



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**Universidad de la Republica**  
**Facultad de Psicología**  
**Instituto de Psicología Clínica**

**Esquizofrenia: Rehabilitación psicosocial. Abordaje  
Integral: Importancia de la inclusión de la Familia en el  
proceso.**

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

**Maria Fernanda VARELA INVERNIZZI**

**CI: 2.988.464-7**

**Tutora: Prof. Adj. Geraldina PEZZANI**

**Revisora: Prof. Gabriela PRIETO**

**Febrero, 2022**



## Índice

Resumen .....	3
1. Introducción .....	4
2. Aspectos históricos .....	6
3. Esquizofrenia. Síntomas.. .....	8
3.1 Síntomas.....	9
4. Evolución de la enfermedad.....	11
5. Abordaje integral de la esquizofrenia .....	13
5.1 Primeras intervenciones .....	13
5.2 Intervenciones psicosociales .....	14
5.3 Intervención psicoeducativa familiar .....	15
5.4 Intervenciones familiares.....	16
5.5 Psicoanálisis y esquizofrenia.....	19
5.6 Psicoanálisis multifamiliar.....	21
6. Rehabilitación psicosocial y calidad de vida.....	23
7. Conclusiones .....	27
8. Referencias bibliográficas .....	29



## Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad mental que produce un deterioro biopsicosocial de la persona que la padece, generando a su vez, una importante repercusión en sus familiares. Se considera que es imprescindible el rol de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente, por lo que es necesario que existan herramientas que permitan a ésta, acompañar y apoyar a la persona enferma. El presente trabajo aborda la esquizofrenia desde la perspectiva del paciente y de sus familiares, haciendo énfasis en la importancia del ambiente que los rodea, para el desarrollo de la rehabilitación. Por lo tanto, se comenzó por estudiar la definición de la esquizofrenia, su clasificación, síntomas y primeras manifestaciones de la enfermedad. Se desarrolló brevemente el estudio del diagnóstico, evolución de la enfermedad y recaídas. Se analizaron los diferentes tratamientos que se pueden abordar, tanto para el paciente como para sus familiares. Se hace énfasis en los tratamientos de abordaje integral, los cuales involucran diversas intervenciones psicosociales, que incluyen al paciente y a su familia, tales como la psicoeducación, intervenciones familiares, psicoanálisis multifamiliar, entre otros. Finalmente, se desarrolló la importancia de la calidad de vida, ya que ésta es afectada en gran medida por la enfermedad; por lo que se destaca la importancia de llevar a cabo una rehabilitación psicosocial integral.

Palabras clave: Esquizofrenia. Psicoanálisis. Tratamiento. Familia



## 1. Introducción

---

El presente Trabajo Final de Grado, en modalidad monografía, profundiza en la esquizofrenia, aborda las distintas opciones de intervenciones terapéuticas que existen para esta enfermedad, y estudia la importancia de llevar a cabo una rehabilitación psicosocial integral, incluyendo a las familias en el proceso.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que habitualmente presenta fenómenos alucinatorios, ideas delirantes, trastornos graves en el pensamiento, en la afectividad y en el comportamiento. Afecta el funcionamiento de la vida diaria de la persona, pudiendo llegar a ser incapacitante. Por lo tanto, es imprescindible llevar a cabo un tratamiento a largo plazo, e idealmente sin interrupciones.

Esta enfermedad se caracteriza, por un deterioro en la capacidad de evaluar la realidad, que interfiere con la capacidad de afrontar las demandas de la vida cotidiana. Esta dificultad está determinada por distorsiones fundamentales en la percepción, que interfieren con el pensamiento (Exner y Sendín, 1998).

En este trabajo se destaca la importancia de recibir un diagnóstico y tratamiento temprano, ya que son herramientas que pueden ayudar a controlar los síntomas, evitando que los mismos generen dificultades mayores. Asimismo, pueden mejorar el pronóstico a largo plazo y la calidad de vida. Se considera al medio ambiente, es decir, a la familia y a los demás vínculos en los que el individuo está inserto, como factores que pueden contribuir o no, a la rehabilitación del sujeto (González, Eslava, Baena, Aragón, Muñoz y Márquez, 2009).

Este trabajo se desarrolla en varias secciones, la primera, realiza un recorrido sobre los aspectos históricos y la construcción del concepto, desde los inicios de la enfermedad, hasta lo que hoy día se conoce como esquizofrenia.

En una segunda sección, se aborda la definición y sintomatología, su curso y evolución, haciendo hincapié en las modificaciones que se realizaron en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, entre su cuarta y quinta edición.



Luego se abordan los diferentes tratamientos para la esquizofrenia, se profundiza en la importancia de realizar en conjunto el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicosociales, ya que como se mencionó anteriormente, la familia ocupa un lugar fundamental en el proceso de rehabilitación. También se considera vital el rol de la familia para evitar posibles recaídas que el paciente pueda padecer. Se describen diferentes intervenciones que han demostrado eficacia tanto en los pacientes como en sus familias.

Finalmente se contextualizan los principales aspectos de la rehabilitación psicosocial y calidad de vida del paciente con esquizofrenia. Este proceso es fundamental para que el paciente logre estabilizarse e insertarse en la sociedad.



## 2. Aspectos históricos

---

Desde el punto de vista etimológico, Esquizofrenia significa *mente escindida*. Según Padín (2012) “El sujeto está en un mundo diferente al nuestro, no tiene un apego fuerte a la realidad y vive acorde a lo que experimenta”, siendo una condición que impregna el funcionamiento global del individuo (Novella y Huertas, 2010; Padín, 2012).

El desarrollo de esta categoría diagnóstica ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, tomando como punto de inicio a la Demencia Precoz. Morel, en el año 1850, definió a la *Demence précoce* como un estado de déficit cognitivo, deterioro de la vida social, y alteraciones del contacto con la realidad, pudiendo surgir en la adolescencia o más adelante. En su momento, la propuesta de Morel no tuvo mayores repercusiones, hasta que a fines de siglo XIX fue retomada por Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, quien posiblemente fue el descubridor de la enfermedad, retomando la denominación de “*Dementia Praecox*”. El mismo define tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica, constituyendo la base para los distintos tipos de esquizofrenia descriptos en la actualidad (Padín, 2012).

Kraepelin creía que se trataba de un conjunto de cuadros clínicos que tenían en común el hecho de conducir a estados de deterioro psíquico característicos, que comienzan en la juventud. Utilizó la expresión trastorno básico, para explicar los síntomas más característicos y frecuentes (Berrios, Luque y Villagrán, 2003; Alanen, 2003).

Bleuler fue el creador del neologismo *esquizofrenia* en el año 1907, inaugurando una nueva concepción de la enfermedad. La denominada “mente escindida” no se limitó únicamente a una modificación terminológica, sino que en esta concepción la interpretación psicológica, adquirió mayor importancia. Existió una marcada diferencia entre la Demencia Precox de Kraepelin y la Esquizofrenia de Bleuler, ya que este último, jerarquizaba una cierta forma de desintegración (Berrios et al., 2003).

Para Bleuler, lo medular del cuadro clínico, no se centraba en el delirio y los fenómenos alucinatorios. Los síntomas fundamentales que observó incluían trastornos de las asociaciones, ambivalencia y autismo. El trastorno asociativo supone que los



pacientes operan con ideas y conceptos que no guardan relación, produciendo de esa manera asociaciones ilógicas, incoherentes, sin sentido (Novella y Huertas, 2010).

Por otra parte, los trastornos afectivos suponen una tendencia al retraimiento y la ambivalencia, definida como la presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias. Y por último el autismo, una manifestación particular y característica que consiste en el predominio de la vida interior del sujeto sobre la vida de relación de éste, replegándose en su propio mundo (Novella y Huertas, 2010).

Para Bleuler, estos síntomas eran los que se presentaban como los más constantes y exclusivos de la esquizofrenia. Asimismo, el paciente puede presentar otros síntomas, a los que llama accesorios, como delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria y trastornos del lenguaje. Él señalaba que existía una escisión, un corte, en las funciones psíquicas, resultante de cadenas de representaciones con un tono afectivo determinado, diferente para cada sujeto, que van dominando de a poco la personalidad y comprometiendo su unidad, su yo (Novella y Huertas, 2010).

Bleuler, con el fin de comprender la enfermedad, propuso dividir los síntomas, y así, propone por un lado, los que surgen directamente del proceso patológico, síntomas primarios, separándolos de los denominados secundarios, que únicamente operan cuando la pisque enferma reacciona. Por último, estableció cinco subdivisiones o formas clínicas, añadiendo éstas a las que en su momento había propuesto Kraepelin. Por lo tanto, a los subgrupos heberfrenia, paranoide y catanónico, les agregó una forma simple, la cual se caracteriza por presentar exclusivamente los síntomas básicos y una latente o compensada (Novella y Huertas, 2010).

Por último, quien se destacó en precisar los signos y síntomas de la esquizofrenia, fue Kurt Schneider en 1959, quien intenta superar la diversidad de conceptos sobre la enfermedad, definiéndola en términos exclusivamente sintomatológicos. Realizó observaciones clínicas sobre experiencias psicóticas de sus pacientes, las que serían de gran utilidad para realizar el diagnóstico. Los síntomas que destaca Schneider son, por ejemplo, la sonorización del pensamiento, la audición de voces, la difusión del pensamiento, entre otros. Coincidió con Bleuer, sobre la idea de que estos síntomas implicaban una pérdida de los límites del yo (Líceo, Robles, Díaz y Juárez, 2019).



### 3. Esquizofrenia. Síntomas.

---

Según Henry Ey, la esquizofrenia se encuentra dentro del conjunto de enfermedades mentales graves, que pueden provocar una modificación profunda y durable a través del tiempo.

Ey (1971) la define como:

Una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de su género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (Ey, 1971, p. 473).

El autor describe diferentes formas de comienzo de la enfermedad, planteando que la misma evoluciona durante años. Sus elementos descriptivos se pueden agrupar de la siguiente forma; por un lado, la disgregación de la vida psíquica, la cual va a dar lugar a una serie de rasgos negativos, constituyendo el modo esquizofrénico de desestructuración de la conciencia y de la persona, conocido como síndrome de disociación. Este último puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su coherencia interna; por otra parte, el vacío tiende a transformarse en una producción delirante positiva denominada delirio autístico o autismo. Estos dos polos mencionados, son complementarios entre sí, y tienen características comunes como ser la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad y el desapego (Ey, 1971).

Desde el punto de vista epidemiológico, se destaca que la Esquizofrenia afecta a millones de personas en el mundo, aproximadamente el uno por ciento de la población. El inicio del trastorno por lo general se da entre los 15 y los 30 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Puede transmitirse teniendo dos padres que no desarrollaron la enfermedad. A su vez, puede presentarse tanto en la familia materna, como en la paterna, y las personas a las que les afecta de manera muy





grave, pueden llegar a tener familiares enfermos y que éstos lo desarrollen en forma más leve (Bernardo, Córdoba, Torales, y Barrios, 2016).

Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del 2002 (DSM IV), se encuentra clasificada dentro de los trastornos del Eje I, mientras que en la quinta edición del manual del 2014 (DSM, V), se incluye dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Sadock, Ahmad y Sadock, 2019; DSM IV, 2002; Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

### 3.1 Síntomas

Dentro del cuadro clínico de la esquizofrenia, generalmente se observan síntomas psicóticos. El término psicótico, se utiliza para un conjunto de síntomas que se asocian a una variedad de enfermedades mentales. Las características principales son la pérdida de contacto con la realidad y la dificultad para distinguir el mundo interno del externo. Los diversos síntomas que se presentan incluyen síntomas positivos, negativos, y déficits cognitivos. Implica un deterioro grave del funcionamiento personal y social (Sadock et al., 2019), ya que los pacientes no logran muchas veces mantener vínculos sociales y/o mantener un trabajo por un periodo extendido de tiempo.

Dentro de los síntomas positivos o productivos, se incluyen distorsiones del pensamiento (ideas delirantes), de las percepciones (alucinaciones), alteraciones en el lenguaje y en la comunicación (lenguaje desorganizado). También se describe un comportamiento desorganizado o catatónico (DSM IV, 2002).

Los síntomas negativos, son más difíciles de identificar, ya que pueden desprenderse de los síntomas positivos, o ser un efecto secundario de la medicación. Comprenden el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. Estos son los que disminuyen o inhiben el funcionamiento normal del sujeto y conforman en gran parte la morbilidad del cuadro patológico. La sintomatología negativa, es la que acompaña al sujeto durante toda la vida, por lo que la duración de estos síntomas es significativa para el diagnóstico (Sadock et al., 2019).



Las ideas delirantes, son creencias patológicas que generalmente incluyen diversos temas, siendo los persecutorios los más frecuentes. Las alucinaciones, son percepciones que ocurren sin la presencia de un estímulo externo. Las mismas son vívidas y claras, como si fuesen reales y no son voluntarias, por lo tanto, no pueden ser controladas. Se presentan en cualquier modalidad sensorial, siendo la más común la auditiva. La forma más habitual en la que se presentan es en forma de voces, las cuales pueden ser conocidas o desconocidas y se perciben como ajenas a su propio pensamiento. Estas se presentan aproximadamente en un 60 /70 por ciento de los pacientes (DSM V, Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

La afectividad se caracteriza por la superficialidad, el carácter caprichoso y la incongruencia (OPS, 1995). Otro aspecto importante es el lenguaje, que puede presentar diferentes niveles de desorganización. A su vez, suele observarse una desorganización del comportamiento, con un repertorio de conductas caóticas y una gran dificultad para actuar (DSM V, Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

Con respecto a la sintomatología de la esquizofrenia Masedo (2021), plantea que la distinción clásica entre síntomas positivos y negativos es únicamente descriptiva, conductual y atórica, ya que refiere a un exceso o ausencia de determinadas funciones que, en condiciones “normales de salud”, estarían presentes. La presencia o ausencia de esas funciones, da lugar a tres posibles síndromes: en primer lugar, que los pacientes puedan estar más o menos activos y expresivos, respecto al mundo o los otros; en segundo lugar, que estén más o menos alerta o apagados, y, por último, encontrarse más o menos coherentes y controlados. La autora menciona, que los pacientes que padecen esquizofrenia pueden pasar por los tres síndromes a lo largo de la enfermedad, en ocasiones puede manifestar uno, dos o los tres, incluso padecerlos simultáneamente (Masedo, 2021).

Por otra parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM), en su quinta edición, resalta algunas diferencias en relación a la sintomatología de la esquizofrenia, si se compara con la versión anterior de este mismo manual (Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014). Entre los cambios, se destaca, el pasaje de una aproximación categorial a una dimensional, para calificar la gravedad de los principales síntomas del trastorno.



A su vez, el DSM V, elimina la utilización de subtipos, debido a su limitada estabilidad diagnóstica, que sí fueron descritos en la cuarta edición (Gonçalves, Dantas, Banzato y Oda, 2018). En la clasificación del DSM V, el capítulo sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aparece sucesivo al de trastornos bipolares. Esta quinta edición, refleja un agrupamiento más amplio que el DSM IV, entre los grupos de categorías diagnósticas; de manera que los pacientes que tienden a tener rasgos de personalidad prepatológica similares, o que ocurren simultáneamente, quedan ubicados próximos entre sí. Por otra parte, en esta quinta edición, se remarca una clara diferencia entre esquizofrenia y psicosis, ya que esta última no es exclusiva de la primera, sino que puede aparecer en otros trastornos (Goff, 2013; Rus-Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

Si bien en última instancia el diagnóstico sigue dependiendo en gran medida de una decisión de «presencia o ausencia», la utilización de especificaciones, subtipos, calificaciones de gravedad y valoraciones transversales de síntomas, ayudan a los profesionales clínicos a captar mejor los niveles de un trastorno que de otra forma, podría dificultarse al aplicar un enfoque categorial estricto (Goff, 2013).

La utilización de límites categóricos estrictos ha generado la visión de que los trastornos psiquiátricos, son fenómenos únicos y delimitados. Los trastornos, a menudo se conceptúan como un proceso continuo de la «normalidad» a lo patológico, sin basarse en un umbral singular, para distinguir entre el estado de salud y el de enfermedad (Goff, 2013).

La incorporación de estas especificaciones de gravedad en el DSM V contribuye con información importante para establecer el cuadro clínico y también son importantes para realizar un tratamiento adecuado. Por último, como ya se ha mencionado, en la quinta edición de este manual, se emplean valoraciones cuantitativas transversales, que colaboran a valorar los diferentes dominios de síntomas como el estado de ánimo, la ansiedad, el sueño y cognición (Goff, 2013).



#### 4. Evolución de la enfermedad

---

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y su evolución ocurre en diferentes fases; una fase prodrómica, una fase activa y otra residual. La llamada fase activa, tiene síntomas como alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado. Las fases prodrómica y residual se caracterizan por presentarse mediante formas atenuadas de los síntomas activos, así como por carencias en el cuidado propio y las relaciones interpersonales (Sadock et al., 2019; Lícea et al., 2019). La evolución de la enfermedad también varía según el tratamiento que se esté llevando a cabo.

Las recaídas pueden presentar diferentes intensidades en lo relativo a la sintomatología, los síntomas pueden no remitir en su totalidad y volver a aparecer u aparecer otros nuevos. Lader, citado por Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova (2014), define la recaída como el retorno de una enfermedad después de una recuperación total o parcial. En pacientes con esquizofrenia, la misma puede ser evaluada por medio de los niveles sintomáticos, fenomenológicos y conductuales. Se detecta a partir de la aparición o el resurgimiento de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones, comportamientos extraños o trastornos del pensamiento (Rascón et al. 2014).

En algunos estudios se ha observado que, el 80% de los pacientes diagnosticados con un primer episodio de esquizofrenia, presentan en promedio dos recaídas en los primeros cinco años de evolución. Las razones por las que un paciente recae son muy diversas, aunque se ha reportado que el índice de recaídas es mayor en los pacientes que sólo reciben tratamiento farmacológico, en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (Rascón et al., 2014).

Las consecuencias de las recaídas pueden ser significativas a nivel social, familiar, entre otros. Producen aumento de la dependencia, pérdida de control, pérdida de capacidades y funciones e implica un retroceso de lo que se había logrado en términos de calidad de vida. En cada recaída se va profundizando la pérdida de funcionalidades, siendo su recuperación cada vez más lenta e incluso algunas funciones no se recuperan.



En este sentido, es sumamente importante una fluida comunicación y alianza entre el equipo de salud mental tratante, el paciente y su familia, siendo de vital importancia que ante cualquier señal de alarma, se solicite ayuda lo antes posible. Generalmente las recaídas no son comunicadas desde su inicio, sino cuando la situación es insostenible. Estas pueden ocurrir por varios motivos, entre ellos, la presencia de factores estresantes, que el paciente no esté tomando de forma adecuada los fármacos, o también el consumo de sustancias, lo que puede empeorar los síntomas (Díaz, 2013).

## 5. Abordaje integral de la esquizofrenia

---

A continuación, se analiza la importancia y la necesidad de llevar a cabo una rehabilitación integral, para los sujetos que padecen esquizofrenia. Es fundamental a su vez, que este proceso incluya a sus familias, por lo tanto, se desarrollaran diferentes intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente, así como también de sus familias.

### 5.1 Primeras intervenciones

Para las intervenciones en un primer episodio psicótico, existen dos elementos claves, la rapidez en la intervención y la calidad de la misma, lo que lleva a un tratamiento multimodal y biopsicosocial (Henry, 2004).

El "periodo crítico" puede definirse como "aquel período de la esquizofrenia en el que existe una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales". Este período abarcaría los 2 o 3 primeros años luego del primer brote psicótico. Se considera que éste es el momento de mayor plasticidad biológica, psicológica y psicosocial, por lo que las acciones rehabilitadoras que se lleven a cabo en este período determinarán en gran medida la evolución de la enfermedad y el pronóstico a largo plazo del paciente (Baldor, Jerez, Rullas, González, 2008).



El tratamiento clínico incluye el ingreso hospitalario en el caso de ser necesario y la administración de psicofármacos, acompañado de tratamientos psicosociales que orientados a la rehabilitación. Estos últimos pueden ser del tipo conductual, familiar, grupal, individual y social. Todas estas modalidades, se pueden aplicar tanto en el ambiente hospitalario como ambulatorio. Por su parte, los criterios de hospitalización incluyen, riesgo para sí o para terceros, necesidad de realizar estudios diagnósticos, falta de respuesta al tratamiento, necesidad de modificar dosis o realizar regímenes de tratamientos farmacológicos complejos, etc (Sadock et al., 2019).

La prevención de la recaída es un elemento esencial de la intervención temprana en la psicosis. Disponer de tratamientos psicológicos y de rehabilitación, así como estrategias de psicoeducación, es fundamental. Estos tratamientos involucran tanto al paciente como a su familia y apuntan a que estos conozcan en profundidad la enfermedad y su forma de afrontarla. Se intenta que el paciente se encuentre emocionalmente más estable y se busca mejorar las relaciones con los demás, así como también, lograr un manejo integral de la situación del paciente (Díaz, 2013).

## **5.2 Intervenciones psicosociales**

Las intervenciones psicosociales buscan reducir el impacto que tiene la enfermedad en la vida del sujeto, tanto los síntomas negativos de la esquizofrenia, como los positivos. Esto se logra aumentando el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como también favorecer la adhesión al tratamiento. Esta intervención psicosocial tiene como objetivo fundamental facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural (Florit, 2006). Éstas ayudan a las personas a encontrar soluciones a los retos cotidianos que se presentan, y a controlar los síntomas mientras asisten a la escuela, trabajan o establecen relaciones.

Con respecto a los factores familiares, los pacientes cuyas familias expresan las emociones de forma intensa, presentan tasas de recaídas más altas que los pacientes con familias menos emotivas (Sadock et al., 2019).



La estigmatización del individuo que padece una enfermedad mental es frecuente en la sociedad. Es un constructo social que abarca actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos, que se configuran como prejuicios, lo que conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona que padece la estigmatización. En el caso de la esquizofrenia, este fenómeno no solo hace que el paciente y su familia se vean afectados por la enfermedad, sino también por estos prejuicios asociados a la violencia o peligrosidad, que están asociados a la misma. Estos prejuicios que provienen de ámbitos familiares, educativos y profesionales, no colaboran a la comprensión real de la enfermedad (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017; Otero, 2020).

La estigmatización lleva a la des-subjetivación del sujeto, homogeneizando a todos los que padecen el trastorno, no incluyendo la experiencia de cada sujeto, ni la vivencia de forma individual, tampoco comprende su conducta y el síntoma en función de quien lo desarrolla, por lo que mantiene al paciente en una actitud pasiva respecto al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dificultando este proceso de rehabilitación (Loubat et al., 2017).

Los profesionales también participan de este fenómeno, a través de abordajes diagnósticos y tratamientos que pueden resultar igual de perjudiciales que los estereotipos que la sociedad deja caer sobre el paciente. Esto sucede cuando el profesional abarca tratamientos únicamente farmacológicos, no articulando los mismos con intervenciones integrales, en red, o también al utilizar el mismo tratamiento para los pacientes, sin tomar en cuenta su entorno, posibilidades, habilidades, entre otros (Loubat et al., 2017).

### **5.3 Intervención psicoeducativa familiar**

El diagnóstico de esquizofrenia afecta la dinámica familiar y las relaciones familiares, llevando a sus miembros a reestructurar su funcionalidad a nivel individual, social y familiar. El familiar que asume el papel de cuidador experimenta sobrecarga, agotamiento físico y psicológico debido a las demandas del paciente. Es importante considerar que algunos cuidadores no cuentan con herramientas, estrategias y apoyo para hacerle frente al diagnóstico en forma eficaz y duradera (Martínez -Cardona et al., 2020).



La psicoeducación, suministra tanto al paciente como a la familia, la información específica acerca de la enfermedad. Esta intervención entrena a los familiares y a los pacientes en técnicas para enfrentar las dificultades que proceden del trastorno. El objetivo principal de esta intervención es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores (familiares y amigos), intentando crear ambientes en donde se generen niveles bajos de estrés, disminuyendo las probabilidades de recaídas y de recargas familiares (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

La estrategia generalmente incluye educación para el paciente y la familia, detección de síntomas de alerta e intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas. En este tipo de intervención, se realiza un abordaje individualizado, acorde a las necesidades de cada caso (Vallina y Lemos, 2000).

Los componentes que se deben tener en cuenta, para llevar a cabo una mejor intervención son: lograr una aproximación positiva y una relación de trabajo genuina con las familias, proporcionando una estructura a las mismas y centrándose en el presente (Vallina y Lemos, 2000).

Por otro lado, se debe incluir al paciente así como también a las personas que componen la unidad familiar. Las intervenciones se deben mantener durante un tiempo prolongado, considerar la educación como parte del programa y lograr que el paciente comprenda la importancia de realizar los tratamientos. Asesorar y apoyar a las familias de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, influye positivamente en la rehabilitación y ajuste social tanto del paciente como de sus familiares (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

#### **5.4 Intervenciones familiares**

La familia juega un rol fundamental, no solo a la hora de llevar a cabo el tratamiento del paciente, sino también para decidir qué tipo de abordaje es el más adecuado para la rehabilitación. A partir de la década del 50, se produjo un desplazamiento desde un enfoque biomédico, el cual centraba la atención en el sujeto individual, hacia uno que tomaba a la familia como unidad de análisis. Este último enfoque, se basa en la concientización del papel de las familias, como factor determinante en la salud del





paciente, lo que llevó a situarla en un lugar protagónico en el marco del tratamiento a seguir. La familia influye en todas las manifestaciones de la personalidad del sujeto, e incluso en el proceso de la salud y enfermedad mental y a su vez, la personalidad del paciente repercute en el funcionamiento familiar. Los efectos del trastorno traspasan la barrera de lo personal y afecta al entorno familiar (Sánchez, Cruz y Machado, 2011; Acevedo y Vidal, 2019).

Tal afectación en el ambiente familiar se puede producir debido a las rígidas demandas vinculadas con el cuidado del paciente esquizofrénico y los cambios que origina el diagnóstico dentro de la dinámica familiar, ya sea a nivel individual y/o social. Esta situación puede desencadenar en altos niveles de carga para el familiar cuidador, produciendo alteraciones en su estado psíquico, debido a la acumulación de trabajo físico, demandas sociales y emocionales, que puede originar el cuidado de los enfermos (Martínez - Cardona et al., 2020).

Los enfoques más destacados en el tratamiento a las familias disfuncionales son las terapias sistémicas. Éstas analizan los conflictos psíquicos, desde un origen psicosocial, situado en la familia. Este enfoque asume que la familia, como sistema, presenta propiedades que pueden tenerse en cuenta y resultar útiles al terapeuta para la comprensión y tratamiento del sistema familiar. Entre estas figuran: la interdependencia, capacidad de cambio y transformación, organización de una estructura jerárquica, tendencias al equilibrio y retroalimentación. Por lo que el análisis no puede realizarse con cada miembro por separado, ya que todo cambio que se produzca en uno repercutirá en todo el núcleo familiar (Acevedo y Vidal, 2019).

De acuerdo con el enfoque familiar sistémico, las manifestaciones sintomáticas de un miembro que padece esta patología cumplen una función para el sistema familiar, por lo tanto, el énfasis se sitúa en el rol que asume el paciente y cómo influye la utilidad y la ganancia secundaria de los síntomas para todo el sistema familiar (Sánchez et al., 2011).

Los patrones de comunicación familiar han sido objeto de atención en lo que respecta a la psicopatología. Hacia finales de los años 60, se ha podido definir y medir algunos aspectos importantes sobre estos patrones como la Emoción expresada (EE). Miklowitz, citado por Medina-Pradas (2016) en su análisis de las EE dentro de la teoría sistémica, va a manifestar que las influencias pacientes - familia son



bidireccionales, es decir, no solo influyen las EE y el estrés familiar sobre el paciente, sino también las características del paciente y su trastorno sobre la familia (Medina-Pradas, 2016).

En un comienzo, se intentó averiguar si la EE influía sobre el curso de la Esquizofrenia y se logró descubrir que los pacientes que vivían con un familiar negativo o sobreimplicado emocionalmente, tenían mayor probabilidad de recaída. Los pacientes que luego de la hospitalización volvían a un hogar con alta EE, tenían riesgo de recaída de un 50 por ciento en los siguientes meses (Medina-Pradas, 2016).

Las intervenciones familiares que se desarrollaron luego, alrededor de los años 80, tienen en común, el hecho de que se enmarcan dentro del modelo de vulnerabilidad - estrés. En estas, se trabaja la importancia de la toma de medicación y la reducción del estrés, sobre todo en lo que refiere al estrés ambiental en el hogar. Muela y Godoy (2001) resaltan que es fundamental trabajar en la reducción del estrés, ya que el riesgo de recaídas aumenta 4 veces si los pacientes hospitalizados, al ser dados de alta, se van a un ambiente familiar con altos niveles de EE (Muela y Godoy, 2001).

Se considera y clasifica un ambiente familiar EE, si presentan uno o más de las siguientes dimensiones: crítica (evaluación negativa de las actitudes del enfermo), hostilidad (evaluación negativa del enfermo como persona), sobreimplicación emocional (sentimientos o actitudes del familiar de desesperanza, autosacrificio) (Muela y Godoy, 2001). El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar (Caqueo y Lemos, 2008).

Estas intervenciones familiares están diseñadas para asistir a pacientes y sus familiares en el período que sigue a la hospitalización, ya que es el momento en el que se produce un gran porcentaje de recaídas. El objetivo de este abordaje es entrenar a la familia para que use un método estructurado de resolución de problemas. Todas las sesiones se pueden realizar en el hogar familiar, lo que proporciona una mayor generalización de lo aprendido. El número de sesiones y el tipo de las mismas, varía de acuerdo a las necesidades de cada familia (Muela y Godoy, 2001).



En un estudio realizado en California, en el que participaron 39 pacientes esquizofrénicos, algunos con alta EE en el ambiente familiar y otros que presentaban baja EE en su hogar (pero igualmente de alto riesgo), se evaluaron dos tipos de terapias. La mitad del grupo recibía terapia individual y la otra mitad familiar. Los resultados informaron una tasa de recaídas del 6% en los sujetos que recibieron el tratamiento familiar, frente a un 44% de recaídas en los pacientes que recibieron solamente tratamiento individual. Por lo que la variable EE, se muestra como el mejor predictor de gran incidencia, en lo que a recaídas se refiere. Por lo tanto, queda en evidencia que pacientes que luego de su hospitalización, viven en hogares con alto riesgo de EE, tienen mayores probabilidades de que se produzca una recaída frente a los pacientes que vuelven a sus hogares con baja EE (Muela y Godoy, 2001).

### **5.5 Psicoanálisis en esquizofrenia**

En términos psicoanalíticos, se podría decir que en la esquizofrenia existe una desintegración de las funciones de la personalidad. Este tipo de trastorno está relacionado con el funcionamiento yoico, es decir, con la parte de las funciones psíquicas responsables de la integración, donde se logra un balance entre el mundo interno y el mundo externo. A su vez, la regresión de las funciones del ego trae aparejado el deterioro de los modos de pensamiento realista y lógico, sustituido por un sistema de pensamiento más arcaico, propio de los sueños y del inconsciente (Alanen, 2003).

Sobre la base del estado regresivo de los pacientes con esquizofrenia y la naturaleza de las experiencias de transferencia-contratransferencia, algunos de los investigadores que adoptaron un enfoque psicoanalítico, han planteado que la frustración grave de las experiencias gratificantes en la temprana relación madre-hijo, es la fuente profunda de la psicosis esquizofrénica (Alanen, 2003).

Los primeros escritos de Freud, publicados en la década de 1890, incluyen dos breves informes de casos sobre la psicología de la psicosis. El primero trata del estado de confusión alucinatoria, en la que la desilusión es sustituida por la realización del deseo (Freud, 1894). El segundo trata de la “demencia paranoide”, donde Freud demuestra la conexión entre los síntomas psicóticos y aspectos relevantes de la biografía del



paciente. Asimismo, Freud plantea que en la esquizofrenia se encuentra la ruptura del vínculo entre la representación-cosa y la representación palabra (Alanen, 2003; Abíznano, 2018).

Existe un grave deterioro del funcionamiento a nivel personal, así como también a nivel social, produciendo que las personas que lo padecen no evalúen correctamente las percepciones y pensamientos, extrayendo conclusiones e ideas erróneas de la realidad exterior. Esta psicosis es una perturbación del nexo que hay entre el yo y el mundo exterior y es caracterizado por la pérdida de la realidad. Ese yo, compensará esa pérdida con la construcción de una realidad nueva. Allí es donde aparecen las alucinaciones, las formaciones delirantes (Pryor, 2010).

La precondition más importante en la psicoterapia con enfoque psicoanalítico de los pacientes con esquizofrenia es la capacidad de contratransferencia empática del terapeuta, y de establecer una relación interactiva. Puede suceder que la transferencia del paciente sea ambivalente y vulnerable a las frustraciones, pero si encuentra este tipo de comprensión empática, también puede desarrollar un fuerte y duradero vínculo con el terapeuta (Alanen, 2003).

Es imprescindible entender la dinámica del paciente, para conocer totalmente el significado simbólico de sus síntomas. La experiencia interna del paciente suele caracterizarse por confusión y un desbordamiento de estímulos sensoriales, donde los mecanismos de defensa se basan en los intentos del yo por abordar estos conflictos. Las defensas primitivas fundamentales interfieren en el análisis de la realidad, en lugar de reconocerlas como procedentes del mundo interior; se confunden los límites entre la experiencia interna y externa (Sadock et al., 2019).

Para Gabbard, no existe “el” tratamiento para la esquizofrenia, sino que todas las abordajes terapéuticos deben ser en función de las necesidades de cada paciente de forma individual. Las dificultades de integración de los límites del yo y la ansiedad que le producen a los pacientes la fusión con los otros, representa un problema que usualmente solucionan con el aislamiento. Por lo que representa un gran desafío para el terapeuta, lograr que el paciente sea capaz de confiar en él y en los otros.



La terapia personal posee una serie de fases. La fase inicial tiene su foco en estabilizar los síntomas. Asimismo busca desarrollar una alianza terapéutica, lo cual es altamente difícil de lograr, debido a la pérdida de insight del paciente. Esta fase se complementa con psicoeducación acerca de la enfermedad. Luego una fase intermedia, la cual es ajustada para ayudar al paciente a que tome conciencia de señales afectivas internas, asociadas al estrés. En esta fase algunos pacientes ya se encuentran con posibilidades de iniciar el entrenamiento de habilidades sociales. El terapeuta debe servir como un yo auxiliar para el paciente (Gabbard, 1994).

### **5.6 Psicoanálisis multifamiliar**

Las intervenciones familiares encuentran sustento, en los aportes realizados por Pichón-Rivière (1997), entre otros, en lo que se revela que la enfermedad mental se presenta como un conflicto del grupo familiar, en donde el sujeto actúa de portavoz. A raíz de este concepto, se evidencia que, al producirse cambios en el grupo familiar, estos generan cambios tanto en la sociedad, como en el individuo.

El trabajo con familias muestra que un factor accidental o traumático puede actuar fundamentalmente en la vida del sujeto, no solo como desencadenante de una patología, sino como condicionante permanente de la misma. La experiencia familiar permite entonces valorar las acciones que unos sujetos ejercen sobre otros, dentro de la trama intersubjetiva vincular familiar (Losso, 2001).

Las experiencias grupales tuvieron origen, en gran parte, en esas limitaciones del psicoanálisis individual. En contextos grupales se hizo posible el abordaje de las patologías mentales graves y, en ese sentido, la terapia familiar constituyó una apertura importante (García Badaracco, 2000).

El Psicoanálisis Multifamiliar es una aproximación llevada adelante por el Dr. García Badaracco, en torno a la cual se desarrolla una determinada modalidad de intervención en el ámbito de las psicosis.

El autor presenta una propuesta para el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves, que permite integrar en un solo abordaje diversos



recursos terapéuticos y trabajar simultáneamente los conflictos en las dimensiones individual, familiar y social, que subyacen al funcionamiento psicótico de la mente. El éxito de esta modalidad terapéutica se centra en la multiplicidad de identificaciones que son facilitadas por la dimensión multifamiliar, convirtiendo al contexto en uno de los puntos de mayor importancia de este dispositivo de tratamiento (García Badaracco, 2000).

El grupo multifamiliar provee condiciones excepcionales para tratar la enfermedad mental grave. El trabajo clínico individual, orientado a la tramitación de los esquemas objetales que porta el paciente, es un aspecto importante. Otro aspecto fundamental, es la red de interacciones sociales que éste encuentra en la Comunidad Terapéutica, dado que proveen un escenario donde desplegar las dinámicas necesarias para transitar desde un funcionamiento psicótico de la mente, a un modo de funcionamiento consensuado, con mayor ajuste a la realidad (García Badaracco, 2000).

García Badaracco, concibió una aproximación más amplia observando que al realizar un trabajo clínico desde un marco psicoanalítico con la mayor cantidad de miembros posibles dentro del espacio interrelacional del paciente, es decir, involucrando a las personas con las que tiene relación estrecha y mutua (familia, terapeutas, amigos), se puede llegar al acto de la cura desde una perspectiva multifamiliar (García Badaracco, 2000).

Atendiendo a las nociones de transferencia y contratransferencia aplicadas a la acción social, y al concepto de que la mente está incluida en una trama de interdependencias recíprocas, el autor sostiene que el contexto multifamiliar, permite la actualización de los conflictos bajo las diferentes formas de vínculos entre familiares. Por lo tanto, la posibilidad de compartir experiencias afectivas y alcanzar un aprendizaje emocional, se logra mediante la transformación gradual de la expresión de dichos conflictos. Se presenta así como una forma de pensar y operar en la realidad (García Badaracco, 2000).



## 6. Rehabilitación psicosocial y calidad de vida

El abordaje integral, con las distintas intervenciones tanto para el paciente como para la familia, apunta a lograr una rehabilitación psicosocial integral del paciente y mejorar su calidad de vida y la de su entorno.

La definición de rehabilitación de la Asociación Mundial de Rehabilitación psicosocial (AMRP, 1996) es la siguiente:

(...) un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap (o desventaja) de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad.

La Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial, que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad (Padilla y Lanzarote, 2010; Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011). La misma tiene como objetivo la prevención, tanto primaria como secundaria. El trabajo consiste en un encuentro entre la persona que padece el trastorno, su familia, su entorno y el equipo técnico. El tratamiento debe tender a que la persona con esquizofrenia pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social, contando con el apoyo de los técnicos especializados. Se busca así, favorecer el proceso de recuperación e inclusión social (Padilla y Lanzarote, 2010).

En algunas situaciones se observa que la vida social de la persona con esquizofrenia se va deteriorando día a día, disminuyendo notablemente sus habilidades para interactuar con otras personas y mantener vínculos tanto laborales como familiares.



Los pacientes pueden entender erróneamente las formas de comunicación recibidas por otro y sentir hostilidad en cuanto al contacto social. Esto lleva aparejado que vayan perdiendo las redes de contención y apoyo externas a la familia y muchas veces el sostén de los familiares (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986). Por lo tanto, para lograr la inclusión social, se necesita conocer tanto la experiencia subjetiva del paciente como la perspectiva objetiva del profesional (Padilla y Lanzarote, 2010).

Debido a que como se ha dicho anteriormente, dentro de los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial se encuentra mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales y de sus familias, es importante definir el concepto de calidad de vida.

La OMS define a la calidad de vida como, la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el que vive. Este concepto se utiliza para evaluar el impacto que la enfermedad produce en el paciente en su diario vivir, en la cotidianidad. Las dimensiones que se toman en cuenta son la salud física y emocional, el bienestar psicológico y social, la seguridad económica y la capacidad funcional para desarrollar normalmente las actividades de la vida diaria (Caqueo y Lemos, 2008).

El concepto calidad de vida, surge en un primer momento en el campo de la sociología con el propósito de indicar las diferencias que existen entre el nivel de vida económica, social, recursos materiales, que el sujeto posee y los que puede utilizar. Mas adelante el concepto trascendió dicho ámbito y se incorporó al campo de la salud, sobre todo a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo y a la percepción de su bienestar biopsicosocial. El término intenta simplificar, mostrar y explicar, la realidad del continuo salud-enfermedad en relación a un tratamiento y busca constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria (López, 2007).

En un estudio realizado con pacientes que padecían esquizofrenia, se evaluó la calidad de vida que tenían, mediante un cuestionario que media cuatro factores fundamentales que fueron: relaciones interpersonales y red social, rol instrumental (refiere al trabajo, cumplimiento, extensión, grado de ocupación/ desocupación),





funciones intrapsíquicas (objetivos, motivaciones, empatía, utilización del tiempo) y objetos y actividades comunes (cotidianas). Se llegó a la conclusión de que más de la mitad tenían una calidad de vida muy deficiente. El punto crítico de estos sujetos fue el rol de relaciones interpersonales y red sociales, con individuos ajenos a su entorno inmediato, lo que le impide de cierta forma, desarrollar una vida normal dentro de la sociedad. La calidad de vida es un concepto muy subjetivo, por lo que, a su vez, se preguntó a los sujetos sobre qué calidad de vida pensaban que tenían (Cibanal, Pol, Neipp y Rodríguez, 2000).

La calidad de vida no es un reflejo de las condiciones físicas, interpersonales y/ o sociales, sino cómo ese sujeto evalúa y juzga eso que está vivenciando. La falta de una conciencia acerca de la enfermedad conduce a pensar que estas personas, no podrán definir por sí mismas lo que significa calidad de vida, y que el tratamiento que se les sugiere es para poder alcanzarla. Esto suele suceder sobre todo al comienzo de la enfermedad, lo que puede traer dificultades a la hora de seguir correctamente el tratamiento (Padilla y Lanzarote, 2010).

Por lo tanto, queda claro que los objetivos de la rehabilitación psicosocial van más allá de aspectos vinculados a la recuperación o afrontamiento del déficit, debiendo complementarse con una intervención que potencie las fortalezas de los sujetos, así como una intervención sobre el propio entorno (Florit, 2006). Los objetivos de la rehabilitación psicosocial que Florit (2006) plantea como primordiales son: potencializar la adquisición o recuperación de las habilidades; fortalecer la integración social del sujeto dentro de la comunidad, por medio del apuntalamiento hacia un funcionamiento lo más autónomo e independiente posible; brindar el seguimiento y apoyo social adecuado a las necesidades de cada sujeto; la prevención y disminución del riesgo de deterioro psicosocial, marginalización e institucionalización prolongada y orientar a la familia del paciente a través de una adecuada psicoeducación, con el fin de contar con las herramientas necesarias para actuar frente a situaciones problemáticas, e incidir de forma positiva en el proceso de rehabilitación (Florit, 2006).

Es de suma importancia que los equipos de salud trabajen en conjunto, con un enfoque multidisciplinar y a través de un abordaje integral, apuntando a los diferentes



ámbitos de la vida cotidiana del paciente, que ayuden a que el complejo proceso de la Rehabilitación Psicosocial pueda ser llevado a cabo de una forma adecuada.

La recuperación es de gran importancia, no solo para la clínica, sino que también tiene repercusión en la economía y en la sociedad. Décadas atrás, los pacientes con esquizofrenia permanecían en instituciones, hospitalizados, con tratamientos limitados al abordaje farmacológico y sin esperanza de reintegrarse a la sociedad. Actualmente los objetivos terapéuticos han ido cambiando, y además de controlar los síntomas psicóticos, se realizan tratamientos terapéuticos que buscan alcanzar una recuperación funcional del paciente (Florit, 2006).

La recuperación tiene como propósito, construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, lograr que esa persona crezca, más allá de los efectos avasallantes de la enfermedad. El modelo de recuperación que se comienza a utilizar se encuentra centrado en lo que el sujeto puede hacer y no en lo que no puede hacer. Las cinco etapas de recuperación para llevar a cabo una exitosa rehabilitación son: moratoria, en la que existe un tiempo de retraimiento y desesperanza de poder curarse; concientización, darse cuenta que es posible recuperarse; preparación, se comienza a trabajar en las fortalezas y habilidades que tiene el sujeto; reconstrucción, en esta etapa se trabaja activamente para lograr una identidad positiva, asumir que sí puede tener el control de su vida; y por último la etapa de crecimiento, darle sentido a la vida, caracterizada por la autogestión de la enfermedad. Estas etapas no ocurren en forma lineal, se pueden ir transitando en diferentes tiempos según la persona, incluso algunos no las transitan todas. Estos son aspectos de vinculación con el proceso de recuperación (Shepherd, Boardman y Slade, 2008).

Uno de los indicadores principales de que el paciente esta avanzando hacia una recuperación, se manifiesta cuando la persona logra separarse del papel de enfermo para convertirse en un sujeto receptor de cuidados, puede ser mediante el trabajo o el cuidado de la familia, pero son indicadores de un progreso en el proceso de recuperación (Shepherd et al., 2008).



## 7. Conclusiones

La rehabilitación psicosocial con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es un proceso complejo, pero de suma importancia para mejorar la calidad de vida del paciente y potenciar sus habilidades y relaciones frente al mundo al que se enfrenta. Es necesario comprender la perspectiva, tanto el paciente como de su familia (tener en cuenta sus necesidades y sus posibilidades), para lograr seleccionar el tratamiento más adecuado para el mismo. Por lo que es fundamental profundizar en las distintas intervenciones que existen para afrontarla. Esto es importante debido a que, como se ha visto anteriormente, la esquizofrenia incluye diversos factores que afectan al sujeto que la padece, así como a sus familias. Además, la enfermedad puede condicionar la calidad de vida del paciente, generar un deterioro de su funcionamiento, convirtiendo al sujeto en un ser extraño y solitario a la vez, con consecuencias negativas a nivel laboral y social. Por otro lado, el familiar o persona que cuida al enfermo puede mostrar y percibir cambios en su vida social e individual, además de un deterioro gradual a nivel personal, tanto físico como mental, lo que puede producir un descenso en la calidad de vida, no únicamente para el paciente sino para su familia. De esto se desprende la necesidad contemplar a los familiares o los que cumplen esa función, dentro de los tratamientos más adecuados, siendo primordial la atención para ambos.

La percepción que tiene el mundo sobre los pacientes, de que no poseen la capacidad de controlar su comportamiento, como su agresividad y violencia, puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia. Esto resulta perjudicial a nivel emocional y conductual, repercutiendo en su autoestima y al mismo tiempo, se relaciona positivamente con síntomas de depresión y ansiedad. Por ello, es fundamental realizar las intervenciones necesarias a tiempo, con el fin de aminorar o evitar estas situaciones.

Por otra parte, los pacientes pueden recibir un trato discriminatorio o sentir que no son comprendidos durante el proceso de rehabilitación, por lo que es imprescindible que las personas del entorno reciban la información y las herramientas necesarias para lograr ser un sostén sólido para el enfermo, lo que influiría favorablemente en la continuidad del tratamiento y su efectiva rehabilitación. Las familias enfrentan el reto de lograr su propia recuperación, volver a evaluar su vida, aceptando la nueva realidad y así lograr efectuar una reestructuración en el seno del núcleo familiar. Es importante



que los servicios de salud tengan en cuenta la recuperación de los cuidadores y familiares para ayudarlos a reorientar sus vidas.

Por lo anteriormente expuesto, es que se trabaja en una rehabilitación psicosocial de forma integral, a través de dispositivos que contienen intervenciones adecuadas, tanto para el paciente como para sus familiares. La mala comunicación y la falta de información lleva a reforzar la rigidez de la enfermedad, así como también altas tasas de recaídas, por ello es necesario trabajarla. A través de la rehabilitación psicosocial de forma integral, es que se logra que la enfermedad pueda ser controlada, que se pueda mejorar notablemente la calidad de vida de la persona afectada, para que esta pueda continuar con sus actividades cotidianas.

Esta rehabilitación es un trabajo que se realiza teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los sujetos que padecen la enfermedad, el cual es un rasgo potencializado por la sintomatología del cuadro psicopatológico y la estigmatización social a la que se encuentra asociada. Es un nexo entre el paciente y la sociedad, ya que esta le permite, una vez estabilizado, recuperar sus funciones dentro de ella. A su vez, el proceso debe contar con un equipo interdisciplinario de profesionales como médicos, psicólogos, asistentes sociales, entre otros. También es importante que en este equipo técnico, exista cierta calidez humana para trabajar con las personas que padecen la enfermedad, donde se produzca la comprensión y flexibilidad necesaria para entender a las personas con psicosis, sus tiempos, sus logros, etc. Esta rehabilitación se realiza enfocada a mejorar el comportamiento del sujeto con su entorno, utilizando los recursos con los que el mismo ya cuenta, poniendo énfasis en sus fortalezas.

En resumen, se plantea la importancia del proceso de rehabilitación en el abordaje de la esquizofrenia, dado que puede mejorar el pronóstico de la misma, incorporando mejoras en la calidad de vida y autonomía del sujeto. Sin dejar de tener en cuenta que es un proceso complejo a largo plazo, en el que se debe realizar un proyecto o plan terapéutico, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, apuntando a la participación activa de este y de su familia.



## 8. Referencias Bibliograficas

- Abíznano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en Psicología*, 23, 7-13.
- Acevedo, L. y Vidal, L. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*. 23(01), 131-145.
- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia, Sus orígenes y sus tratamientos adaptados al paciente*. Londres: H. Karnak Ltd.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Organización Mundial de la Salud. (1996). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/ WHO*. Recuperado de [http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO\\_WAPR\\_Declaracion\\_de\\_consenso\\_esp.pdf](http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf)
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V-TR)*. Barcelona: Masson.
- Baldor, I., Jerez, M., Rullas, M. y González, J. (2008). Sobre la oportunidad de rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 433-449.
- Bernardo, M., Córdoba, R., Torales, J. y Barrios, I. (2016). *¿Qué sabemos de la Esquizofrenia? Guía para pacientes y familiares, 1st ed.* Barcelona: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Berrios, G. E., Luque, R. y Villagrán, J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 111-140.



- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Cibanal, L., Pol, E., Neipp, R. M., y Rodríguez, M. (2000). Quality of life in schizophrenics in a day centre. *Psiquis*, 21(1), 48-54.
- Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.
- Díaz M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Ey, H. (1971). *Tratado de Psiquiatría, 5ta edición*. Barcelona: Masson.
- Exner, J. y Sendín, C. (1998). *Manual de Interpretación del Rorschach: Para el Sistema Comprehensivo*. (2ª ed.). Madrid: Editorial Psimática
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244.
- Freud, S. (1991). Neuropsicosis de defensa. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 41-61). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894).
- Fuller, E. (2006). *Superar la Esquizofrenia: La Guía Indispensable para la Enfermedad más Incomprendida de Nuestros Días*. Barcelona: Planeta.
- Gabbard, G. (1994). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Panamericana.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento de sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Goff, D. C. (2013). Perspectivas para el futuro del tratamiento de las disfunciones cognitivas y los síntomas negativos de la esquizofrenia. En M. Maj (Comp.). *World Psychiatry* (pp. 99-107). Madrid: Ergón.
- Gonçalves, A. M. N., Dantas, C. D. R., Banzato, C. E. y Oda, A. M. G. R. (2018). A historical account of schizophrenia proneness categories from DSM-I to DSM-5 (1952-2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 21, 798-828.



- González, F., Eslava M. A., Baena S., Aragón, M., Muñoz, D. y Márquez A. M. (2009). *Calidad de vida y esquizofrenia: una aproximación hacia la objetividad. Biblioteca Lascasas*, 5(6), 1-12. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0496.php>
- Henry, L. (2004). Psychological Intervention in Recovery from Early Psychosis: Cognitively Oriented Psychotherapy. En J. F. Gleeson y P. D. McGorry (Comp.), *Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook*. (pp. 63-80). Melbourne: John Wiley & Sons.
- Líceá, A. G., Robles, D., Díaz, C. X. y Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(11), 34-39.
- López, F. (2007). Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14, 65-75.
- Losso, R. (2001). *Psicoanálisis de la familia: Recorridos teórico-clínicos*. Buenos Aires: Lumen.
- Loubat, M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15- 25.
- Martínez-Cardona, M.; Estrada, C.; Vélez-Velásquez, A.; Muñoz-Avendaño, N.; López, J.; Bermeo de Rubio, M.; y Toconas-Morea, V. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, (39-5), 643-653.
- Masedo, A. (2021). La psicopatología de la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 69-85.
- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 251-266.



- Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Moriana, J. A., Alarcón E. y Herruzo J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia. *Psicothema*, 16(3), 436- 441.
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1-6.
- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Otero, G. (2020). El enemigo invisible: La sensibilización ante las enfermedades mentales a través de los video juegos. *Revista Castellano- Manchega de Ciencias Sociales*, (29), 69-83.
- Padilla, E. y Lanzarote, M. (2010). Actualizaciones en Psicología clínica y de la Salud infante – juvenil. *Anuario de Psicología clínica y de la salud*, (6), 5 -6.
- Padín, G. A. (2012). *Esquizofrenia*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Pichón-Riviere, E. (1997). *Proceso Grupal*. s.l.: Nueva.
- Pryor, C. (2010). *Psicoanálisis multifamiliar en el proceso Psicoterapéutico del paciente psicótico* (Tesis doctoral, Universidad de Belgrano, Buenos Aires). Recuperado de [http://190.221.29.250/bitstream/handle/123456789/545/427\\_Pryor.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://190.221.29.250/bitstream/handle/123456789/545/427_Pryor.pdf?sequence=2&isAllowed=y)





- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H. y Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud mental*, 37(3), 239-246.
- Rus-Calafell, M. y Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 89-93.
- Sadock, B.J.; Ahmad, S.; Sadock, V.A. (2019). Kaplan & Sadock. *Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 6ta edición*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Sánchez, E., Cruz, S. y Machado, J. (2011). Tratamientos psicológicos para la esquizofrenia: análisis de la terapia familiar. *Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 8(1), 67-75.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). Hacer la recuperación una realidad. *Sainbury center for mental Health*, 134-138.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12 (4), 671-681.