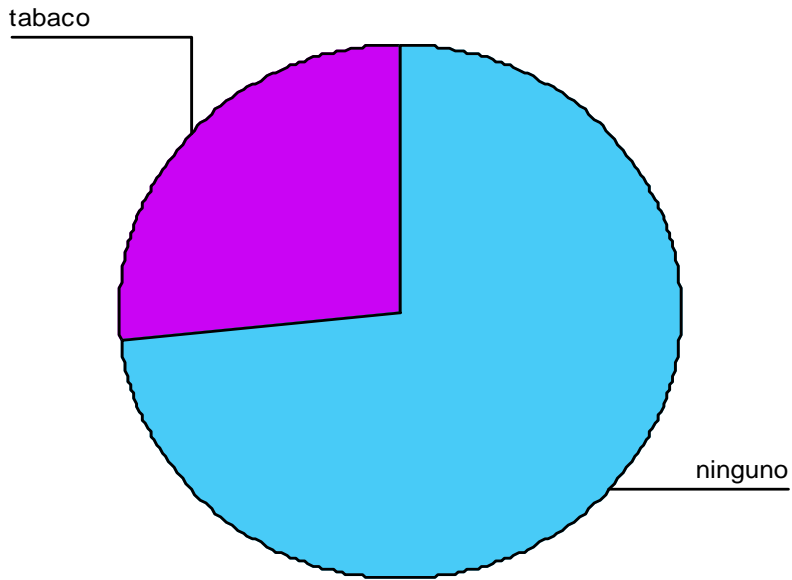
¿qué actividades pudo retomar?



el paciente ¿consume actualmente algún tipo de tóxico?



## ¿cuáles tóxicos?



Estudio N° 2 Presentación de resultados de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico:

A continuación se detallan los resultados obtenidos a partir de la administración de la entrevista semiestructurada a los 15 familiares cuidadores. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cual se calculan las frecuencias absolutas.

-Antecedentes Vitales:

- La edad promedio de los pacientes es de 19 años.
- El sexo de los pacientes en estudio es en su mayoría femenino (8 mujeres sobre 7 varones).
- Con respecto a las complicaciones durante el embarazo y/o parto la mayoría (10 pacientes ) manifiestan no haber presentado complicación alguna; siendo en su minoría (5 pacientes) en donde existieron complicaciones.
- Los tipos de complicaciones fueron: bilirrubina (1 paciente), cesárea (1 paciente), doble vuelta de cordón (1 paciente), ocomesino (1 paciente) y problemas de placenta (1 paciente).
- En cuanto a los antecedentes psiquiátricos encontrados en la familia están presentes en su mayoría en un total de 12 pacientes, siendo en 3 pacientes en donde no ha habido antecedente alguno.
- Dichos antecedentes son: por vía materna (9 pacientes) y por vía paterna (3 pacientes).

- Antecedentes de Enfermedad:

- La edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico es de 14 años.
- En relación a las internaciones psiquiátricas se obtiene que un total de 8 (pacientes) ha estado internado; siendo 7 (pacientes) los que no han pasado por dicha instancia.

### *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- En cuanto a la cantidad de internaciones psiquiátricas: 2 pacientes (1 internación), 3 pacientes (2 internaciones), 1 paciente (3 internaciones), 1 paciente (4 internaciones), 1 paciente (5 internaciones).
- La totalidad de los pacientes (15) es consciente de su enfermedad.
- La totalidad de los pacientes (15) recibe asistencia psicológica.
- El tiempo promedio de asistencia psicológica es de 4 años y medio.
- La totalidad de los pacientes (15) cumple con la medicación prescrita.
- La totalidad de los pacientes (15) es consciente del beneficio de la medicación.

#### - Antecedentes Sociales:

- En cuanto a la caracterización de las relaciones sociales del paciente son: en 1 paciente excelentes, en 1 paciente muy buenas, en 9 pacientes buenas, en 1 paciente malas y como pobres en 3 pacientes.
- En relación a las actividades que se desarrollaban previo a la aparición de la enfermedad son 7 pacientes los que pudieron retomarlas, siendo 8 pacientes los que no.

#### - Antecedentes Académicos:

- Con la enfermedad se observa que se interrumpió el estudio en el total de los pacientes (15).
- Las actividades que pudieron retomarse a partir de la enfermedad fueron: el estudio 3 pacientes.



*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- Antecedentes Laborales:
  - En relación al trabajo se observa que son 10 los pacientes que nunca trabajaron, en 4 pacientes se interrumpió dicha actividad con la aparición de la enfermedad y sólo 1 paciente pudo mantener el trabajo.
  - Las actividades que pudieron retomarse a partir de la enfermedad fueron: el trabajo 4 pacientes.
  
- Antecedentes Tóxicos:
  - En relación a si consume actualmente algún tipo de tóxico son 11 los pacientes que no consumen y 4 pacientes los que si consumen.
  - En cuanto al tipo de tóxico consumido son 4 pacientes los que consumen tabaco.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Estudio N° 3 Presentación de frecuencias absolutas de la entrevista semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo:

Frecuencias

Estadísticos						
	edad del familiar cuidador	sexo del familiar cuidador	parentesco: madre/padre	¿quién otro?	estudios cursados del familiar cuidador: primario-secundario-terciario-universitario	

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	¿realiza alguna actividad laboral?	¿convive con el paciente?	¿es usted el único responsable del cuidado del paciente?	¿quién? madre/padre	¿otros responsables?

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	¿hace cuánto tiempo que participa como familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo?	¿existe algún otro familiar que reciba psicoeducación?	Parentesco: madre/padre	¿otros participantes?	¿aprueba el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo?

N	Validos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	¿observa en el paciente alguna limitación?	¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito laboral?	¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito académico?	¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito social?	¿cómo considera usted la medicación en el paciente?

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos						
	¿cómo considera a la psicoterapia para el tratamiento del paciente?	¿cómo considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente?	en relación a sus expectativas después del diagnóstico ¿han sufrido alguna modificación?	¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición enfermedad? ¿las laborales?	¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición enfermedad? ¿las académicas?	

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Estadísticos					
	¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición enfermedad? ¿las sociales?	otras actividades que se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad	¿se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis?	al encargarle una tarea al paciente y el mismo no la cumple ¿cuán importante considera comprenderlo y explicársela nuevamente?	diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas?

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos					
	diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades?	cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en la familia?	cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los amigos?	cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los vecinos?	¿supervisa al paciente de manera continua controlándole u observándole en todas las actividades que éste realiza?

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

N	Válidos	15	15	15	15	15
---	---------	----	----	----	----	----

	Perdidos	0	0	0	0	0
--	----------	---	---	---	---	---

Estadísticos			
		cuando surgen diferencias y plantearle al paciente de manera discusiones entre los miembros de la familia ¿suelen hacer partícipe al paciente de las mismas?	insistente sus posibilidades a futuro ¿es fructífero para el mismo?
N	Válidos	15	15
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

edad del familiar cuidador					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	23	1	6,7	6,7	6,7
	40	1	6,7	6,7	13,3
	54	4	26,7	26,7	40,0
	56	1	6,7	6,7	46,7
	58	1	6,7	6,7	53,3
	59	1	6,7	6,7	60,0
	63	3	20,0	20,0	80,0
	68	2	13,3	13,3	93,3
	77	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Tabla de frecuencia

sexo del familiar cuidador					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	f	7	46,7	46,7	46,7
	m	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

parentesco: madre/padre					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	madre	7	46,7	46,7	46,7
	ninguno	1	6,7	6,7	53,3
	padre	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿quién otro?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hermano	1	6,7	6,7	6,7
	ninguno	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

estudios cursados del familiar cuidador: primario-secundario-terciario-universitario					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	primario	1	6,7	6,7	6,7
	secundario	5	33,3	33,3	40,0
	universitario	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿realiza alguna actividad laboral?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	3	20,0	20,0	20,0
	si	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿convive con el paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0



*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿es usted el único responsable del cuidado del paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	15	100,0	100,0	100,0

¿quién? madre/padre					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	madre	9	60,0	60,0	60,0
	padre	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿otros responsables?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hermana	4	26,7	26,7	26,7
	hermanos	2	13,3	13,3	40,0
	ninguno	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿hace cuánto tiempo que participa como familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 a 1 año	4	26,7	26,7	26,7
	1 a 3 años	4	26,7	26,7	53,3
	3 años en adelante	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿existe algún otro familiar que reciba psicoeducación?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	5	33,3	33,3	33,3
	si	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

parentesco: madre/padre					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	madre	4	26,7	26,7	26,7
	ninguno	6	40,0	40,0	66,7
	padre	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿otros participantes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hermana	2	13,3	13,3	13,3
	hermanos	3	20,0	20,0	33,3
	ninguno	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿aprueba el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	100,0	100,0	100,0

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿observa en el paciente alguna limitación?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	1	6,7	6,7	6,7
	si	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito laboral?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	laboral	14	93,3	93,3	93,3
	ninguna	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito académico?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	académico	14	93,3	93,3	93,3
	ninguna	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito social?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguna	2	13,3	13,3	13,3
	social	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿cómo considera usted la medicación en el paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	15	100,0	100,0	100,0

¿cómo considera a la psicoterapia para el paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	15	100,0	100,0	100,0

¿cómo considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Importante	4	26,7	26,7	26,7
	para nada importante	10	66,7	66,7	93,3
	poco importante	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

en relación a sus expectativas después del diagnóstico ¿han sufrido alguna modificación?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	7	46,7	46,7	46,7
	si	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las laborales?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	laborales	12	80,0	80,0	80,0
	ninguna	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad?¿las académicas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	académicas	15	100,0	100,0	100,0

¿cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad?¿las sociales?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguna	3	20,0	20,0	20,0
	sociales	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

otras actividades que se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	motricidad	1	6,7	6,7	6,7
	ninguna	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	1	6,7	6,7	6,7
	si	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

al encargarle una tarea al paciente y el mismo no la cumple ¿cuán importante considera comprenderlo y explicársela nuevamente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	15	100,0	100,0	100,0

diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	2	13,3	13,3	13,3
	si	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	3	20,0	20,0	20,0
	si	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en la familia?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	14	93,3	93,3	93,3
	poco importante	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los amigos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	7	46,7	46,7	46,7
	para nada importante	2	13,3	13,3	60,0
	poco importante	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los vecinos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	importante	6	40,0	40,0	40,0
	para nada importante	6	40,0	40,0	80,0
	poco importante	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

¿supervisa al paciente controlándole u observándole en todas las actividades que éste realiza?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	9	60,0	60,0	60,0
	si	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

cuando surgen diferencias y discusiones entre los miembros de la familia ¿suelen hacer partícipe al paciente de las mismas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	12	80,0	80,0	80,0
	si	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

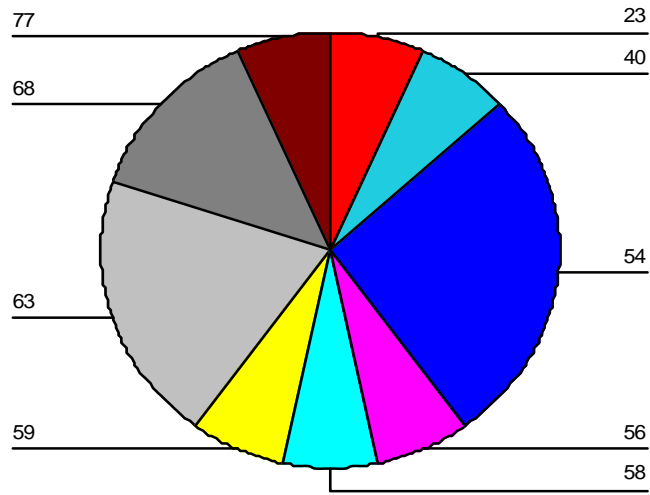


*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

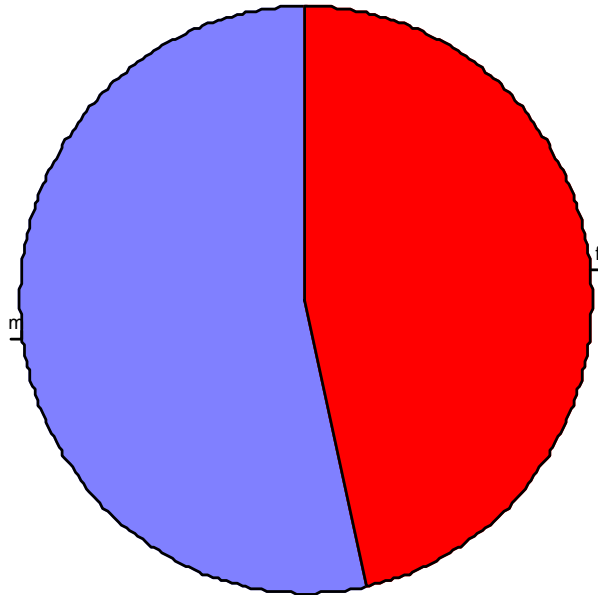
plantearle al paciente de manera insistente sus posibilidades a futuro ¿es fructífero para el mismo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	14	93,3	93,3	93,3
	si	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Gráfico de sectores

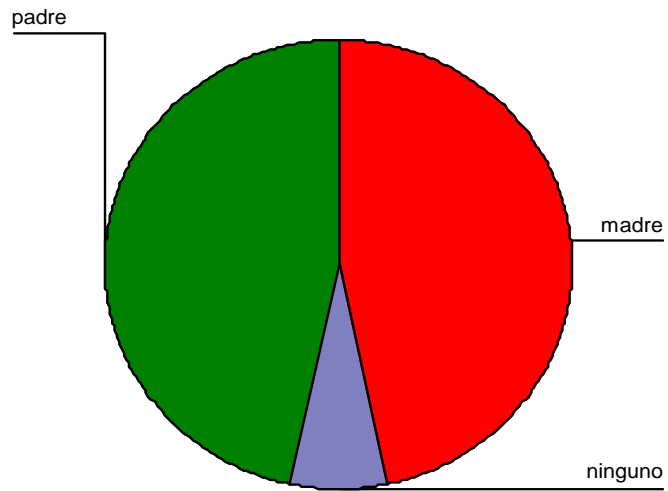
edad del familiar cuidador



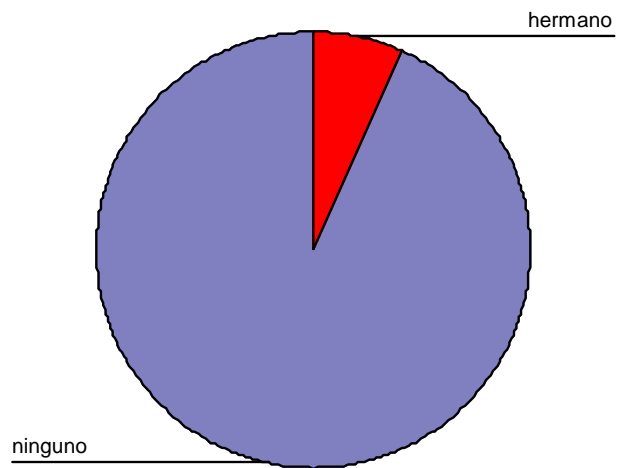
sexo del familiar cuidador



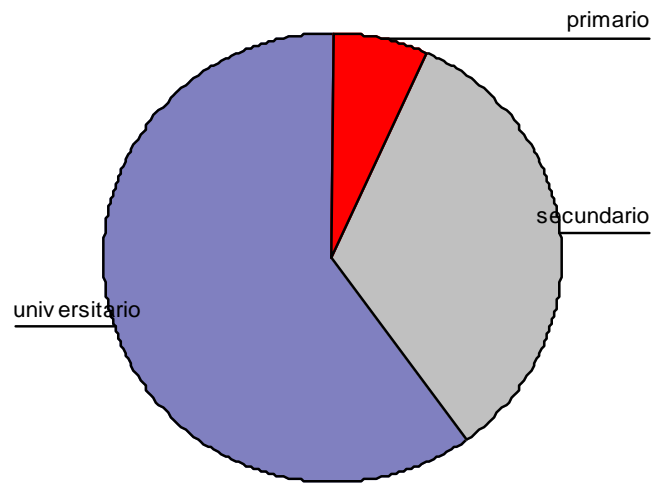
parentesco: madre/padre



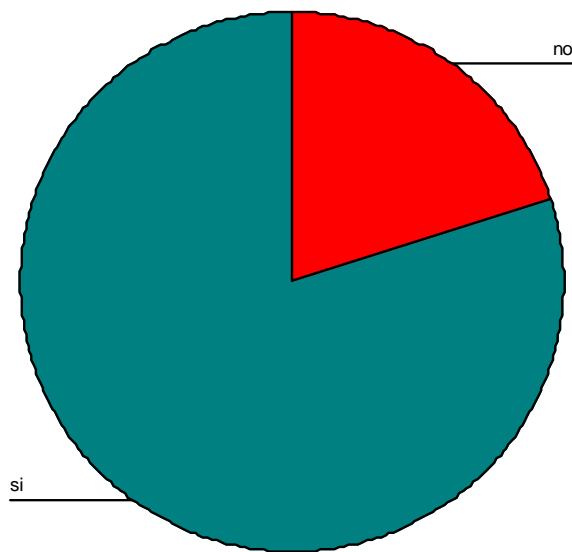
¿quién otro?



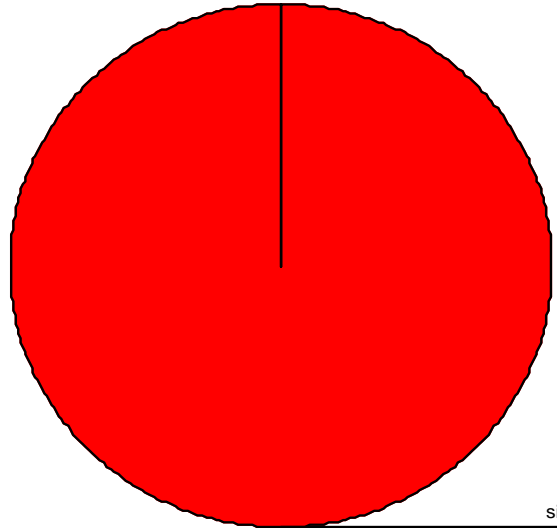
estudios cursados del familiar cuidador



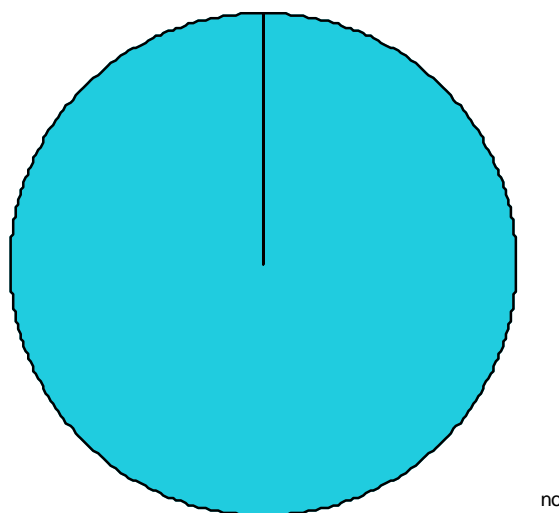
¿realiza alguna actividad laboral?



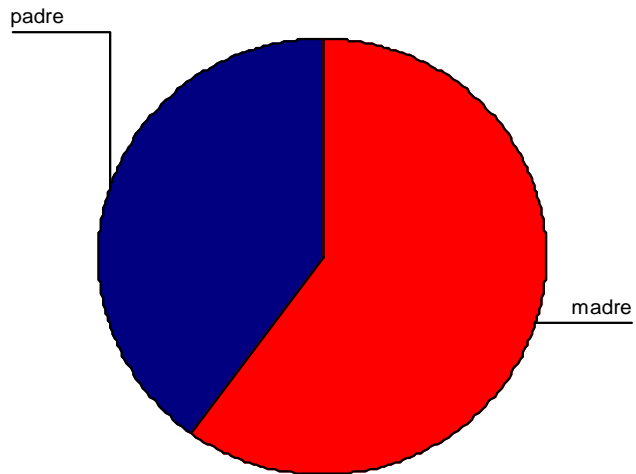
¿convive con el paciente?



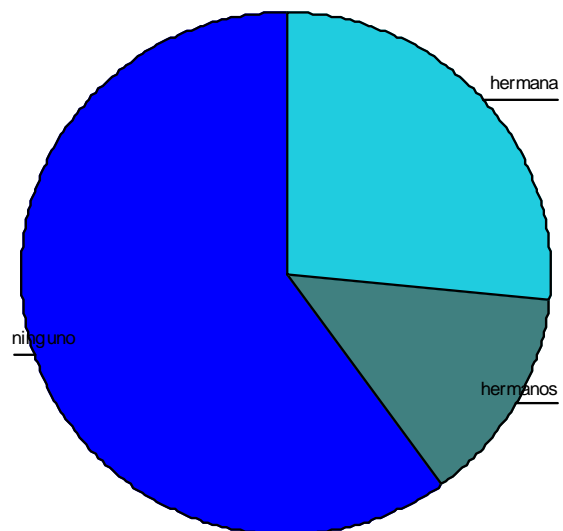
¿es usted el único responsable del cuidado  
del paciente?



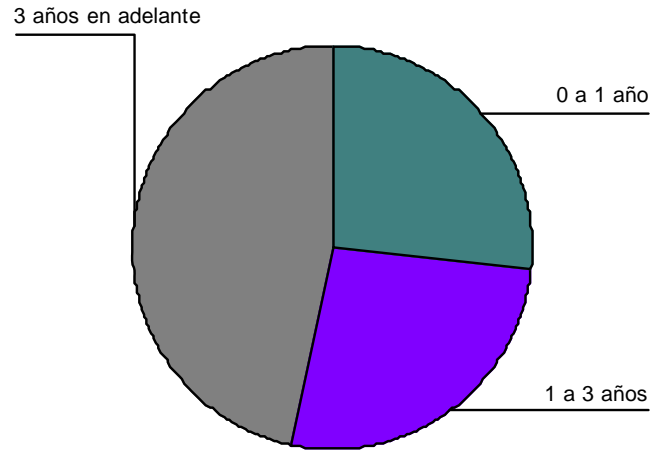
¿quién?: madre/padre



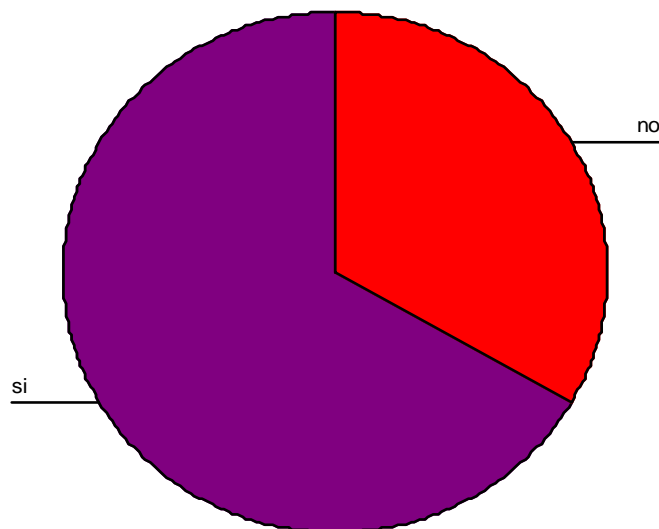
¿otros responsables?



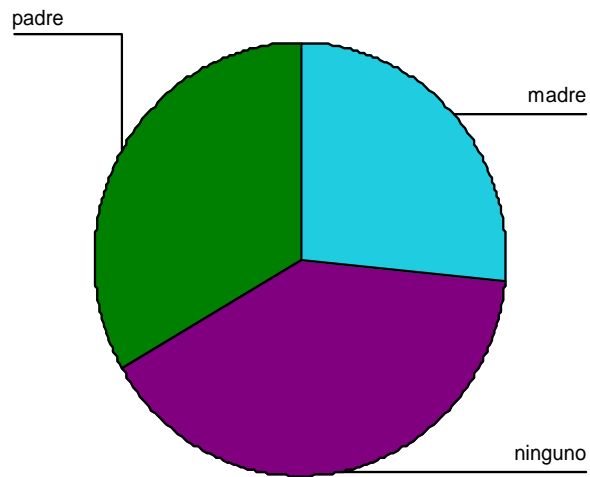
¿hace cuánto participa en el modelo de abordaje psicoeducativo?



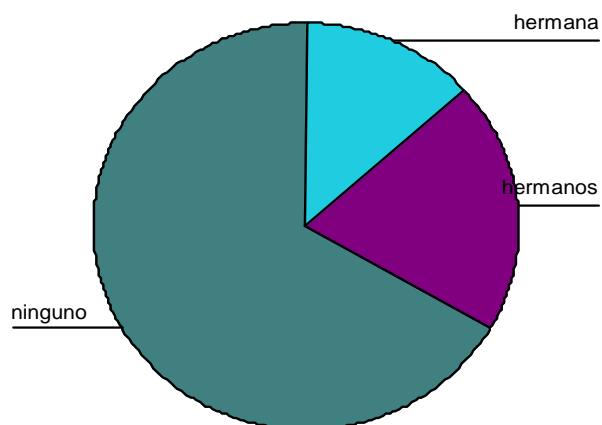
¿existe algún otro familiar que reciba psicoeducación?



parentesco: madre/padre

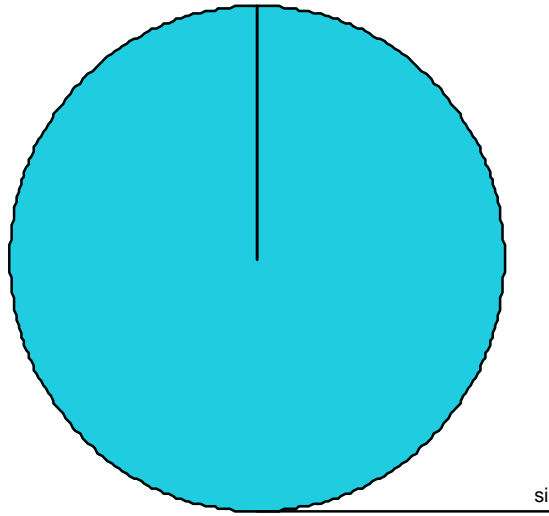


¿otros participantes?

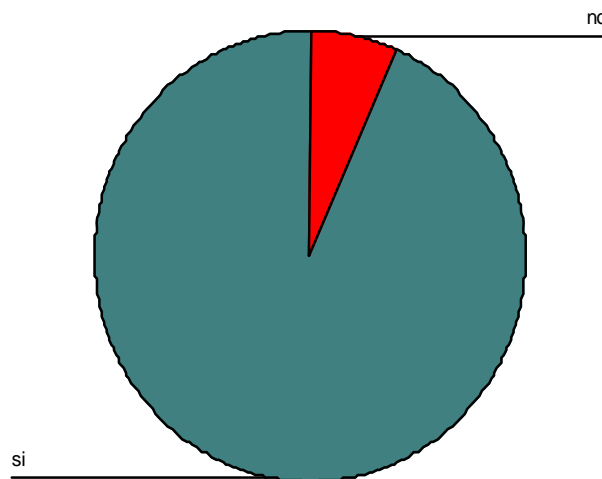




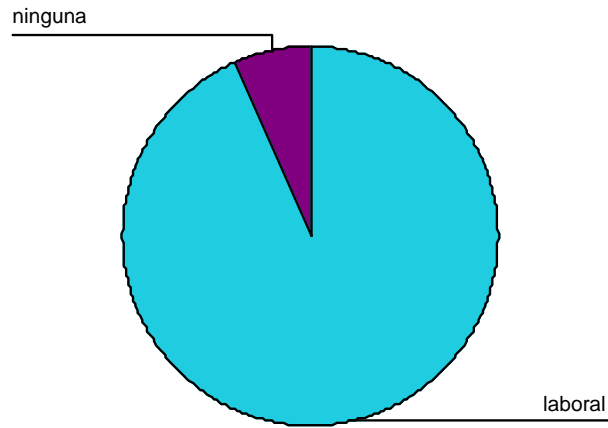
¿aprueba el diagnóstico asignado por  
el médico/psicólogo?



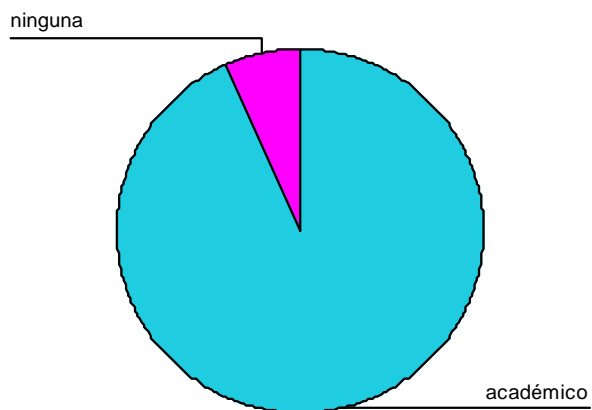
¿observa en el paciente alguna limitación?



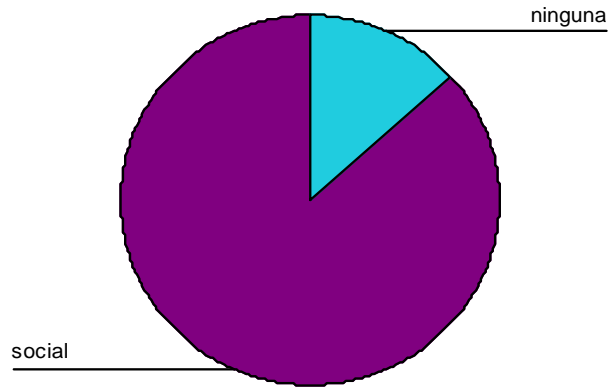
¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito laboral?



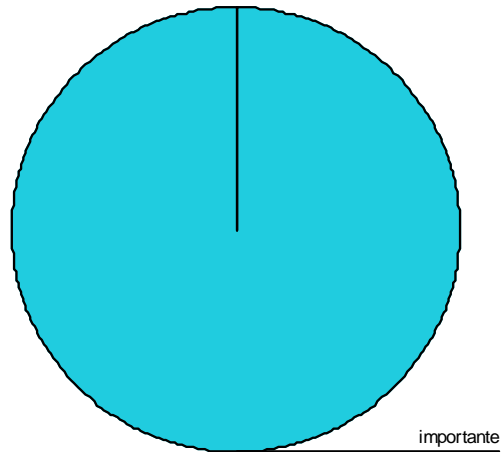
¿observa en el paciente alguna limitación en el ámbito académico?



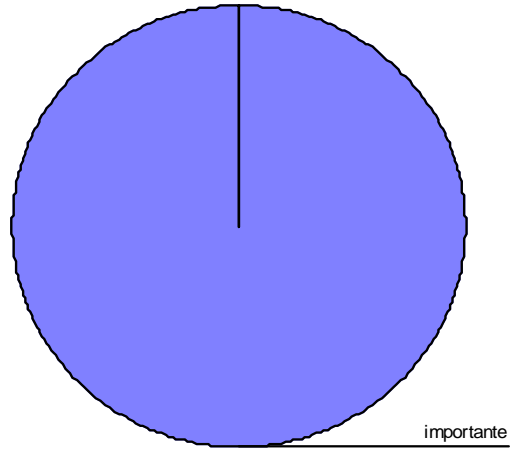
¿observa en el paciente alguna  
limitación en el ámbito social?



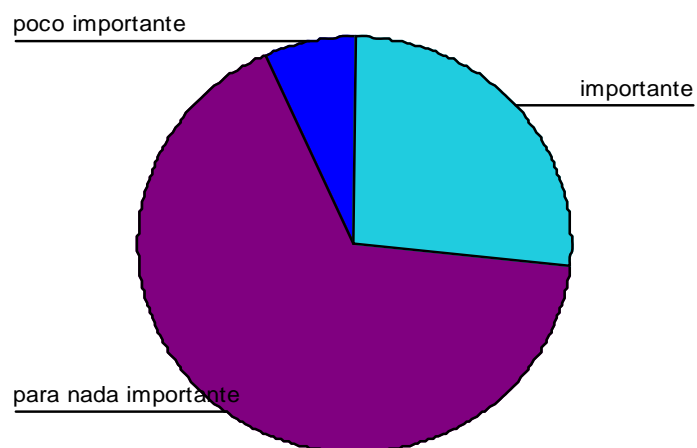
¿cómo considera usted  
la medicación en el paciente?



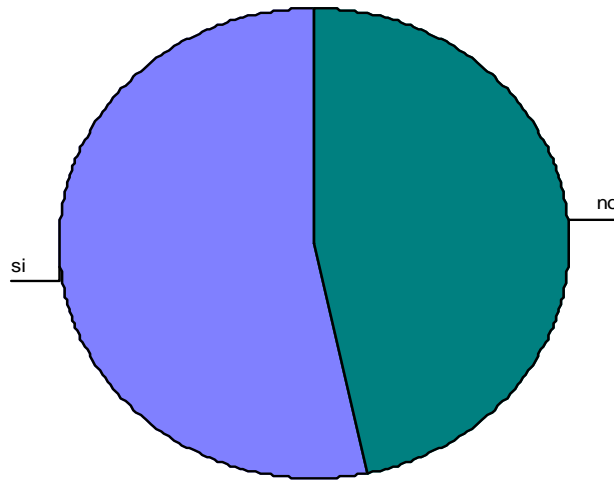
¿cómo considera la psicoterapia  
para el paciente?



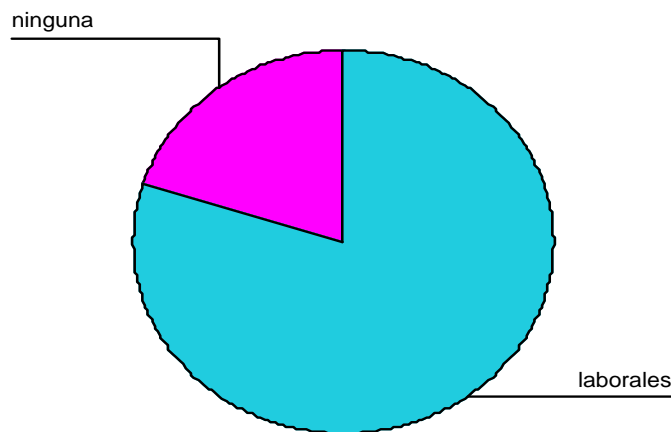
¿cómo considera su responsabilidad en  
la aparición de la enfermedad?



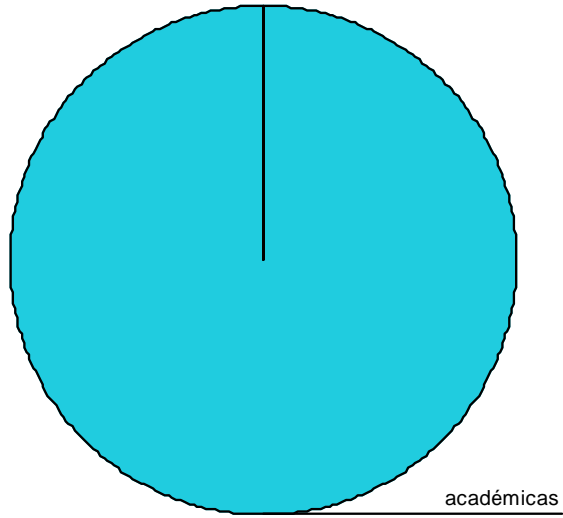
sus expectativas después del diagnóstico ¿han sufrido alguna modificación?



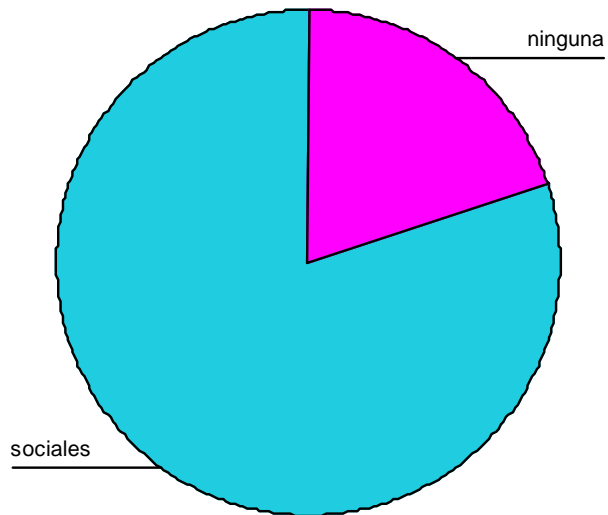
actividades que se pueden modificar a partir de la enfermedad ¿las laborales?



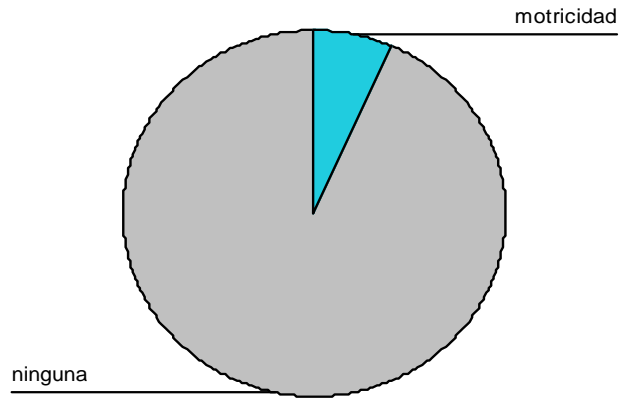
actividades que se pueden modificar  
a partir de la enfermedad ¿las académicas?



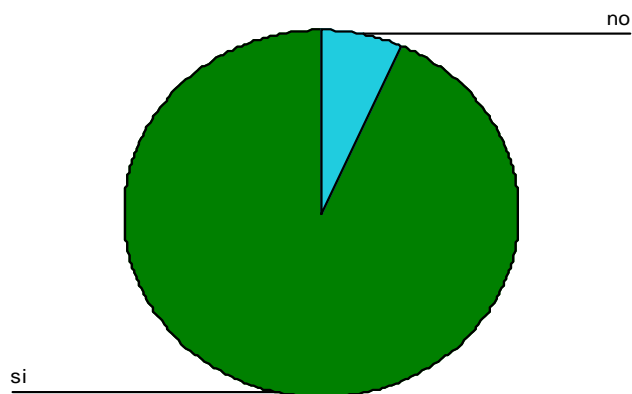
actividades que se pueden modificar  
a partir de la enfermedad ¿las sociales?



otras actividades que se pueden  
modificar a partir de la enfermedad

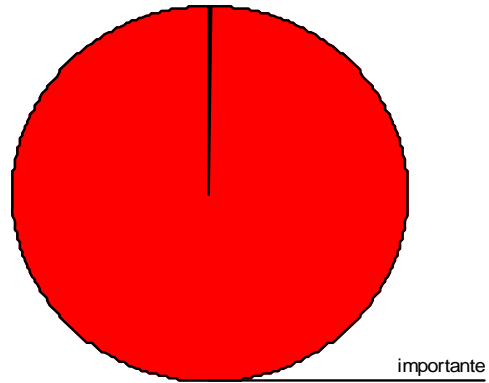


¿se encuentra capacitado para reconocer  
anticipadamente una crisis?

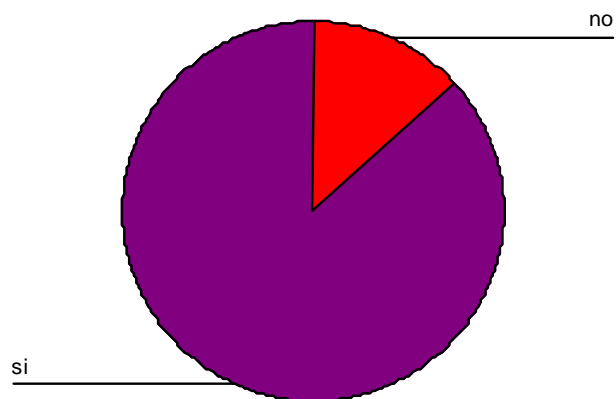


*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

al encargarle una tarea al paciente  
y el mismo no la cumple ¿cuán im-  
portante considera explicársela nuevamente?



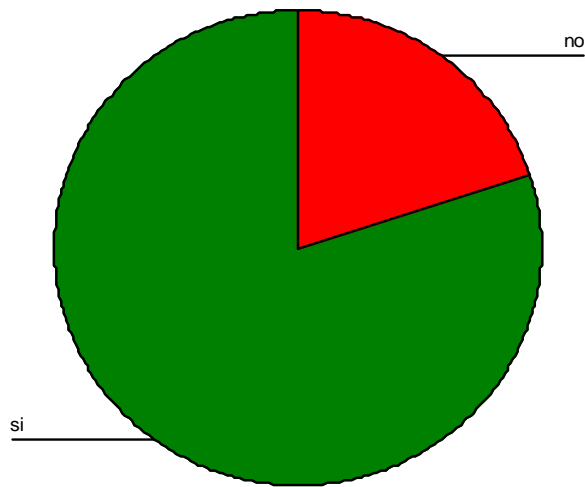
diariamente ¿comparte tiempo conversando  
acerca de sus cuestiones cotidianas?



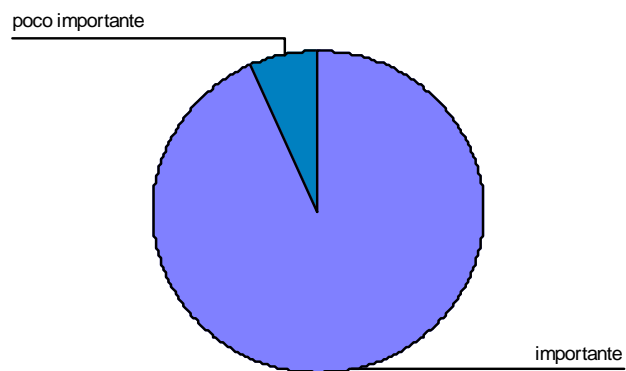


*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

¿frecuentemente comparte tiempo con el paciente  
conversando acerca de sus necesidades?



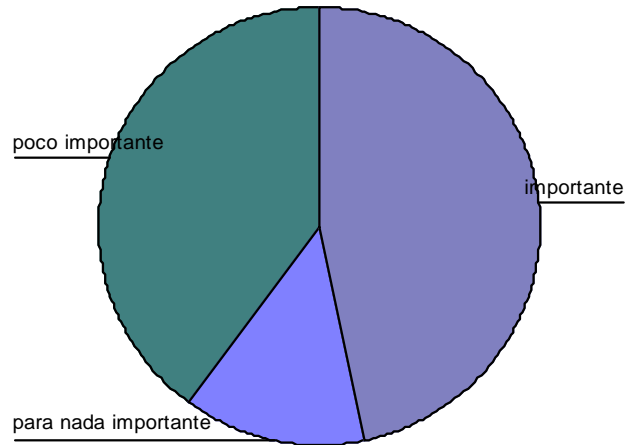
ante una situación problemática ¿cuán  
importante considera  
buscar apoyo en la familia?



ante una situación problemática

¿cuán importante considera

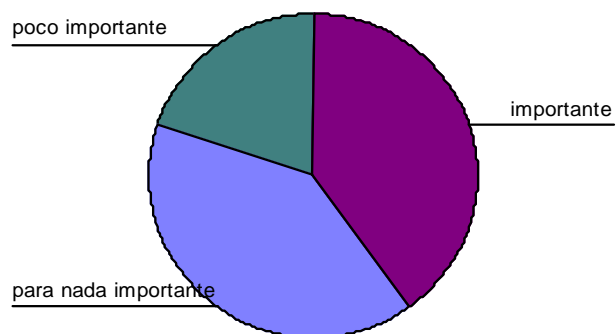
buscar apoyo en los amigos?



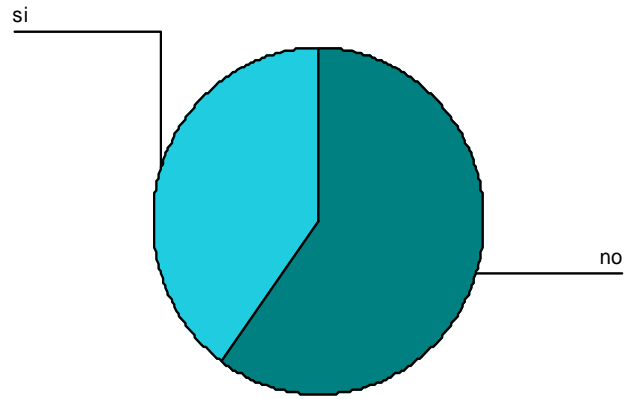
ante una situación problemática

¿cuán importante considera

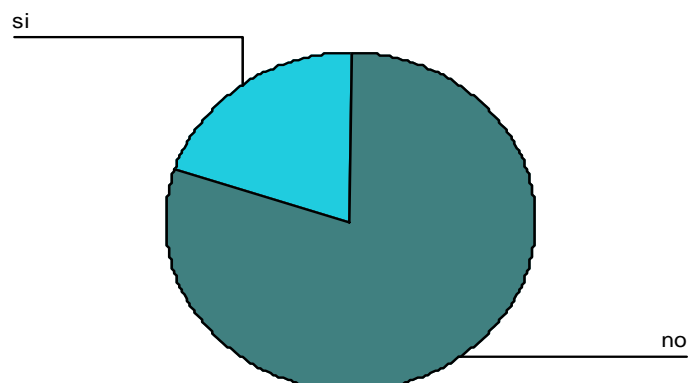
buscar apoyo en los vecinos?



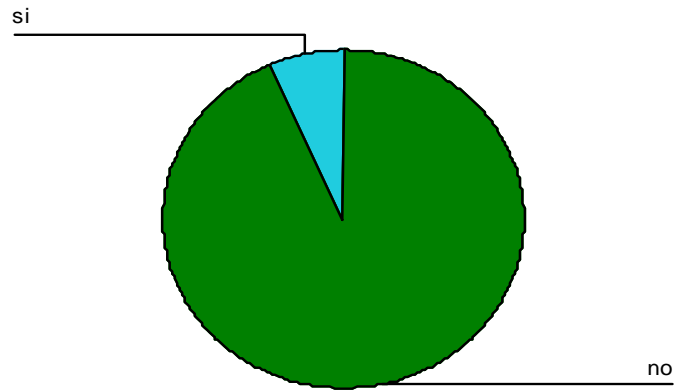
¿supervisa al paciente controlándole  
u observándole en todas  
las actividades que este realiza?



cuando surgen diferencias y discu  
siones entre los miembros de la familia  
suelen hacer partícipe al paciente?



plantearle al paciente de manera  
insistente sus posibilidades a futuro  
¿es fructífero para el mismo?



Estudio N° 3 Presentación de resultados de la entrevista semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo:

A continuación se detallan los resultados obtenidos a partir de la administración de la entrevista semiestructurada a los 15 familiares cuidadores. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cual se calculan las frecuencias absolutas.

-Datos generales del familiar cuidador:

- La edad promedio de los familiares cuidadores es de 57 años.
- El sexo de los familiares cuidadores es en su mayoría masculino (8 varones sobre 7 mujeres).
- En relación al parentesco son 7 madres, 7 padres y 1 hermano.
- En relación a los estudios cursados del familiar cuidador: primario (1 familiar), secundario (5 familiares) y universitario (9 familiares).
- En cuanto a si realiza alguna actividad laboral: responden que si 12 familiares, siendo 3 familiares los que no.
- La totalidad de los familiares (15) conviven con el paciente.
- En cuanto a si es el único responsable del cuidado del paciente los 15 familiares responden que no.
- En cuanto a si su responsabilidad es como madre o padre: 9 familiares cuidadores son madres y 6 familiares cuidadores son padres.
- En tanto otros responsables son 4 familiares hermanas, 2 familiares hermanos y se obtuvieron 9 respuestas que no hacen mención a dicho parentesco con el paciente esquizofrénico.
- En relación al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo como familiar cuidador: 4 familiares cuidadores responden de 0 a 1 año, 4 familiares cuidadores responden de 1 a 3 años y 7 familiares cuidadores responden de 3 años en adelante.
- En cuanto a si existe otro familiar que reciba psicoeducación responden que si 10 familiares y que no 5 familiares.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- En relación al parentesco del familiar cuidador que recibe psicoeducación son: 4 familiares madres, 5 padres y se obtuvieron 6 respuestas que no hacen mención a dicho parentesco con el paciente esquizofrénico.
- En cuanto a otros participantes que reciben psicoeducación el parentesco es: 2 familiares hermanas, 3 familiares hermanos y se obtuvieron 10 respuestas que no hacen mención a dicho parentesco con el paciente esquizofrénico.
- La totalidad de los familiares cuidadores (15) aprueban el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo.
- En cuanto a si los familiares cuidadores observan alguna limitación en el paciente esquizofrénico responden que si 13 familiares y que no 2 familiares.
- En cuanto a las limitaciones del paciente esquizofrénico en el ámbito laboral responden a dicha limitación 14 familiares y 1 familiar no encuentra limitación en dicho ámbito.
- En cuanto a las limitaciones del paciente esquizofrénico en el ámbito académico responden a dicha limitación 14 familiares y 1 familiar no encuentra limitación en el ámbito académico.
- En cuanto a las limitaciones del paciente esquizofrénico en el ámbito social responden a dicha limitación 13 familiares y 2 familiares no encuentran limitación en el ámbito social.
- En relación a como considera la medicación en el paciente: la totalidad de los familiares cuidadores (15) responden que es importante.
- En relación a como considera la psicoterapia para el paciente: la totalidad de los familiares cuidadores (15) responden que es importante.
- En relación a como considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente responden: que es para nada importante 10 familiares, 4 familiares importante y 1 familiar poco importante.
- Si las expectativas después del diagnóstico han sufrido alguna modificación responden que: si 8 familiares y que no 7 familiares.
- Las actividades laborales que se pueden modificar a partir de la enfermedad responden a dicha modificación: 12 familiares siendo 3 familiares los que no encuentran alguna limitación en lo laboral.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- Las actividades académicas que se pueden modificar a partir de la enfermedad responden a dicha modificación: la totalidad de los familiares (15).
- Las actividades sociales que se pueden modificar a partir de la enfermedad responden a dicha modificación: 13 familiares siendo 2 familiares los que no encuentran alguna limitación en lo social.
- Otras actividades que se pueden modificar a partir de la enfermedad responden: a la motricidad 1 familiar, siendo 14 familiares los que no encuentran otra actividad que se pueda modificar.
- Si se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis responden que: si 14 familiares cuidadores y que no 1 familiar.
- Si al encargarle una tarea al paciente el mismo no la cumple cuán importante considera comprenderlo y explicársela nuevamente responden que es importante para la totalidad de los familiares (15).
- Si diariamente comparte tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas responden que si 13 familiares y que no 2 familiares.
- Si diariamente comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades responden que: si 13 familiares y que no 2 familiares.
- Cuando se presenta una situación problemática en el paciente cuán importante considera buscar apoyo en la familia responden: 14 familiares que es importante y 1 familiar poco importante.
- Cuando se presenta una situación problemática en el paciente cuán importante considera buscar apoyo en los amigos responden: 7 familiares que es importante, 6 familiares que es poco importante y 2 familiares para nada importante.
- Cuando se presenta una situación problemática en el paciente cuán importante considera buscar apoyo en los vecinos responden: 6 familiares que es importante, 3 familiares que es poco importante y 6 familiares para nada importante.
- Si supervisa al paciente controlándole o observándole en todas las actividades que este realiza responden que no 9 familiares y que si 6 familiares.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

- Cuando surgen diferencias y discusiones entre los miembros de la familia si suelen hacer participe al paciente de las mismas responden que no 12 familiares y que si 3 familiares.
- Si plantearle al paciente de manera insistente sus posibilidades a futuro es fructífero para el mismo responden que no 14 familiares y que si 1 familiar.



*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Estudio N° 4 Presentación de resultados del coeficiente de correlación de Spearman en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico:

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones			
			Tiempo
Rho de Spearman	Escala GEOPTE	Coeficiente de correlación	,204
		Sig. (bilateral)	,467
		N	15
	Fecha	Coeficiente de correlación	,208
		Sig. (bilateral)	,457
		N	15
	1- tiene dificultad para prestar atención	Coeficiente de correlación	,316
		Sig. (bilateral)	,251
		N	15
	2-tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas	Coeficiente de correlación	,426
		Sig. (bilateral)	,113
		N	15
	3- le cuesta aprender cosas nuevas	Coeficiente de correlación	,582(*)
		Sig. (bilateral)	,023

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

	N	15
4-se le olvidan encargos, tareas o recados	Coeficiente de correlación	,102
	Sig. (bilateral)	,717
	N	15
5- cuando tiene que hablar con alguien le faltan las palabras	Coeficiente de correlación	,292
	Sig. (bilateral)	,291
	N	15
6- le cuesta entender de que va una película	Coeficiente de correlación	-,005
	Sig. (bilateral)	,985
	N	15
7- le cuesta encontrar sentido a una conversación	Coeficiente de correlación	,070
	Sig. (bilateral)	,804
	N	15
8- tiene dificultades para reconocer las emociones de otros	Coeficiente de correlación	-,285
	Sig. (bilateral)	,303
	N	15
9- cuando esta en un grupo le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás	Coeficiente de correlación	-,174
	Sig. (bilateral)	,535
	N	15
10-se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros	Coeficiente de correlación	-,202
	Sig. (bilateral)	,471

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

	N	15
11- si esta solo en casa y surge algún problema le resulta difícil buscar una solución	Coeficiente de correlación	,150
	Sig. (bilateral)	,594
	N	15
12- le cuesta mantener la higiene personal	Coeficiente de correlación	,023
	Sig. (bilateral)	,935
	N	15
13- le cuesta hacer planes para el fin de semana	Coeficiente de correlación	,125
	Sig. (bilateral)	,656
	N	15
14- tiene dificultad para hacer amistades	Coeficiente de correlación	,126
	Sig. (bilateral)	,656
	N	15
15- esta insatisfecho con su vida sexual	Coeficiente de correlación	-,456
	Sig. (bilateral)	,087
	N	15
Puntaje	Coeficiente de correlación	,046
	Sig. (bilateral)	,870
	N	15
Tiempo	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	,

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

		N	15
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).			

Estudio N° 4 Presentación de resultados en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico:

Dado que en nuestra investigación se utiliza una escala de tipo ordinal, se eligió el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar cambios en la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

Según Spearman los valores próximos a 1 indican una correlación fuerte y positiva, los valores próximos a -1 indican una correlación fuerte y negativa y valores próximos a 0 indican que no existe correlación lineal.

En cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico se observó a través del coeficiente de correlación de Spearman que de los 15 ítems que conforman la escala GEOPTe, 14 de ellos no presentan correlación estadísticamente significativa: los ítems son el n° 1 (¿tiene dificultad para prestar atención?) n°2 (¿tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?) n°4 (¿se le olvidan encargos, tareas o recados?) n°5 (cuando tiene que hablar con alguien ¿le faltan las palabras?) n°6 (¿le cuesta entender de que va una película?) n° 7 (¿le cuesta encontrar el sentido de una conversación?) n° 8 (¿tiene dificultad para reconocer las emociones de otros) n° 9 (cuando está en un grupo ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?) n°10 (¿se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?) n°11 (si esta solo en casa y surge algún problema ¿le resulta difícil buscar una solución?) n°12 (¿le cuesta mantener la higiene personal?) n°13 (¿le cuesta hacer planes para el fin de semana?) n°14 (¿tiene dificultad para hacer amistades?) n°15 (¿está insatisfecho con su vida sexual?).

Más allá de la ausencia de correlación en la mayoría de los ítems, la única correlación estadísticamente significativa se encuentra en el ítem n° 3 (¿le cuesta aprender cosas nuevas?), la misma corresponde a un valor de

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

,582\* considerándose a ésta dentro de lo planteado por Spearman como una correlación moderada.

Estudio N°1 Análisis y discusión de resultados de la escala GEOPTE:

En relación a lo obtenido por el cálculo de la media geométrica se observa que 7 de 15 resultados pertenecientes a pacientes con su correspondiente informante se acercan según lo estipulado por la escala GEOPTE al peor estado de cognición social posible, en donde los mismos están más próximos a la puntuación de 75; siendo 8 de 15 resultados los que según lo estipulado por la escala GEOPTE se acercan al mejor estado de cognición social, en donde los mismos están más próximos a la puntuación de 15.

¿Qué nos dicen estos resultados? El hecho de que exista en casi la mitad de los casos una percepción que se acerca al peor estado de cognición social posible, nos hace pensar en la conciencia de enfermedad y en el reconocimiento que existe en cuanto a los déficit cognitivos básicos y sociales por parte del familiar cuidador y del paciente esquizofrénico.

Inferimos que dichos resultados son producto de la información impartida por el modelo de abordaje psicoeducativo, la cual les permite a los familiares adquirir conocimiento acerca de las funciones cognitivas básicas (la atención, la fluidez verbal, la memoria de trabajo, la función motora, la capacidad de abstracción y las funciones ejecutivas), y de las funciones cognitivas sociales (la percepción emocional, la resolución de conflictos, la ejecución de las soluciones).

Inferimos, por lo tanto, que este conocimiento les va a permitir a los familiares cuidadores reconocer e identificar los déficit en estas funciones como producto de la enfermedad.

Además consideramos la gran importancia que tiene el contacto cotidiano del familiar cuidador con el paciente esquizofrénico, como medio crucial para obtener una real visión del funcionamiento comportamental del paciente afectado.

Con respecto a aquellos resultados correspondientes al familiar cuidador y paciente esquizofrénico, que por su puntaje se acercan al mejor estado de cognición social, inferimos que al no haber un reconocimiento e identificación de los déficit en las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales no se reconoce la presencia de la enfermedad.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Pensamos que cada persona tiene un tiempo de evolución particular por lo tanto, habrá familiares cuidadores que requieran de un mayor tiempo para generar dicha conciencia

Los análisis e inferencias realizadas en dicha descripción están supeditadas a la pequeñez de la muestra y con la futura posibilidad de realizar posteriores estudios que permitan enriquecer, avalar o desacreditar lo investigado.



Estudio N° 2 Análisis y discusión de resultados de la entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico:

A partir de la aplicación de la entrevista semiestructurada al familiar cuidador se analizan los datos acerca de los antecedentes vitales, sociales, de enfermedad y tóxicos del paciente esquizofrénico.

En cuanto a los antecedentes vitales se obtiene que la edad promedio de los pacientes es de 19 años siendo en su mayoría de sexo femenino.

En cuanto a si existen complicaciones durante el embarazo y/o parto las investigaciones muestran que cuando se estudian factores comunes de los pacientes con esquizofrenia se demuestra que muchos comparten haber padecido problemas durante su desarrollo dentro del útero materno o en el momento del parto. A partir de los resultados obtenidos en esta investigación observamos que la mayoría de los pacientes no ha sufrido complicación alguna, pensamos que esto puede estar asociado a los pocos casos que contiene la muestra estudiada.

En la mayoría de los pacientes existen antecedentes psiquiátricos por vía materna. Esto coincide con lo que plantean los estudios relacionados a la predisposición genética en donde la probabilidad de que se presente un caso de esquizofrenia en una familia es mayor si otro familiar esta ya diagnosticado de esquizofrenia.

En cuanto a los antecedentes de enfermedad podemos observar como la edad promedio del diagnóstico de estos pacientes se da en el período de la adolescencia.

En relación a las internaciones psiquiátricas la mayoría de los pacientes ha pasado por dicha instancia, es a partir de esto que suponemos que a mayor cantidad de crisis o episodios psicóticos mayor es el deterioro psiconeurocognitivo y una más lenta recuperación funcional en dichos pacientes.

El hecho de que los pacientes tengan conciencia de su enfermedad, nos hace pensar en una adherencia al tratamiento, en tanto que todos reciben asistencia psicológica, cumplen con la medicación prescrita y además tienen conciencia del beneficio de la misma. Pensamos que esta adherencia juega un

papel fundamental en el proceso de rehabilitación para lograr la recuperación de su funcionalidad.

En referencia a las relaciones sociales se observa que las mismas se consideran en su conjunto como buenas. Desde nuestra experiencia se observa que estas relaciones no se extienden fuera del núcleo familiar o de la propia institución, esto nos lleva a inferir en lo dificultoso que resulta establecer relaciones sociales fuera de estos ámbitos.

En referencia al ámbito académico se observa que el abandono del estudio en el total de los pacientes nos hace pensar en una serie de factores implicados en el mismo: el déficit cognitivo, producto de la propia enfermedad, involucra a la pérdida de atención, la fluidez verbal, memoria, etc. siendo estos junto al distress que les provoca la situación de estudio los responsables de dicho abandono.

En cuanto a lo relacionado con el ámbito laboral, al encontrar que la mayoría de los pacientes nunca trabajaron, inferimos que esta situación se encuentra emparentada con el temprano inicio de la enfermedad (adolescencia) impidiendo así la inserción a dicho ámbito.

En relación al consumo de tóxicos la mayoría de los pacientes no son consumidores, suponiendo que esto es un factor beneficioso puesto que el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, etc producirían una alteración anulando los efectos de la medicación o exacerbando la sintomatología de la enfermedad.

Los análisis e inferencias realizadas en dicha descripción está supeditada a la pequeñez de la muestra y con la futura posibilidad de realizar posteriores estudios que permitan enriquecer, avalar o desacreditar lo investigado.

Estudio N° 3 Análisis y discusión de resultados de la entrevista semiestructurada acerca del conocimiento y la utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo:

A partir de la aplicación de la entrevista semiestructurada de psicoeducación acerca del conocimiento y utilización de información en el familiar cuidador obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo, los datos resultantes nos informan acerca de que la edad del familiar cuidador ronda entre los cincuenta y sesenta años aproximadamente.

En cuanto al parentesco del familiar cuidador con el paciente esquizofrénico vemos que existen por igual tanto madres como padres sin embargo en su mayoría son las madres las encargadas del cuidado de los pacientes apoyadas por la participación de los padres y hermanos/as.

En cuanto a los estudios cursados por los familiares, en su mayoría universitarios, inferimos una cierta preparación y formación por parte de los mismos; encontrando que la mayor parte de ellos desempeñan una actividad laboral.

A su vez el hecho de que todos los familiares convivan con el paciente esquizofrénico nos habla de que las respuestas han sido brindadas por personas que tienen un contacto cotidiano y muy cercano con el mismo, infiriendo un mayor conocimiento de las conductas, comportamientos y desenvolvimiento del paciente en su vida diaria.

Teniendo en cuenta el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo de los familiares cuidadores casi la mitad de los mismos (7) asisten a dicho modelo hace más de tres años, infiriendo que estos tienen una percepción más real con respecto a las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales del paciente esquizofrénico. Siendo posiblemente estos familiares los más realistas en cuanto a las disfunciones como producto de la enfermedad en los pacientes.

Con respecto a los familiares que asisten al modelo de abordaje psicoeducativo de 1 a 3 años inferimos que tienen una percepción más real de

las disfunciones del paciente esquizofrénico en comparación con aquellos que asisten al modelo con un tiempo de participación de 0 a 1 año.

Inferimos que estos dos últimos grupos (de 0 a 1 año y de 1 a 3 años) requieren de un mayor tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo para lograr una percepción cercana a lo real con respecto a las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales del paciente esquizofrénico y las disfunciones en las mismas como producto de la enfermedad.

Aquellos familiares que reciben psicoeducación son mayoritariamente madres y padres, siendo los hermanos/as los que menos asisten al modelo de abordaje psicoeducativo. Inferimos que esto se debe a que los padres son los primeros en buscar ayuda en el modelo, siendo en menor medida los hermanos los que posteriormente logran asistir.

El hecho de que todos los familiares aprueban el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo, inferimos que existe la conciencia de los mismos ante la presente realidad llevando esto a un compromiso, contención y seguimiento para el proceso de recuperación del familiar enfermo.

Todos los familiares cuidadores evidencian las limitaciones y consecuencias producto de la enfermedad, afirmando la real existencia de las limitaciones de los pacientes en los ámbitos laboral, académico y social.

El entendimiento de la patología y la evidente pérdida de funcionalidad colabora a que el familiar cuidador, en este largo proceso de recuperación, signifique la importancia de la medicación y de la psicoterapia en el paciente esquizofrénico.

El hecho de que la mayoría de los familiares encuentran poco importante su responsabilidad en la aparición de la enfermedad en el paciente, pensamos que esto demuestra que los mismos comprenden que la etiología de la esquizofrenia esta dada por una vulnerabilidad genética, un desequilibrio bioquímico y la tensión o estrés.

En cuanto a la modificación de expectativas por parte de los familiares cuidadores a partir del diagnóstico del paciente esquizofrénico, las respuestas han sido bastantes igualadas entre aquellos que consideran que sus expectativas no se han modificado con aquellos que si consideran que sus expectativas se han modificado. Sin embargo las respuestas ante las

actividades laborales, académicas y sociales en su mayoría se han modificado.

La generalidad de los familiares se encuentra capacitada para reconocer anticipadamente una crisis, esto nos hace pensar que el conocer los síntomas premonitores ayudan a que los mismos sean capaces de anticiparse, para así evitar una crisis o que la misma sea menos insidiosa.

El hecho de que todos los familiares consideren como importante el tener que comprender y explicarle al paciente una tarea de manera reiterada, pensamos que es debido a la capacidad de asimilación y comprensión de los mismos acerca de las consecuencias deteriorantes de la enfermedad, volviéndolos así adaptativos, empáticos y no confrontativos a la presente situación.

La mayoría de los familiares denotan la importancia en compartir tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas y de sus necesidades. A partir de esto inferimos en la capacidad del familiar para comprender al paciente, abogando así a la contención y al mantenimiento del vínculo.

El hecho de que el total de los familiares consideran más importante buscar apoyo en la familia que acudir a los amigos o vecinos ante una situación problemática con el paciente, nos hace pensar que esto se debe a que dentro del núcleo familiar encuentran mayor seguridad y contención procurando evitar el proceso de estigmatización que trae aparejada la esquizofrenia.

En cuanto a si supervisa al paciente controlándole u observándole en todas las actividades que este realiza se encuentran dos grupos: aquellos que si lo hacen contra aquellos que no lo hacen. Pensamos que el primer grupo está compuesto por familiares sobreinvolucrados, simbióticos y sobreprotectores, quedando así el segundo grupo como aquellos familiares que saben y pueden respetar los espacios y los tiempos del paciente.

El hecho de que la mayoría de los familiares no hagan al paciente partícipe de las diferencias y discusiones que se presentan dentro del seno familiar nos hace pensar en la búsqueda de prevención por parte de estos ante situaciones que resultan distresantes para el paciente.

### *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

En cuanto a la no insistencia en el planteamiento al paciente acerca de sus posibilidades a futuro, la mayoría de los familiares no considera fructífero plantearle al paciente de manera insistente dichas posibilidades. Esto nos lleva a inferir que los mismos son conscientes de las propias limitaciones producto de la enfermedad entendiendo que es beneficioso para el paciente el respetar sus tiempos y acompañarlo progresivamente en su evolución.

Los análisis e inferencias realizadas en dicha descripción están supeditadas a la pequeñez de la muestra y con la futura posibilidad de realizar posteriores estudios que permitan enriquecer, avalar o desacreditar lo investigado.

Estudio N° 4 *Análisis y discusión de resultados en cuanto al tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico:*

La presentación de los resultados a partir de la aplicación del coeficiente de Spearman nos advierte que no existe correlación en 14 ítems, por lo cual nos preguntamos: ¿porqué dicho resultado? ¿será debido a la pequeñez de la muestra empleada? ¿porqué los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala GEOPTE dan una percepción que se acerca al peor estado de cognición posible, sin tener esto una relación con el tiempo de participación del familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo? ¿será que el modelo de abordaje psicoeducativo está informando sin emplear un entrenamiento para enfrentar y resolver los problemas producto de la patología en cuestión?

Estas preguntas y otras que puedan surgir de dicha investigación quizás podrán ser aclaradas a partir de una revisión del modelo de abordaje psicoeducativo a través de posteriores estudios con la posibilidad de contar con una muestra más amplia.

A partir de la correlación encontrada entre el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de la dificultad del paciente esquizofrénico en aprender cosas nuevas, pensamos que existe dicha correlación por ser ésta disfunción posiblemente una de las que mayores dudas e incertidumbres genera en los familiares, infiriendo así que es en ésta dificultad sobre la que más se está informando.

Desde nuestra experiencia observamos que todos los familiares llegan en un principio muy abrumados por ver que el afectado ha abandonado sus estudios, su trabajo. Les cuesta comprender como de un día para el otro los pacientes considerados anteriormente como personas inteligentes, aplicadas y responsables se encuentran hoy sin interés de estudiar, trabajar, aislados y ávidos de motivación por retomar lo que anteriormente hacían sin problema alguno.

Consideramos que a través del proceso de información y educación transmitido desde el modelo de abordaje psicoeducativo los familiares

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

comprenden y aceptan la dificultad del paciente en aprender cosas nuevas como una consecuencia del deterioro cognitivo y de los síntomas negativos productos de la enfermedad.

Sin embargo para ratificar dicho análisis será necesario seguir estudiando haciendo una minuciosa profundización acerca de este tema, puesto que la pequeñez de la muestra utilizada sólo ha permitido una observación descriptiva del mismo. Las hipótesis que puedan surgir de esta investigación podrán abrir nuevos caminos hacia posteriores estudios.



Inferencias en cuanto a la importancia que tiene la psicoeducación familiar en la percepción de las funciones cognitivas básicas y sociales del paciente esquizofrénico:

A continuación a partir de nuestro paso por la Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia (ACAPEF), la observación clínica y lo aportado por las entrevistas semiestructuradas, comenzamos a plasmar la importancia que tiene para nosotras la psicoeducación familiar en la percepción de las funciones cognitivas básicas y sociales del paciente esquizofrénico.

En cuanto al ítem nº 1 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *La capacidad de los familiares en reconocer la dificultad que tienen los pacientes para prestar atención.*

El proceso psicoeducativo a través de la información que brinda apunta a que la familia aprenda, entienda y conozca las consecuencias de la enfermedad.

Pensamos que el familiar cuidador al tener conocimiento de esta patología va a poder reconocer las limitaciones producto de la enfermedad que en un primer momento llegaba a adjudicar a diversos factores tales como la edad, el inicio de la pubertad, etc.

El déficit en la atención trae aparejado el abandono del estudio, la imposibilidad de mantener un trabajo estable y la capacidad para retomar las actividades perdidas.

El proceso psicoeducativo explica a los familiares que todo esto es un resultado entre tantas otras cosas del deterioro cognitivo que va sufriendo el paciente.

La atención es una de las funciones cognitivas más comprometidas y afectadas por la enfermedad. En las reuniones psicoeducativas los familiares cuidadores relatan como a los pacientes les cuesta seguir, mantener o cambiar el foco de atención según sean las circunstancias sociales u emocionales que se le planteen.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Un concepto muy común que tienen los familiares que recién comienzan el proceso de psicoeducación es el pensar lo inteligentes que son los pacientes afectados; sin embargo nosotras vemos como todos los pacientes abandonan sus estudios, sus trabajos y la dificultad que tienen en recuperarlos.

Más allá de esta real y manifiesta imposibilidad atencional en los pacientes, nosotras inferimos a sabiendas de lo complejo y multisintomático de la enfermedad, la posible existencia de otros factores que también pueden estar influyendo en la atención: los síntomas cognitivos como la memoria y el aprendizaje; los síntomas positivos como los delirios y las alucinaciones modificando e influyendo el pensamiento, la concentración y percepción del paciente.

Asiduamente escuchamos a los familiares como en los pacientes existe muchas veces la intención de mantenerse atentos, concentrados o de realizar alguna tarea, sin embargo su estado les impide realizarlas. Pensamos que el estado a que los familiares se refieren podrían comprenderse como síntomas negativos, específicamente los de abulia y apatía.

Las reuniones psicoeducativas colaboran a que los familiares sitúen al paciente en un entorno tranquilo, sin presiones e imposiciones y sobre todo con una emoción expresada baja. Estos aprenden a identificar, reforzar las conductas y respuestas positivas, a dejar de lado todas las expectativas en cuanto al futuro del paciente que aunque no se comuniquen verbalmente siempre se trasladan a la espalda de los pacientes.

Pensamos que lo importante es no llenarse de culpas inconducentes sino planificar junto con el equipo terapéutico el mejor camino a seguir para la recuperación del enfermo y de la propia familia, que requiere de ahora en más readaptarse a un nuevo estilo de vida.

En cuanto al ítem nº 2 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *La capacidad de los familiares en reconocer la dificultad que tienen los pacientes para seguir una conversación en la que participan varias personas.*

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Los familiares, en un principio, atribuyen esta dificultad como una característica que los pacientes siempre han tenido, es decir, el ser distraídos, desinteresados.

A través de la explicación impartida por la psicoeducación la familia comprende que esta incapacidad para seguir una conversación es debido a una conjunción de déficits en la atención, la memoria, el lenguaje, la capacidad de abstracción y funciones ejecutivas. Es así que los familiares reconocen que estas disfunciones son consecuencia del deterioro en las funciones cognitivas básicas.

Otros síntomas involucrados en la dificultad que tienen los pacientes para seguir una conversación en la que participan varias personas y sobre los que se hace hincapié en el modelo de abordaje psicoeducativo son la desorganización en el pensamiento y en la conducta, los cuales se denotan en la forma de hablar poco comprensible, la repetición de conceptos, ideas o la incapacidad de poder sintetizarlas.

También se da importancia a la presencia de los síntomas positivos en esta dificultad, los cuales distorsionan al pensamiento y a las sensaciones desviando conductualmente al paciente y alterando todo contacto con la realidad.

A su vez los síntomas negativos como la alogia van a restringir la calidad del habla, en donde los diálogos se vuelven pobres, abstractos y reiterativos. La apatía además de la abulia también interfieren en el paciente y aún cuando exista el interés de compartir ideas, no puede hacerlo.

A partir de lo anteriormente mencionado inferimos que los familiares comienzan a considerar que cada paciente se caracteriza por tener un ritmo de evolución propio y es menester el saber cuando es el momento indicado para señalarles el tener que integrarse, siendo aconsejable que exista un ambiente con una emoción expresada baja, cálido y armonioso.

En cuanto al ítem nº 3 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *La capacidad de los familiares en reconocer la dificultad que tienen los pacientes para aprender cosas nuevas.*

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

En el relato de los padres se expresa la queja constante acerca de lo tedioso que resulta para ellos el tener que explicar reiteradamente a los pacientes toda actividad que se le asigne.

La enfermedad genera un cambio radical en toda la familia implicando tener que readaptarse a nuevas situaciones de vida. Todo lo que anteriormente estaba instaurado requiere ahora de un nuevo proceso de enseñanza-aprendizaje.

Uno de los objetivos de la psicoeducación es enseñar a los familiares lo dificultoso que es para los pacientes seguir con un trabajo o con alguna actividad académica, llevándolos a comprender que lo que se realizaba previo a la patología ahora se hace difícil de retomar o poder darle continuidad. Es así que los padres aprenden a no presionarlos en cuanto a sus posibilidades a futuro.

La psicoeducación se encarga de desmistificar conceptos erróneos tales como “es vago”, “no quiere estudiar”, “esta en la edad del pavo”, “siempre fue así”, “siempre le costo”, etc; explicando que la dificultad en aprender cosas nuevas está relacionada con un déficit en la atención y en la memoria.

Los síntomas negativos hacen que el paciente se encuentre apático, abúlico, afectivamente aplanado o alógico, haciéndosele difícil intentar concentrarse en algo para aprenderlo.

Los síntomas positivos, las alucinaciones o delirios, modifican la capacidad de aprender, ya que estos invaden y colapsan todo pensamiento y atención de los pacientes. Una vez más, el estar desorganizados imposibilita todo manejo correcto de información.

Inferimos a través de lo planteado que los familiares deberán adquirir para con los pacientes tolerancia, teniendo que ser reiterativos, reforzando siempre lo positivo con afecto y por sobre todas las cosas procurando que exista un ambiente de emoción expresada baja.

Muchas veces los familiares al ver evoluciones en los pacientes inmediatamente ponen sus deseos, expectativas y exigencias de que vuelvan al trabajo o al estudio; si estos no están preparados, en vez de ayudarlos tienden a distresarlos, a desorganizarlos y frustrarlos aún más.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Pensamos que a través de la psicoeducación los familiares van a poder superar y manejar estas dificultades. Entienden que todas estas disfunciones pueden irse recuperando poco a poco a través de un largo proceso de rehabilitación y un compromiso con las indicaciones terapéuticas pactadas.

En cuanto al ítem nº 4 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Se le olvidan encargos, tareas o recados.*

El déficit en la atención y en la memoria son los responsables directos de muchas fallas presentes en la esquizofrenia, en éste caso se observa claramente como los mismos repercuten en la funcionalidad del paciente debiendo ser los familiares cuidadores reiterativos al indicarles diversos encargos, tareas o recados. .

La psicoeducación transmite la importancia en desarrollar tolerancia, paciencia y la necesaria perseveración ante cualquier indicación para con el paciente. Todas las peticiones que se realicen siempre deben ser impartidas y repetidas con afecto, siendo claros, concisos y breves ya que parte de la recuperación de los pacientes está supeditada a la participación y apoyo familiar.

Es así que pensamos que la familia va a entender que cuando el paciente no cumple con la tarea prescripta es necesario comprenderlo y explicársela nuevamente.

En cuanto al ítem nº 5 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Cuando tiene que hablar con alguien le faltan las palabras*

El hecho de compartir tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades y de lo cotidiano lleva al familiar cuidador a corroborar que el diálogo que mantiene el paciente es pobre, poco profundo, siendo incapaz de realizar asociaciones correctas de conceptos o de discriminar las ideas relevantes, extendiéndose esto a todos los demás ámbitos de su vida.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

La psicoeducación explica que esta disminución del habla es producto de una disfunción en la capacidad de abstracción y ejecución, de la fluidez verbal, como también la presencia de síntomas desorganizativos existentes en el pensamiento los cuales llevan a un habla poco comprensible, reiterativa y hasta ilógica.

También los síntomas negativos como la alogia hacen al empobrecimiento del pensamiento, en donde el habla se vuelve poco espontánea, abstracta y concreta.

Más allá de lo dificultosa que resulta esta situación para las familias pensamos que existen otras formas para interrelacionarse. En donde es posible comunicarse permaneciendo juntos sin necesidad de grandes intercambios verbales, sintiéndose bien mientras se ve la tv o se da un paseo.

En cuanto al ítem nº 6 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Le cuesta entender de que va una película*

En la reuniones psicoeducativas los familiares plantean que a partir de la enfermedad los pacientes pierden el interés en actividades recreativas como ir al cine, sentarse a ver una película o ver televisión. Expresan como las actividades que antes eran complacientes para los pacientes, ahora los estresan volviéndose reticentes a las mismas.

Además de entenderse todo esto como el propio negativismo producto de la enfermedad, se les explica también a los padres que el hecho de que al paciente le cueste entender de que va una película tiene que ver con una dificultad en la atención, en la memoria, en la capacidad de asociación, comprensión y la imposibilidad de deducir lo relevante.

La psicoeducación les enseña a los familiares a reconocer que es lo que le está sucediendo al paciente y si el paciente se niega a realizar alguna actividad como ver una película, pensamos a partir de esto que los mismos serán capaces de respetar el tiempo necesario hasta que éste se encuentre capacitado para realizar dicha actividad. Pero si además lo que le está pasando es la ausencia de interés o la falta de deseo, se debe procurar

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

estimularlo afectivamente para que logre ir haciendo de a poco cosas que realizaba previo a la enfermedad.

Pensamos que la familia suele ser un ambiente de estrés para el paciente, en lo que desde el modelo de abordaje psicoeducativo se aconseja la intervención de un tercero, en este caso un acompañante terapéutico (AT) para guiar, organizar, acompañar en actividades y servir como puente de comunicación entre el paciente y la familia.

En cuanto al ítem nº 7 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Les cuesta encontrar el sentido de una conversación*

La psicoeducación transmite a los familiares que el hecho de que al paciente le cueste encontrar el sentido de una conversación esta relacionada con lo que anteriormente se viene mencionando como producto de una disfunción en la atención, memoria, asociación, interpretación en los pacientes; por lo que una vez mas los padres requerirán adaptarse a esta nueva situación.

Es importante considerar que muchas veces los pacientes tienen deseo de conversar pero el resultarles difícil el entender de lo que se esta hablando los lleva a no participar, manteniéndose así al margen de las conversaciones.

La psicoeducación aconseja evitar temas de conversación que les demande a los pacientes una permanente concentración, puesto que no solo se cansan y se estresan fácilmente sino que además se les dificulta a veces seguir un línea lógica y coherente en los diálogos.

A partir de los mencionado, pensamos que la información brindada colabora a bajar los niveles de ansiedad ante esta situación, posibilitando una mejor calidad de vida familiar y no trasladando frustraciones y enojos a los propios pacientes afectados.

En cuanto al ítem nº 8 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Tiene dificultad para reconocer las emociones de otros ( por ejemplo: tristeza, alegría, o rabia).*

El hecho de existir errores en la interpretación del significado de los gestos o las palabras de los otros tiene que ver con una dificultad en la percepción emocional que tienen los pacientes con esquizofrenia.

Asiduamente escuchamos a los familiares señalar lo difícil que se les hace el readaptarse a esta nueva persona con la que anteriormente compartían sus emociones y se sentían comprendidos.

Si bien los pacientes ya no son los mismos de antes no significa que la familia no comparta acontecimientos, al contrario es ahora más que nunca que se requiere de un trabajo en conjunto para resignificar lo positivo de la relación.

La psicoeducación les enseña a no sentirse frustrados, todas las sensaciones de ambivalencia, de pérdida, culpa y negación son normales en las familias, sin embargo pensamos que estas tienen que irse superando para no hacer de las mismas una traba para la rehabilitación.

En cuanto al ítem nº 9 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Cuando está en un grupo le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás.*

La dificultad que tienen los pacientes en interpretar las actitudes, miradas o gestos de los demás también se relaciona con un déficit en la percepción emocional, en donde fundamentalmente existe la incapacidad de transformar todo lo que ven y oyen en intenciones, conocimientos y creencias de manera coherente a la situación en la cual se encuentran.

Además de esta disfunción básica en la percepción, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden interferir haciendo causa común o hasta a veces siendo la causa originaria en las fallas en la interpretación de los pacientes, llevando a los mismos a vivir estas situaciones de manera autorreferencial.

Inferimos que los familiares cuidadores al poder identificar estos diferentes síntomas reconoceran que estas inadecuadas respuestas y



reacciones de los pacientes para con ellos y para con los demás les producen mucho estrés haciéndolos sufrir sobremanera.

Pensamos así que la familia aprende que dicha sintomatología es parte de la enfermedad y que para poder llevar a cabo un adecuado proceso de rehabilitación es necesario ayudar al enfermo con afecto y sin confrontes a bajar las ideas a la realidad.

En cuanto al ítem nº 10 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Se siente muy sensible a las miradas, palabras o los gestos de los otros.*

Todos los pacientes se caracterizan por tener una sensibilidad especial debido a su vulnerabilidad básica. Situaciones que al parecer no serían difíciles de afrontar a ellos los estresa en demasía.

Una vez más muchos son los síntomas que convergen e influyen en su sociabilización, el deterioro en la percepción del afecto o percepción social hacen que perciban, interpreten y procesen incorrectamente la expresión emocional en los demás.

El estar expuesto a situaciones puede hacer que el paciente haga de una palabra, mirada o gesto algo autorreferencial creando un mundo interno desrealizado.

El negativismo lleva al paciente a aislarse y a ensimismarse evitando así todo tipo de contacto que resulte para el distresante.

En las reuniones psicoeducativas se les enseña a los padres a tomar una actitud de empatía y de reconocimiento de la situación, explicando los sufrimientos, miedos o indignación que padece el paciente ante todo esto.

Inferimos que los familiares a partir de aquí llegan a comprenderlos a pesar de que no se comparta la misma interpretación del problema.

En cuanto al ítem nº 11 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Si esta solo en casa y surge algún problema: le resulta difícil buscar una solución.*

Una de las grandes preocupaciones y miedos de la familia es el tener que dejar a los pacientes solos en el día a día como así también en el futuro, es decir, cuando ellos ya no estén.

Según explica el modelo de abordaje psicoeducativo a todos los pacientes les resulta difícil buscar soluciones ante conflictos por encontrarse deterioradas las habilidades de procesamiento, las cuales permiten la elaboración de varias ideas y la selección de la más indicada para enfrentar los problemas, y la ejecución de soluciones las que imposibilitan la concreción del camino que los lleve a resoluciones socialmente aceptadas.

Muchas veces los familiares sienten que deben dejar toda su vida para ocuparse del paciente enfermo, abandonan sus trabajos y responsabilidades. Si bien estas actitudes pueden hacerlos sentir mejor por momentos, desde el modelo se transmite que lo ideal no es la sobreprotección y sobreinvolucración ya que no sólo caen en una simbiosis incapacitante con el familiar afectado sino que además llevan a la obstrucción del tratamiento psicoterapéutico.

Inferimos que los síntomas negativos como la apatía y la abulia; los desorganizativos que influyen en el pensamiento y en la conducta, la presencia de delirios y alucinaciones hacen aún más deteriorante y distresante la posibilidad del paciente para afrontar las dificultades cotidianas.

Pensamos que los padres deberán aprender que la mejor actitud es ser tolerante con el paciente cuando al mismo se le dificulta la resolución de algún conflicto, adoptando una aptitud de análisis e implicando siempre en la reflexión a la persona afectada.

En cuanto al ítem nº 12 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Le cuesta mantener la higiene personal*

Es común que los familiares planteen lo difícil que les resulta a los pacientes mantener el autocuidado, es decir, el tener que asearse, cortarse el cabello, elegir su ropa, etc. Esto enfada a la familia generando un ambiente de

alta expresión emocional, dando lugar a situaciones de estrés para el paciente.

A partir del malestar que todo esto produce, en las reuniones psicoeducativas se hace hincapié en que la dificultad en mantener la higiene personal está relacionada con la sintomatología negativa y con los síntomas afectivos; de ahí la explicación de la falta de voluntad e interés para el cuidado personal del paciente.

Inferimos que la mayoría de las personas afectadas pierden su autoestima, de allí la importancia de considerar esto a la hora de querer motivarlos para realizar actividades o desarrollar hábitos de autocuidado.

En dicho modelo se les explica a los familiares la importancia de señalarle al paciente mediante recordatorios verbales o escritos los cambios deseables de conducta animándolo para lograr una imagen positiva de sí mismo y reforzando siempre los progresos obtenidos.

En cuanto al ítem nº 13 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Le cuesta hacer planes para el fin de semana*

Según el modelo de abordaje psicoeducativo una de las características de esta enfermedad es la especial sensibilidad y ansiedad que experimentan las personas afectadas ante los contactos sociales. Lo que unido a la falta de habilidad para el trato social lo llevan a una vida aislada.

Cada persona afectada presentará un grado de vulnerabilidad mayor o menor al contacto social, que incluso variará según épocas.

Pensamos que una vez más esto es la sumatoria de un conjunto de déficits consecuentes de la enfermedad que hacen padecer al paciente y requieren de una ardua y difícil tarea de recuperación por parte del mismo.

Los síntomas negativos se caracterizan por ser uno de los marcadores claves de la enfermedad siendo muy deteriorantes e invalidantes para todos los pacientes. Al estar anhedónicos nada les genera placer y mucho menos les incentiva establecer relaciones. La apatía provoca una disminución o la ausencia de emociones o intereses por las cosas o por la gente. La abulia los

incapacita para iniciar o mantener actividades y aunque exista el interés en hacerlas realmente no las pueden realizar.

Dependiendo de todo esto, en el proceso psicoeducativo se le trasmite a la familia la forma de modular el grado de estimulación social, mediante mucho afecto y un ambiente cálido y armonioso.

Inferimos que los familiares comprenden la importancia de incentivar al paciente a relacionarse, no asumiendo su aislamiento sino motivándolo.

Otra de las alternativas que se le plantean a los familiares para ayudar al paciente es la implementación de un acompañante terapéutico, el cuál va a intervenir incentivando y ayudando al mismo a recuperar sus lazos sociales. Esta participación va a resultar fructífera ya que además de ayudar al paciente en los aspectos relacionales, va a permitir un corte en la simbiosis entre el afectado y los familiares que se da como producto de esta patología.

En cuanto al ítem nº 14 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Tiene dificultad para hacer amistades*

La psicoeducación enseña que las personas afectadas tienden a aislarse y a ensimismarse, pueden mostrarse indiferentes en sus relaciones sociales y afectivas. Pensamos que en muchos casos estas actitudes podemos entenderlas como una forma de autoprotección, ya que las alucinaciones o delirios pueden incrementarse cuando el sujeto vive una situación social que le produce estrés.

Nuevamente los síntomas negativos confieren la incapacidad de los pacientes en socializarse o establecer relaciones interpersonales. El deseo, el interés, se hallan sumidos por dichos síntomas haciéndoseles muy difícil el integrarse.

Inferimos que a través de la psicoeducación la familia comprende que si bien las personas afectadas suelen sentirse mas cómodas y seguras en un ambiente estable en el que puedan predecir lo que ocurrirá es importante que la misma estimule a los pacientes para ir logrando su independencia y nuevos lazos sociales.

En cuanto al ítem nº 15 el mismo se orienta a recolectar información sobre:

- *Esta insatisfecho con su vida sexual*

La sexualidad en la esquizofrenia es un tema del que poco se habla tanto por parte de los pacientes como por parte de la familia.

Al existir una disminución importante del deseo sexual, como consecuencia de la sintomatología negativa y los efectos secundarios de la medicación neuroléptica, no es un tema que despierte tanto interés ni preocupación. Pensamos que la familia no va a percibir una insatisfacción en la vida sexual de los pacientes, debido a que la apatía, abulia y anhedonia juegan un papel primordial en la falta de interés, expresión y búsqueda de placer.

En las reuniones psicoeducativas, sin desmerecer lo que significa el encuentro sexual de los pacientes, se les trasmite a la familia que el objetivo en el proceso de rehabilitación es buscar como primer medida una relación costo-beneficio para con el paciente, ya que es más importante lograr una reestructuración cognitiva de aquellas habilidades perdidas producto de la enfermedad (como son las funciones cognitivas básicas y las funciones cognitivas sociales), antes que cualquier otra necesidad.

Pensamos en lo importante que es para el paciente recuperar su funcionalidad en todas las áreas de su vida, incluyendo la sexualidad y todo lo que respecta a aquello que le genere placer por sobre todas las cosas.

## CONCLUSIONES

A partir de considerar a la esquizofrenia como una patología del neurodesarrollo de génesis multicausal que produce en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo, nos propusimos investigar la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo.

❖ Para alcanzar el primer objetivo:

Conocer las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico a través de la percepción del familiar cuidador: se utilizó una escala de evaluación cuyo objetivo es medir la cognición social en la psicosis, la cual se denomina GEOPTE (Grupo Español para la Optimización y tratamiento de la esquizofrenia). La escala pretende relacionar los déficit cognitivos básicos (la percepción subjetiva de los mismos) con la cognición social. La misma es auto-aplicada y recoge información con idénticas preguntas de dos fuentes diferentes: la percepción subjetiva del propio paciente y la evaluación del informante (familiar cuidador).

Las respuestas proporcionadas por pacientes esquizofrénicos y familiares cuidadores se registraron en un cuaderno de recogidas de datos y fueron utilizadas para calcular la puntuación sumario para cada uno de ellos. Se obtiene así tanto para pacientes como para familiares una puntuación que tiene su mínimo en 15 y su máximo en 75. Dado el sentido de las preguntas la puntuación de 15 representa el mejor estado de cognición social posible para este instrumento, mientras que la puntuación de 75 supone el peor estado posible.

A través de lo obtenido por el cálculo de la media geométrica, la cual proporciona una medida central más próxima al mejor de los dos estados de cognición social del familiar cuidador y del paciente esquizofrénico, se observa según lo estipulado por la escala GEOPTE que 7 de 15 resultados pertenecientes a pacientes con su correspondiente informante se acercan según lo estipulado por la escala GEOPTE al peor estado de cognición social posible, en donde los mismos están más próximos a la puntuación de 75; siendo 8 de 15 resultados los que según lo estipulado por la escala se acercan

al mejor estado de cognición social, en donde los mismos están más próximos a la puntuación de 15.

El hecho de que exista en casi la mitad de los casos una percepción que se acerca al peor estado de cognición social posible, nos hace pensar en la conciencia de enfermedad y en el reconocimiento que existe en cuanto a los déficits cognitivos básicos y sociales por parte del familiar cuidador y del paciente esquizofrénico.

Inferimos que dichos resultados son producto de la información impartida por el modelo de abordaje psicoeducativo, la cual les permite a los familiares adquirir conocimiento acerca de las funciones cognitivas básicas (la atención, la fluidez verbal, la memoria, la función motora, la capacidad de abstracción y las funciones ejecutivas), y de las funciones cognitivas sociales (la percepción emocional, la resolución de conflictos, la ejecución de las soluciones).

Suponemos por lo tanto, que este conocimiento permite a los familiares cuidadores reconocer e identificar los déficit en estas funciones como producto de la enfermedad.

Además consideramos la gran importancia que tiene el contacto cotidiano del familiar cuidador con el paciente esquizofrénico como medio crucial para obtener una real visión del funcionamiento comportamental del paciente afectado.

Con respecto a aquellos resultados correspondientes al familiar cuidador y paciente esquizofrénico, que por su puntaje se acercan al mejor estado de cognición social, inferimos que al no haber un reconocimiento e identificación de los déficit en las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales no se reconoce la presencia de la enfermedad.

Pensamos con respecto a lo anterior que cada persona tiene un tiempo de evolución particular, por lo tanto habrá familiares cuidadores que requieran de un mayor tiempo para generar una conciencia de enfermedad.

Si bien anteriormente se expusieron los resultados de los pacientes esquizofrénicos y de los familiares cuidadores por no poderse dividir la tabulación de los resultados de acuerdo con la metodología de la escala GEOPTE, nuestras inferencias están centradas mayoritariamente en el

análisis de los familiares cuidadores por ser la percepción de estos el objetivo de nuestra investigación.

❖ Para alcanzar el segundo objetivo :

Obtener conocimiento acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico a través de la información brindada por el familiar cuidador: se aplica una entrevista semiestructurada al mismo. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cual se calculan las frecuencias absolutas. Los resultados más relevantes son: en la mayoría de los pacientes existieron antecedentes psiquiátricos por vía materna; esto coincide con lo que plantean los estudios relacionados a la predisposición genética en donde la probabilidad de que se presente un caso de esquizofrenia en una familia es mayor si otro familiar está ya diagnosticado de esquizofrenia.

En relación a las internaciones psiquiátricas la mayoría de los pacientes ha pasado por dicha instancia, es a partir de esto que suponemos que a mayor cantidad de crisis o episodios psicóticos mayor es el deterioro psiconeurocognitivo y una más lenta recuperación funcional en dichos pacientes.

El hecho de que los familiares cuidadores responden que los pacientes tienen conciencia de su enfermedad, nos hace pensar en una adherencia al tratamiento, en tanto que todos reciben asistencia psicológica, cumplen con la medicación prescrita y además tienen conciencia del beneficio de la misma. Suponemos que esta adherencia juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación para lograr la recuperación de su funcionalidad.

En referencia a las relaciones sociales las mismas se consideran en su conjunto como buenas. Desde nuestra experiencia se observa que estas relaciones no se extienden fuera del núcleo familiar o de la propia institución, esto nos lleva a inferir en lo dificultoso que resulta en los pacientes establecer relaciones sociales fuera de estos ámbitos.

En referencia al ámbito académico se observa el abandono del estudio en el total de los pacientes; esto nos hace pensar en una serie de factores implicados en el mismo: el déficit cognitivo, producto de la propia enfermedad, involucra a la pérdida de atención, la fluidez verbal, memoria,



etc siendo estos junto al distress que les provoca la situación de estudio los responsables de dicho abandono.

En cuanto a lo relacionado con el ámbito laboral, al encontrar que la mayoría de los pacientes nunca trabajaron, inferimos que esta situación se encuentra emparentada con el temprano inicio de la enfermedad (adolescencia) impidiendo así la inserción a dicho ámbito.

En relación al consumo de tóxicos la mayoría de los pacientes no son consumidores, suponiendo que esto es un factor beneficioso puesto que el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, etc producen una alteración anulando los efectos de la medicación o exacerbando la sintomatología de la enfermedad.

❖ Para alcanzar el tercer objetivo:

Indagar en el familiar cuidador el conocimiento y la utilización de información obtenida a través de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo se aplica una entrevista semiestructurada al familiar cuidador. Dicha información se recolecta en grillas descriptivas bajo programa SPSS 11, a través de la cual se calculan las frecuencias absolutas. Los resultados mas relevantes fueron: que todos los familiares conviven con el paciente esquizofrénico, esto nos habla de que las respuestas han sido brindadas por personas que tienen un contacto cotidiano y muy cercano con el mismo, infiriendo de las respuestas un mayor conocimiento de las conductas, comportamientos y desenvolvimiento del paciente en su vida diaria.

Teniendo en cuenta el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo de los familiares cuidadores casi la mitad de los mismos (7) asisten a dicho modelo hace más de tres años, infiriendo que estos tienen la percepción más real con respecto a las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales del paciente esquizofrénico. Siendo posiblemente estos familiares los más realistas en cuanto a las disfunciones como producto de la enfermedad en los pacientes.

Con respecto a los familiares que asisten al modelo de abordaje psicoeducativo de 1 a 3 años suponemos que van a tener una percepción cercana a lo real de las disfunciones del paciente esquizofrénico en comparación con aquellos que asisten al modelo con un tiempo de participación de 0 a 1 año.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Inferimos que estos dos últimos grupos (de 0 a 1 año y de 1 a 3 años) requieren de un mayor tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo para lograr una percepción más real con respecto a las funciones cognitivas básicas y funciones cognitivas sociales del paciente esquizofrénico y las disfunciones en las mismas como producto de la enfermedad.

El hecho de que todos los familiares aprueban el diagnóstico asignado por el médico/psicólogo, nos lleva a pensar que existe una conciencia de los mismos ante la presente realidad llevando esto a un compromiso, contención y seguimiento para el proceso de recuperación del familiar enfermo.

Todos los familiares cuidadores evidencian las limitaciones y consecuencias producto de la enfermedad en los ámbitos laboral, académico y social.

El entendimiento de la patología y la evidente pérdida de funcionalidad colabora a que el familiar cuidador, en este largo proceso de recuperación, signifique la importancia de la medicación y de la psicoterapia en el paciente esquizofrénico.

Que la mayoría de los familiares encuentren poco importante su responsabilidad en la aparición de la enfermedad en el paciente, nos hace pensar que los mismos comprenden que la etiología de la esquizofrenia está dada por una vulnerabilidad genética, un desequilibrio bioquímico y la tensión o estrés.

En cuanto a la modificación de expectativas por parte de los familiares cuidadores a partir del diagnóstico del paciente esquizofrénico, las respuestas son bastantes igualadas entre aquellos que consideran que sus expectativas no se han modificado con aquellos que si consideran que sus expectativas se han modificado. Sin embargo las respuestas ante las actividades laborales, académicas y sociales en su mayoría se consideran que se han modificado.

La generalidad de los familiares respondió encontrarse capacitado para reconocer anticipadamente una crisis, esto nos lleva a pensar que el conocer los síntomas premonitores ayuda a que los mismos sean capaces de anticiparse, para así evitar una crisis o que la misma sea menos insidiosa.

El hecho de que todos los familiares consideran importante el tener que comprender y explicarle al paciente una tarea de manera reiterada, nos lleva a pensar en la capacidad de asimilación y comprensión acerca de las consecuencias deteriorantes de la enfermedad, volviéndolos así adaptativos, empáticos y no confrontativos ante estas situaciones.

La mayoría de los familiares denotan la importancia en compartir tiempo con el paciente conversando acerca de las cuestiones cotidianas y de sus necesidades. Esto nos lleva a inferir una capacidad del familiar para comprender al paciente, abogando así a la contención y al mantenimiento del vínculo.

El hecho de que el total de los familiares considera más importante buscar apoyo en la familia que acudir a los amigos o vecinos ante una situación problemática con el paciente, nos hace pensar que esto se debe a que dentro del núcleo familiar encuentran mayor seguridad y contención procurando evitar el proceso de estigmatización que trae aparejada la esquizofrenia.

En cuanto a si supervisa al paciente controlándole u observándole en todas las actividades que este realiza se encuentran dos grupos: aquellos que si lo hacen contra aquellos que no lo hacen. Pensamos que el primer grupo son familiares sobreinvolucrados, simbióticos y sobreprotectores, siendo el segundo grupo familiares que saben y pueden respetar los espacios y los tiempos del paciente.

El hecho de que la mayoría de los familiares responde no hacer al paciente partícipe de las diferencias y discusiones que se presentan dentro del seno familiar nos hace pensar en la búsqueda de prevención por parte de estos ante situaciones que resultarían distresantes para el paciente.

En cuanto a la no insistencia en el planteamiento al paciente acerca de sus posibilidades a futuro, la mayoría de los familiares no considera fructífero plantearle al mismo de manera insistente dichas posibilidades. Esto nos lleva a inferir que los mismos son conscientes de las propias limitaciones producto de la enfermedad entendiendo que es beneficioso para el paciente el respetar sus tiempos y acompañarlo progresivamente en su evolución.

❖ Para alcanzar el cuarto objetivo:

Evaluar cambios en la percepción del familiar cuidador acerca de las funciones cognitivas del paciente esquizofrénico con motivo de su participación en el modelo de abordaje psicoeducativo se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de estos datos, en donde los resultados más relevantes son: la no correlación en 14 de 15 ítems. Ante esto nos preguntamos ¿porqué dicho resultado?

¿Habrá sido por la pequeñez de la muestra empleada?

Nos replanteamos ¿porque los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala GEOPTTE dan una percepción que se acerca al peor estado de cognición posible, sin haber tenido esto una relación con el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo?

O realmente ¿ puede que el modelo de abordaje psicoeducativo ha informado sin emplear un entrenamiento para enfrentar y resolver los problemas producto de la patología en cuestión?

Con respecto a la correlación encontrada entre el tiempo de participación en el modelo de abordaje psicoeducativo y la percepción que tiene el familiar cuidador acerca de la dificultad del paciente esquizofrénico en aprender cosas nuevas, pensamos que se da dicha correlación por ser esta disfunción posiblemente una de las que mayores dudas e incertidumbres genera a los familiares, infiriendo así que es en esta dificultad sobre la que más se informa.

Desde nuestra experiencia podemos observar que todos los familiares llegan en un principio muy abrumados por ver que el afectado ha abandonado sus estudios, su trabajo.

Les cuesta comprender como de un día para el otro los pacientes considerados anteriormente como personas inteligentes, aplicadas y responsables se encuentran hoy sin interés de estudiar, trabajar, aislados y ávidos de motivación por retomar lo que anteriormente hacían sin problema alguno.

Consideramos que a través del proceso de información y educación transmitido por el modelo de abordaje psicoeducativo, los familiares comprenden y aceptan la dificultad del paciente en aprender cosas nuevas como una consecuencia del deterioro cognitivo y de los síntomas negativos productos de la enfermedad.

Las preguntas que nos han surgido y otras que puedan surgir de dicha investigación quizás podrán ser aclaradas a partir de una revisión del modelo de abordaje psicoeducativo a través de posteriores estudios con la posibilidad de contar con una muestra más amplia y para ratificar el análisis efectuado será necesario seguir estudiando y hacer una minuciosa profundización acerca de este tema, puesto que la pequeñez de la muestra utilizada sólo ha permitido una observación descriptiva del mismo.

Las hipótesis que puedan surgir de esta investigación podrán abrir nuevos caminos hacia posteriores estudios.

Nota Final:

Gracias a un cambio en la concepción acerca de lo que significa la enfermedad mental en un individuo, es que hoy podemos hablar de un proceso de rehabilitación para el enfermo y ya no posicionarnos en un lugar de titularlo como alguien peligroso, inservible e irrecuperable para la sociedad.

La esquizofrenia durante mucho tiempo fue tratada como una patología en donde al individuo que la portaba no le quedaba otro camino que el tener que terminar deteriorado en un nosocomio.

Hoy sabemos que gracias a la aparición de nuevos abordajes como lo son la psicofarmacología, la psicoterapia y la psicoeducación, la persona afectada puede recuperar habilidades perdidas y no llegar a un deterioro total en cuanto a su persona; de esta manera se le devuelve su condición de individuo logrando su reinserción en la sociedad.

Es muy importante recordar en todo este proceso lo fundamental que significa la participación de la familia del enfermo, la misma a través de un

profundo conocimiento y aprendizaje, en cuanto a lo que significa la enfermedad, va a poder colaborar desde el lugar de sabiduría y comprensión hacia el mismo.

A partir de los resultados obtenidos en nuestro trabajo y tras una larga e intensiva investigación es posible inferir que la psicoeducación ocupa un lugar primordial en lo que respecta al trabajo y al tratamiento de patologías crónicas, como es la psicosis específicamente, en las esquizofrenias.

Su fin es informar y promover el conocimiento de dicho trastorno en familiares y afectados, apunta a mantener la adherencia al tratamiento y al desarrollo de actitudes, hábitos y conductas para así prevenir las recaídas.

El solo hecho de asistir a uno de los encuentros del modelo de abordaje psicoeducativo, ya se observa un cambio en el modo de pensar, sin embargo el compromiso que deben adquirir los familiares cuidadores para reconstruirse como familias contenedoras y psicoeducadas no se supedita a un solo encuentro; el tiempo se vuelve relativo y no existe ninguna fórmula mágica para poder aprender todo lo que se requiere en tan solo un segundo.

Todas y cada una de las familias son un mundo particular e incierto y es casi imposible predecir el tiempo que les llevará a cada una en desarrollar la capacidad de aceptación y sujeción al modelo de abordaje psicoeducativo. El tiempo cronológico nunca es el mismo para el aprendizaje de las familias. Como hemos podido ver en nuestro trabajo razón por la cual la lucha e insistencia de los equipos terapéuticos debe ser constante y permanente si se quiere combatir esta enfermedad.

Los familiares pasan por un largo proceso de duelo que va desde la negación hasta la aceptación de lo que les está sucediendo. Los sentimientos ambivalentes que más cuestan erradicar son los de culpa e ira los cuales gracias a la psicoeducación pueden con el tiempo mitigarse logrando la aceptación en último lugar. A partir de aquí es que se comienza a perfilar un largo camino hacia la rehabilitación y readaptación a una nuevo estilo de vida de la familia.

La pregunta intrahable que tienen los familiares es si su familiar afectado va a lograr curarse, a la que uno sabe que la respuesta es que pueden recuperarse y a esto es a lo que siempre se debe apuntar.

## *“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

El deterioro y en consecuencia la recuperación de los pacientes va a estar supeditada a la historia de vida y evolución de la enfermedad es decir la edad en que comienzan los síntomas, la edad en que diagnostique, el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo indicado de un tratamiento, el nivel social y cultural de los enfermos y su seno, el sexo del paciente, las capacidades desarrolladas previo a la aparición de la enfermedad (nivel de estudio y trabajo), funcionalidad del paciente en todos los ámbitos de su vida, cantidad de internaciones, aceptación y compromiso de la familia como parte del tratamiento, etc.

Es necesario destacar que cuanto menos episodios psicóticos ocurran y cuanto antes se diagnostique la enfermedad, mejor es la calidad de vida a largo plazo y menor es el deterioro de las funciones cognitivas básicas y sociales en el paciente con esquizofrenia.

Cuando los familiares se van psicoeducando logran mayor objetividad con respecto a las funcionalidad de los pacientes, el propósito de esto es poder ver al paciente tal como es y los avances que los mismos van logrando gracias al proceso de rehabilitación.

Si bien puede que los pacientes no recuperen del todo lo que alguna vez fueron, es importante que lleguen a ser los más autónomos e independientes posibles. Ellos también requieren y necesitan su tiempo de adaptación y aceptación para lo cual es indispensable el sano apoyo de la familia.

Cuando los pacientes desarrollan una conciencia de enfermedad aceptan y respetan la medicación, se comprometen con el equipo terapéutico y adquieren las conductas adecuadas para su recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ackermann, N. (1982). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Bs. As. Horme, Paidós.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its originis and needs-adapted treatment*. Karnac Books. London.
- Aleman, A. Et al (1999). *Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis*. *Am J. Psychiatry* 156; 1358-366.
- American Psychiatric Association. (1997). Practical Guideline for the Treatment of Patients whit Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 154 (4). Suppl.,: 1-63.
- Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y Familia*. EE.UU. Amorrotou Editores. 121-122.
- Asociación Cordobesa de Ayuda a la persona portadora de esquizofrenia y su familia (ACAPEF). (s.f.) *La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza la esquizofrenia en la familia* . Córdoba. Janssen- Cilag.
- Backer, F.; Intagliata, J. (1992). *Case Management*. In: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Edited by Liberman R P. Boston, Allyn & Bacon. Pag. 110-112.
- Ballús-Creus, C. & García, F. (2000). *Hablemos claro como convivir con la esquizofrenia*. Barcelona. Grijalbo Mondadori.
- Barnes, TRE.; Hutton, SB; Chapman, MJ.; Mutsatsa, S.; Puri, BK.; Joyce, EM. (2000). *Estudio de pacientes con un primer episodio de Esquizofrenia correlaciones clínicas en la duración de las psicosis no tratadas*. *Br Jpsychiatry*. 177: 207,11.
- Bellack, A.; Mueser, K. (1993). Psychological Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia. Bull.* 19, pag. 317-336.
- Berrios, G. E; Markova, I. S.; Olivares, J. M.: *Síntomas Mentales: hacia una nueva meta- teoría, Psiquiatría biológica*, 2(2): 51-62, 1995.
- Birchwood, M.; Tarrier, N. (1995). *El Tratamiento Psicologico de la Esquizofrenia*. Edit. Ariel Barcelona.
- Bond Gr. (1992). *Vocational Rehabilitation*. In: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Edited by Liberman R P., Needham Heights, Mass, Allyn and Bacon, pag. 244-275.



- Bousoño, M.; Gonzales Torres, M.; Gonzales, A.; Olivares, J.; Montalbán, S.; San Juan, J. (2005). *Guía GEOPTE*. España. Lilly S.A. 42.
- Bousoño, M.; Gonzales Torres, M.; Gonzales, A.; Olivares, J.; Montalbán, S.; San Juan, J. (2005). *La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia*. España. Lilly S.A. 14.
- Brown, G. ; Munck, E. ; Carstairs, G. ; Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Psychiatry*,16, 55-68.
- Carpenter, WT.; Hanlon, Te.; Heinrichs, D.; Kik Patrick, B.; Levine, J.; Buchaman, R. (1990). “Continuos versus Targeted Medication in Schizophrenic: out come Results Patients”. *Amj Psychiatry*. 147: 1138 – 1148.
- Colodrón, A.: *El Trastorno Esquizofrénico de la Acción Humana*. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid, 1995.
- Cuesta, M.; Peralta, V.; Zarzuela, A.; y grupo Psicost. (s.f.). Neuropsicología y Esquizofrenia. *España. Anales Unidad de Hospitalización Psiquiátrica*. Hospital Virgen del Camino. N 1. 220-223.
- Farre, J M. (1992). *Esquizofrenia: de los modelos psicosociales a la rehabilitacion cognitivo-conductual*. En: *esquizofrenia, entre la sociogenesis y el condicionamiento biologico*. Gutierrez, M.; Ecurra, J.; Pichot, P. (edit.). España. Neurociencias. Pag. 175-206.
- Feixas, G. ; Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona. Piados.
- Fernández, O. & Giradles, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia* . *Psicothema*. Vol. 13. nº 3. 312-324.
- Ferrari, A. (sf). *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Argentina. El Galeno. 110-111.
- Frances, A.; Harold, A.; First, M.; Widiger, T. (1995). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson S.A.
- Fresán, A.; Apiquian, R.; Ulloa, R.; Loyzaga, C.; García- Anaya, M.; Gutiérrez, D. (2001). *Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares*. *Salud mental* Vol. 24. nº 4. 36-40.

- Galende, E. (1983). *La crisis del modelo médico en psiquiatría*. Cuadernos medico sociales. nº 23. 53-60.
- Glick, ID.; Hargreaves, WA.; Raskin, M.; Kutner, SJ. (1975). Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, II: results for schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry*, 132: 385-390.
- Gomez, R. (s.f.). *Elementos para una psicobiología de la esquizofrenia*. Argentina. Editorial Brujas. Pag 36,37
- Gonzales de Chaves, M. (1989). *Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrenicas*. AEN (ed) El quehacer en Salud Mental. 112-123.
- Gutierrez Rodríguez, M; García Cabeza, I.; Sánchez Diaz, E. I. Et al. Depressive Experiences in Eschizophrenia. *Arch Psiquiatr*. 63 (1): 81-92. 2000.
- Heimann, C.; Lopez, L.; Pretel, J.; Vilar, J. (1998). *Ingreso Psiquiatrico muy Breve*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. VIII, 611-621.
- Hertzman, M. (1992). ETC and Neuroleptics as Primary Treatment for Schizophrenia. *Biol Psychiatry*. Vol. 31, 217 – 220.
- Herz, MI.; Endicott, J.; Gibbson, M. (1979). Brief hospitalization: two years follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 36: 701-705.
- Iglesias, A.; Olivares, J. M., Gonzales, A.; Perez-Bravo, A.: Síntomas Afectivos en la Esquizofrenia: aspectos conceptuales y tratamiento farmacológico. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 43 (3): 237-245, 1997.
- Johnson, Daw. (1976). The Duration of Maintenanse Therapy in Cronic Schizophrenia. *Acta Psiquiátrica Escandinava*. 53: 298 – 301.
- Jolley, DY.; Hirsch, SR.; Mc Rink, A.; Manchada, R. (1989) Trial of Brief Intermittent Neuroleptic Prophylaxis for Selected Schizophrenic our Patients: clinical out come one year. *British Journal Psyquiaty*. 298: 985 – 990.
- Jolley, DY.; Hirsch, SR.; Mc Rink, A.; Manchada, R. (1989) Trial of Brief Intermittent Neuroleptic Prophylaxis for Selected Schizophrenic our Patients: clinical out come two years. *British Journal Psyquiaty*. 301: 837 – 842.

- Kane, J.; Rifkin, A.; Woerner, M. (1983). Low Doses Neuroleptic Treatment of out Patient Schizophrenic. *Archives General Psychiatry*. 40: 893 – 896.
- Kinddon, DG.; Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. EE.UU. Guilford Press.
- Lagomarsino, A. (1990). Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta psiquiátrica psicológica América Latina*. Vol. 36. (1-2). 73-80.
- Lagomarsino, A. (1995). Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Vol. 41. (2) – 141-147.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Dominic, L. (1991). Trabajo Familiar Para La Esquizofrenia. *Gaskell – Royal Colliege of Psychiatry*.1-17
- Monter, I. (1995). *Tratamientos Familiares y Programas Psicoeducativos en la Esquizofrenia*. En: *esquizofrenia: entre la sociogenesis y el condicionamiento biológico (II)*. Gutierrez, M.; Escurra, J.; Pichot, P. (edit.). España. Neurociencias. Cap. 15. Pag. 219-227.
- Moos, R. H. (1989). *Coping with physical illness* . New York. Plenum.
- Morales Catalayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós.
- Mosher, KT.; Keith, SJ. (1980). Psychosocial Treatment: individual, group, family and community, support approaches. *Schizophrenic. Bull*, 6: 10-41.
- Muscellini, R. & Contreras, G. (2000). *Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos*. Córdoba. Fundación Michref.
- Olivares, J. M.: La gravedad de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría*, vol. 14, número monográfico, pp. 3-10, 1998.
- Parrellada Rodón, E.; Fernández- Egea, E. (2004). “Esquizofrenia. Del Caos Mental a la Esperanza. España. Morales i Torres Editores. 17-18.
- Peralta V.; Cuesta, M: Modelos Clínicos de la Esquizofrenia: Un enfoque Crítico de las Diferentes Concepciones de la Enfermedad. En Tomas Palomo, Richard J. Beninger, Miguel A. Jiménez- Arriero y Trevor Archer (Eds): *Trastornos Esquizopsicóticos: Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica II*. Ed. Síntesis, Madrid. 2000: 31-46.

- Purves, D.; Augustine, G.; Fitzpatrick, D.; Lamantia, A.; Mc Namara, J. (1997). *Neuroscience*. Massachusetts. Liberved Verlag S.A.
- Retamal, P. ; Palacios, G. ; Soto, H. (1998). Acatamiento de la prescripción en los enfermos bipolares. *Acta psiquiátrica psicológica América Latina*. 44 (1), 50-57.
- Rolland, J. (1994). *Family, illness and disability*. New York. Basic Books.
- San Juan, J. ; Prieto, L. ; Olivares, J. M. ; Ross, S. ; Montejo, A. ; Ferre, F. ; Mayoral, F. ; Gonzalez-torres, M.A. ; Bousoño, M. (2002) *La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia*. Valencia. Doyma.
- Sanjuán J. y Balanzá V. Deterioro cognitivo en la esquizofrenia. *Asociación gallega de psiquiatría*, Editor. Investigación en psiquiatría (v). Vigo; 2002; pp.51-72.
- Sanjuan, J.; Prieto, L.; Olivares, JM.; Ros, S.; Montejo, A.; Ferre, F.; Mayoral, F.; Gonzáles-Torres, MA.; Bousoño, M. *GEOPTE* (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia). España. 2001. pp 1-25.
- Stein, LI.; Diamond, RJ.; Factor, RM. (1990). A system approach to the care of persons with schizophrenia. In: Handbook of Schizophrenia Vol, 4: *Psychological Treatment of Schizophrenia*. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. EE.UU, Elsevier, pag. 213-246.
- Téllez- Vargas, J.; López Mato, A. (2001) *Aspectos Neurocognitivos de la Esquizofrenia* pag 118-119
- Téllez, J. ; López Mato, A. (2001). *Aspectos Neurocognoscitivos de la Esquizofrenia*. Colombia. Nuevo Milenio Editores. V
- Tornesse, E. ; Albanese, E. ; Konopka, H. ; Albanese, A. (1991). Correlaciones anátomo-químico-clínico neuropsiquiátricas en la esquizofrenia parte 1 . *Revista Argentina de clínica neuropsiquiatría*. (ALCMEON). Vol. 3 281-296.
- Vine, P.; Beels, CC. (1990). Support and advocacy groups for the mentally ill . In: Handbook of Schizophrenia, vol 4: *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. EE.UU, Elsevier, pag. 387-405.

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

Wallance, CJ.; Nelson, CJ.; Liberman, RP. Et al. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenia patients. *Schizophr. Bull*, 6: 42-63.

# **ANEXO**

Entrevista semiestructurada acerca de los antecedentes vitales, de enfermedad, sociales, académicos, laborales y tóxicos del paciente esquizofrénico:

Día – Mes - Año

- 1) Edad del paciente
- 2) Sexo del paciente
- 3) ¿Tuvo alguna complicación importante durante el embarazo y/o parto? Si-No
- 4) ¿Qué complicaciones?
- 5) En la familia ¿existe algún antecedente psiquiátrico? Si-No
- 6) Los antecedentes ¿son por vía materna o paterna?
- 7) Edad del paciente al momento del diagnóstico
- 8) ¿Tuvo el paciente alguna internación psiquiátrica? Si – No
- 9) ¿Cuántas internaciones?
- 10) El paciente ¿tiene conciencia de su enfermedad? Si-No
- 11) El paciente ¿recibe asistencia psicológica? Si-No
- 12) ¿Hace cuánto tiempo que la recibe?
- 13) El paciente ¿cumple con la medicación prescrita? Si-No
- 14) El paciente ¿es consciente del beneficio de la medicación? Si-No
- 15) ¿Como caracterizaría a las relaciones sociales del paciente?  
Excelentes-Muy Buenas- Buenas-Pobres-Malas
- 16) Con la enfermedad ¿se interrumpió su estudio? Si-No
- 17) Con la enfermedad ¿se interrumpió su trabajo? Si-No
- 18) El paciente ¿pudo retomar alguna de las actividades que desarrollaba previo a la enfermedad? Si-No
- 19) ¿Qué actividades pudo retomar?
- 20) El paciente ¿consume actualmente algún tipo de tóxico? Si-No
- 21) ¿Cuáles tóxicos?

**Muchas Gracias**

Entrevista semiestructurada sobre el conocimiento y utilización de la información obtenida a través de la participación del familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo:

Día – Mes - Año

Datos generales del familiar cuidador:

- 1) Edad del familiar cuidador.
- 2) Sexo del familiar cuidador.
- 3) Parentesco: madre/ padre
- 4) ¿Quién otro?
- 5) Estudios cursados del familiar cuidador: Primario- Secundario- Terciario- Universitario
- 6) ¿Realiza alguna actividad laboral? Si - No
- 7) ¿Convive con el paciente? Si – No
- 8) ¿Es usted el único responsable del cuidado del paciente? Si – No
- 9) ¿Quién? madre/ padre
- 10) ¿Otros responsables?
- 11) ¿Hace cuánto tiempo que participa como familiar cuidador en el modelo de abordaje psicoeducativo? 0 a 1 año - 1 a 3 años - 3 años en adelante
- 12) ¿Existe algún otro familiar que reciba psicoeducación? Si-No
- 13) Parentesco: madre/padre.
- 14) ¿Otros participantes?

Datos para el familiar cuidador:

- 15) ¿Aprueba él diagnóstico asignado por el médico/psicólogo? Si – No
- 16) ¿Observa en el paciente alguna limitación? Si – No
- 17) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito laboral? Si – No
- 18) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito académico? Si-No
- 19) ¿Observa en el paciente alguna limitación en el ámbito social? Si- No
- 20) ¿Cómo considera usted la medicación en el paciente?  
Importante/ Poco importante / Para nada importante



21) ¿Cómo considera a la psicoterapia para el tratamiento del paciente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

22) ¿Cómo considera su responsabilidad en la aparición de la enfermedad del paciente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

23) En relación a sus expectativas después del diagnóstico ¿Han sufrido alguna modificación? Si-No

24) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las laborales?

25) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las académicas?

26) ¿Cuáles actividades considera se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad? ¿las sociales?

27) Otras actividades que se pueden modificar a partir de la aparición de la enfermedad.

28) ¿Se encuentra capacitado para reconocer anticipadamente una crisis? Si- No

29) Al encargarle una tarea al paciente y el mismo no la cumple ¿cuán importante considera comprenderlo y explicársela nuevamente?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

30) Diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus cuestiones cotidianas? Si- No

31) Diariamente ¿comparte tiempo con el paciente conversando acerca de sus necesidades? Si- No

32) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en la familia?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

33) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los amigos?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

34) Cuando se presenta una situación problemática en el paciente ¿cuán importante considera usted buscar apoyo en los vecinos?

Importante/ Poco importante / Para nada importante

35) ¿ Supervisa al paciente de manera continua controlándole u observándole en todas las actividades que este realiza? Si-No

*“Psicoeducación Familiar y Funciones Cognitivas”*

36) Cuando surgen diferencias y discusiones entre los miembros de la familia ¿suelen hacer partícipe al paciente de las mismas? Si- No

37) Plantearle al paciente de manera insistente sus posibilidades a futuro ¿es fructífero para el mismo? Si- No

**Muchas Gracias**

*Modelo de Consentimiento Informado*

*(Las entrevistas originales como los consentimientos informados serán presentados el día de la defensa oral)*