



**LA INTERVENCIÓN FAMILIAR COMO EJE DE LA REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL EN UNA MUJER CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.**

Caballero Campillo, Rocío<sup>1</sup>  
Guedeja-Marrón y Liébana, Juan M.<sup>2</sup>  
González Villajos, Francisco Javier<sup>3</sup>

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mostoles. Red de atención a personas con  
enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

**THE FAMILIAR INTERVENTION AS THE MAIN CORE IN A PARANOID  
SCHIZOPHRENIC WOMAN'S PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**

Caballero Campillo, Rocío  
Guedeja-Marrón y Liébana, Juan M.  
González Villajos, Francisco Javier

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mostoles. Red de atención a personas con  
enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

---

<sup>1</sup> Psicóloga CRPS Mostoles  
<sup>2</sup> Educador CRPS Mostoles  
<sup>3</sup> Psicólogo CRPS Mostoles

## **La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide.**

Se trata de una mujer diagnosticada de esquizofrenia paranoide, derivada del Centro de Salud Mental de referencia por presentar dificultades psicosociales en las siguientes áreas generales: presenta patología dual (consumidora de cannabis), baja conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, falta de regulación de horarios diarios, fuerte conflictividad familiar y escasa red social. Tras la evaluación funcional del caso se determina una intervención mediante rehabilitación psicosocial basada en la psicoeducación, prevención de recaídas en la enfermedad mental grave (EMG) y abstinencia a tóxicos (con estrategias de corte cognitivo-conductual), abordaje de las ideas delirantes relacionadas con la familia mediante intervención familiar (exposición directa al contenido), intervención en AVD básicas e instrumentales, exposición natural a grupos de rehabilitación de corte social (jóvenes) e intervención Prelaboral y de vinculación a recursos comunitarios. Finalmente se deriva al Centro de Rehabilitación Laboral y es atendida en paralelo desde allí a partir de octubre de 2011.

**Palabras clave:** Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), síntomas psicóticos, cognitivo conductual (TCC), Esquizofrenia Paranoide, Intervención familiar, creatividad.

## **The familiar intervention as the main core in a paranoid schizophrenic woman's psychosocial rehabilitation**

This study deals with a woman diagnosed a Paranoid Schizophrenia and was transferred from the Mental Health Center due to her psychosocial difficulties in these general areas: she presents a dual pathology (she is a cannabis consumer), a scarce consciousness about her illness and a low attachment to its treatment, lack of regulation in her everyday schedule, and almost non-existent socializing. After the functional evaluation of this case, an intervention through psychosocial rehabilitation is resolved, based on Psychoeducation, Prevention of the Seriously Ill Relapse and Drug Abstinence, (using strategies taken from the Cognitive–Conductual trend), approaching her delirious ideas related to her family through family mediation (direct exposure to the content), intervention at basic and instrumental AVD, natural exposure to rehabilitation groups in a social context (young people), and, as the frequency, intensity and length of our target behavioural conducts for her have increased, we have moved towards a pre-labour intervention and a connection to community resources (after having managed optimal levels of autonomy) to finally transfer her to the Labour Rehabilitation Center, while she has been concurrently assisted from there since October 2011.

**Key Words:** psychosocial rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Institute, Psychotic symptoms, Cognitive Behavioral, Paranoid schizophrenia, family intervention, Creativity.

## La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide.



### INTRODUCCIÓN

El caso que se va a presentar a continuación está encuadrado en la metodología de la rehabilitación psicosocial de una mujer joven, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, patología dual (cannabis) y que tras la intervención en diferentes áreas ha conseguido evolucionar, pasando de estar productiva con ideas delirantes activas relacionado con la familia, a iniciar un proceso de rehabilitación laboral (desde Centro de Rehabilitación Laboral, CRL en adelante).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS en adelante) es un recurso específico de la Red Pública de Atención a personas con Enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo prioritario es el de ayudar a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, promover la integración en la comunidad y asesorar a las familias de los enfermos. Son derivadas las personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años que tengan un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera y que necesiten apoyo en diferentes áreas relacionadas con la autonomía, la salud y la integración comunitaria.

Para contextualizar el caso, se describen a continuación las áreas de trabajo que se suelen realizar con las personas atendidas:

#### Áreas de intervención en CRPS:

Los programas nucleares que se desarrollan en los CRPS son (González-Cases y Rodríguez-González, 2010):

- A. **Habilidades sociales:** Pretenden mejorar las competencias y las habilidades relacionadas con la interacción social, a través de procesos estructurados de entrenamiento y aprendizaje de habilidades sociales específicas en los diferentes contextos y situaciones en las que se desenvuelve el sujeto.
- B. **Programas de psicoeducación y prevención de recaídas:** Pretenden aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y las competencias necesarias para su manejo adecuado, procurando que la persona sea capaz de prevenir recaídas y reducir hospitalizaciones en agudos.
- C. **Programa de afrontamiento y manejo de la ansiedad:** Entrenar en la identificación y en el manejo de las respuestas que emiten algunas de las personas con EMG ante situaciones ansiógenas.
- D. **Programa de rehabilitación cognitiva:** Mejorar el funcionamiento cognitivo de la persona a través de la restauración de las funciones cognitivas deterioradas similares al nivel premórbido, la compensación de las funciones perdidas y la optimización de las funciones conservadas, teniendo especial relevancia la “cognición social”.
- E. **Programa familiar:** Persigue que los familiares mejoren su competencia, habilidad e implicación adecuada en el proceso de rehabilitación de su familiar con enfermedad mental. Objetivos secundarios al anterior serían disminuir la



- carga emocional de los familiares, aumentar la sensación de control, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de toda la familia en su conjunto.
- F. **Programa de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD):** Mejorar la higiene y el aspecto personal; el manejo de la vivienda; los hábitos de salud, alimentación y sueño; etc.
  - G. **Programa de ocio y tiempo libre:** Favorecer la práctica de actividades normalizadas de ocio y tiempo libre en el entorno socio-comunitario de la persona.
  - H. **Programa de integración comunitaria:** Mejorar el funcionamiento en el uso de los diferentes recursos y servicios de la comunidad normalizados.
  - I. **Taller prelaboral / Programa de inserción laboral:** Pretende mejorar las competencias de la persona para el acceso y el mantenimiento en el mercado laboral.

Además, en este caso se añade la “*lucha contra el estigma*” y la intervención en patología dual, por adaptarnos a las peculiaridades del caso en concreto, ya que se trata de una mujer joven, impactada por el proceso de la enfermedad mental (tanto ella como su familia) y consumidora de cannabis.

Elegimos este caso porque se ha intervenido en todas las áreas de rehabilitación, de forma multidisciplinar. Además es una persona afectada de una patología dual (consumo de cannabis) y joven, con dificultades familiares, y con una evolución personal en estos años, que ha permitido realizar una intervención dirigida a lo clínico inicialmente, hasta finalizar con una rehabilitación laboral.

## IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.

### Motivo de consulta.

La usuaria es derivada desde su Servicio de Salud Mental de Zona por presentar un empobrecimiento en su funcionamiento psicosocial, derivado del proceso de la enfermedad mental (Esquizofrenia paranoide): aislamiento en casa, sintomatología positiva resistente, malas relaciones familiares, ausencia de actividades de ocio, formativas y sociales, desajuste en las actividades de la vida diaria y autocuidados (tareas domésticas, alimentación, uso de medios de transporte, etc.), falta de autonomía en la gestión de situaciones cotidianas, consumo de cannabis, falta de conciencia de enfermedad y dificultades en el manejo de síntomas positivos y/o negativos.

En las primeras entrevistas, con ella y con su familia (por separado y de forma conjunta), se obtienen datos de su historia clínica y biográfica: Es la pequeña de dos hermanos, actualmente vive ella sola con sus padres, ya que el hermano se independizó hace más de cinco años. Desde pequeña ha tenido dificultades para adaptarse a los cambios y dificultades sociales. La incorporación a la guardería, al colegio o el cambio de barrio le costaron mucho. Según recuerdan, lloraba mucho, se agarraba a la pierna de su madre cada vez que ésta la dejaba en la guardería o en el colegio. Anduvo a su tiempo, pero comenzó a hablar más tarde, llegando a necesitar apoyo del logopeda. A los 7 años es tratada por problemas de lectoescritura. También tuvo dificultades con la alimentación. Siempre ha comido poco y mal. A los 16 años es tratada en el Hospital Infantil por trastorno de la conducta alimentaria.

Finaliza la ESO con 16 años. Comienza en ese momento a manifestar más rasgos relacionados con la introversión. Se aísla, deja de relacionarse con los amigos del barrio, pierde contacto social, se interesa por temas esotéricos (llena de velas la habitación), consume cannabis y se descontrola en horarios.

Con 20 años debuta la enfermedad mental con un brote psicótico inducido por sustancias. Tiene el primer ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve. Al alta es derivada al Hospital de Día para intervención grupal y abordaje familiar. Muestra falta de adherencia al tratamiento.

En febrero del 2007 se produce otro ingreso hospitalario porque aparece un cuadro caracterizado por una fuga psicógena (con comportamientos desorganizados y desorientación) tras un conflicto familiar. Es la guardia civil la que la encuentra por la carretera haciendo autostop y llama a los padres para que vayan a buscarla. Tras el ingreso continúa con dificultades de adaptación al Hospital de Día y con sintomatología positiva. Se la deriva a la Mini Residencia, por conflictividad familiar. Tras unos meses sale de la Mini Residencia y en abril del 2008 es derivada al CRPS.

En cuanto a la relación familiar, ella la vive como negativa. Comenta que la critican, que no valoran sus esfuerzos, hasta el punto de que su sintomatología positiva tiene que ver con esta temática (“cuando oye voces son discusiones de sus padres criticándola”). Una vez instaurada la relación terapéutica, comienza a verbalizar que piensa y percibe que el padre la vigila, la mira en forma de acoso sexual y cree que la quiere tocar. En las citas familiares se muestra callada y evitativa, nunca se sienta al lado del padre. Con su hermano mayor mantiene una buena relación, se ven con frecuencia y comparten alguna actividad de ocio.

Apenas mantiene actividad ocupacional diaria. En cuanto a las actividades de la vida diaria básicas - AVDB (aseo, alimentación, etc.), mantiene hábitos inadecuados (alimentación empobrecida o abundante desde el impulso), sueño desorganizado, ya que pasa mucho tiempo aislada en la habitación y duerme muchas horas durante el día. En cuanto a las actividades de la vida diaria instrumentales - AVDI, se muestra con muchas dificultades para funcionar de forma independiente en la comunidad (dadas las dificultades cognitivas añadidas, se pierde con facilidad, muestra inseguridad y miedos a la hora de utilizar los medios de transporte públicos) lo que genera que busque compañía para cualquier desplazamiento. Esto se ve reforzado por su personalidad dependiente y por la sobreprotección de los padres, lo que dificulta que pueda poner en marcha estrategias de autonomía. En relación a cuestiones burocráticas, muestra poca capacidad y ninguna experiencia en la gestión de trámites, todo lo resuelven los padres. Asimismo, no colabora apenas en las tareas domésticas, no sabiendo planchar, ni cocinar ni realizar ninguna labor en esta línea.

Es una chica con un perfil de Patología Dual, consumidora de cannabis, con criterios de abuso y fumadora de tabaco. No bebe alcohol, pero sí grandes cantidades de refresco de cola. Al haber tenido en su historia clínica antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria, con ingreso y tratamiento en el hospital infantil cuando tenía 14 años, es un área de especial atención, ya que descuida su alimentación tanto en relación a la cantidad como a la calidad de la misma.

También se observa una cierta distorsión con su imagen corporal, lo que genera que muestre mucha distancia física y miedo al contacto físico cercano con otras personas, especialmente del sexo opuesto. Esto ha sido una gran barrera en estos años para que realizara algún tipo de actividad física, ya que el contacto físico le generaba mucha ansiedad.

Le gusta la lectura y todas aquellas actividades relacionadas con el ocio individual. Disfruta con el dibujo y le gusta hacer manualidades. Cuando la actividad de ocio ya no es individual, sino que pasa a ser social, únicamente mantiene contacto con su familia. Ha perdido la relación con las amigas del colegio y del barrio desde el debut de la enfermedad. Muestra muchas dificultades para relacionarse con los demás y sobre todo para mantenerlas. Se bloquea cuando tiene que preguntar o mantener una conversación.

Posee la titulación de Graduado en ESO. Realizó un curso de quiromasaje en el año 2003, con una duración de 1 año. Con 18 años estuvo trabajando en una tienda de ropa, pero solo trabajó 4 meses y lo abandonó como consecuencia de su primer brote. El trabajo lo consiguió a través del padre. Lleva sin trabajar 8 años.

## **OBJETIVOS PLANTEADOS DESDE EL PLAN DE INTERVENCIÓN DE REHABILITACIÓN INDIVIDUAL - PIR:**

### **Área de psicoeducación sobre la enfermedad mental (Esquizofrenia Paranoide).**

- Aprender conceptos relacionados con su enfermedad mental (causas, pronóstico, curso, tipos de delirios, alucinaciones, manejo autónomo de la medicación, entender la experiencia psicótica, aprender a prevenir las recaídas) para manejar correctamente el proceso y así adherirse mejor al tratamiento.

### **Área de actividad de la vida diaria – AVD.**

- Aumentar gradualmente la actividad diaria de forma más autónoma. Reducir la sobreprotección en aras de incorporar comportamientos más autónomos en todas las tareas relacionadas con las AVD establecidas desde el PIR (tareas domésticas, autocuidado, gestiones burocráticas, pedir citas, etc.).

- Aumentar la autonomía en las cuestiones relacionadas con la enfermedad (toma de medicación, acudir a citas con la psiquiatra ella sola, estar pendiente de las fechas de próxima cita, etc.).

- Priorizar las actividades saludables y que le generen aprendizajes funcionales en detrimento de aquellas que fomentan el consumo, el sedentarismo y el cuidado de su imagen.

- Fomentar las relaciones con sus iguales en el CRPS y las salidas de ocio (con acompañamiento al principio y luego de forma autónoma en grupo).

### **Área social.**

- Aceptar gradualmente la relación con otros compañeros y profesionales del centro.

- Vincularse en actividades de rehabilitación grupales que permitan la relación con otras personas.

- Aprender habilidades sociales básicas y asertivas que faciliten la relación con iguales, con agentes sociales de su entorno y con su familia. Como iniciar una conversación, entablar una conversación en la sala de espera, mantener conversación con temas de interés para ella, decir que no y hacer y recibir críticas (sobre todo en contexto familiar).
- Entrenar habilidades concretas relacionadas con las dificultades particulares de ella. (Le cuesta mucho mantener contacto ocular, contesta con monosílabos, no sonrío, no saluda ni se interesa por los demás, etc.)
- Exponerse a situaciones sociales, para que sea ella sola la que las vaya resolviendo (pedir una cita, ir a comprar algo, pedir ayuda, preguntar dudas, etc.)

### **Área familiar.**

- Mejorar la comunicación familiar (expresión de emociones, desacuerdos, ideas delirantes) que están interfiriendo significativamente en la estabilidad psicopatológica y en el funcionamiento de la usuaria. Describir en consulta las ideas delirantes y enseñarles a clarificar el contenido y explicitar el efecto que le generan las mismas.
- Fomentar la empatía en la familia y la colaboración ante el proceso de recuperación de la usuaria.
- Mejorar la relación y el clima familiar (mediante actividades de ocio, identificación de intereses familiares, habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés, mediación del conflicto).
- Favorecer dinámicas de autonomía en la usuaria (permitir de forma gradual la puesta en marcha de actividades que fomenten un rol valioso y autónomo en ella).
- Reforzar los avances de la familia y de ésta a la usuaria.

### **Área de ocio y tiempo libre.**

- A corto plazo, fomentar las actividades de ocio reforzantes en la familia (Ella apenas opina o decide sobre qué hacer).
- A medio plazo, vincularla a actividades de ocio acompañada por profesionales del centro (desde actividades como el “Programa de Jóvenes”).
- A largo plazo, fomentar la relación con sus iguales del centro, con el objeto de vincularla a actividades de ocio autónomo (salidas de día por su municipio, ir al cine, tomar algo en una cafetería, etc.).

### **Área relacionada con el consumo (patología dual).**

- Aprender la relación entre el consumo de cannabis y síntomas positivos – niveles de atención – falta de motivación.
- Aprender estrategias de prevención de recaídas.
- Fomentar factores protectores y que la mantengan en la abstinencia (hábitos de salud, elección de amistades no consumidoras, estancia en lugares saludables donde no se consuma ni se venda cannabis, etc.).

### **Área prelaboral – formativa.**

- Cómo etapa final en su rehabilitación psicosocial, trabajar la motivación hacia la posibilidad de realizar una actividad formativa o prelaboral.
- Derivarla al Centro de Rehabilitación Laboral.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO SEGÚN LA USUARIA.

Al principio resultó difícil que se expresara y que hiciera demandas, sólo mediante la construcción de una adecuada relación terapéutica y la construcción de la confianza, pudo expresar cómo se sentía, contar experiencias de su vida que le habían marcado y hacer demandas de apoyo.

Este proceso fue largo (alrededor de tres meses) ya que por un lado tenía pocas habilidades sociales para expresarse y fue necesario hacer uso de *preguntas abiertas, parafraseos, resúmenes de citas anteriores y el uso de un diario de citas* para favorecer la comunicación.

Su principal demanda era la mala relación que mantenía con sus padres. La falta de entendimiento de ellos sobre lo mal que ella lo estaba pasando, el juicio al que se sentía sometida de “vaga” o la frialdad expresada por el padre ante el miedo que ella manifestaba por un posible abuso sexual. Ella creía que el padre la observaba cuando se duchaba o que quería tocarla cuando estaban sentados en el sofá. No obstante, ella misma reconocía que era una sensación, un miedo a que esto ocurriera, más que una realidad. Comentaba que este clima la llevaba a quedarse en su habitación aislada porque es donde se sentía más tranquila y que, además, tenía mucho sueño con la medicación y “se dejaba llevar”.

Reconocía haber consumido mucho cannabis y que a veces “se agobiaba” porque, aunque al principio se relajaba con el consumo, luego tenía más ansiedad y le daba vueltas a todo sin verle salida. Sentía no tener remedio ni futuro y que le gustaría “ser normal” algún día y poder ser feliz.

Refiere que hace años, cuando salía con amigas del barrio, se sentía bien, pero que ahora no sabe de qué hablar, que ve a la gente muy distante y que siguen otro ritmo que ella no puede seguir.

Las necesidades planteadas por la usuaria eran:

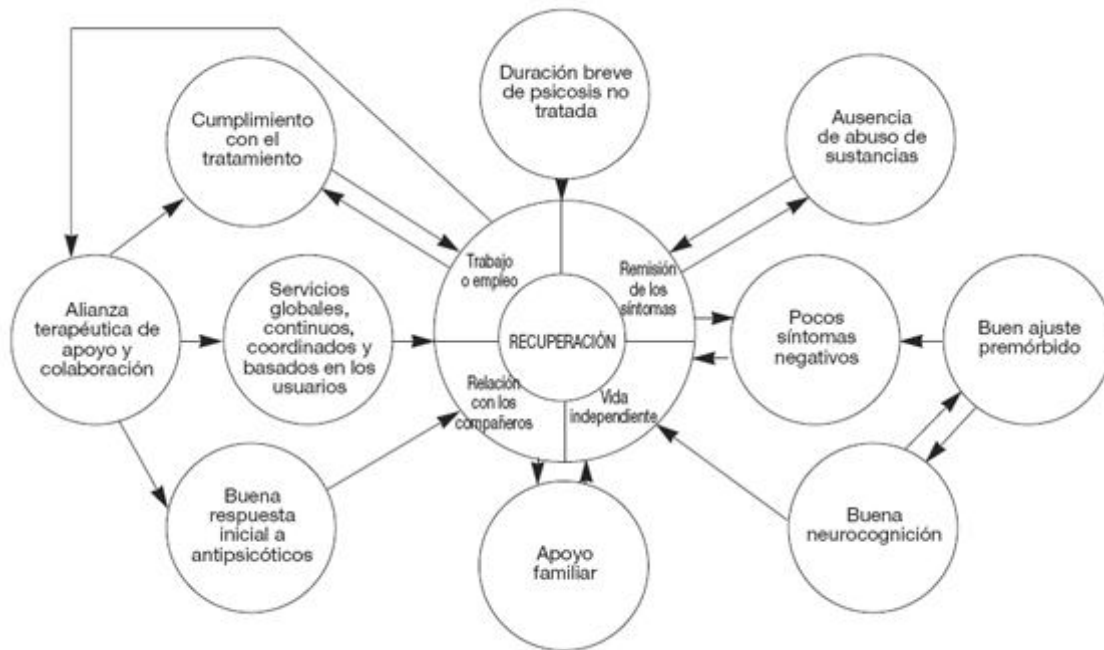
- Dejar de fumar cannabis.
- Sufrir menos.
- Estar menos aislada.
- Mejorar la relación con mis padres.

## PLAN DE INTERVENCIÓN DE CASO.

El caso que estamos tratando se contextualiza en el marco de la **rehabilitación psicosocial**, que surge para “instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal y con la mejor calidad posible a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación”, el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica” (Desviat, 2010).



A modo de esquema, en toda planificación terapéutica con este tipo de pacientes, se deberían tener en cuenta aquellos factores que, desde el conocimiento que nos aporta la literatura científica (Lieberman y Kopelwicz, 2006), favorecen la recuperación de estos enfermos.



Factores relacionados con la **recuperación**, con los vínculos propuestos para aspectos relevantes de la recuperación. Lieberman y Kopelwicz (2006).

En el caso que nos ocupa, nos hemos centrado en las áreas por niveles:

**NIVEL 1:** Al inicio, con una duración de unos tres años, se ha trabajado con ella y con la familia el manejo de los síntomas positivos (Cuevas Yust et al., 1997), la psicoeducación sobre la enfermedad mental (Aznar Avendaño, 2004), atendiendo al modelo de vulnerabilidad (Zubin y Spring 1977), la atención en la solución (en la capacidad) y en sus potencialidades como eje de trabajo. En la misma línea se ha apoyado con su CSM, la adherencia al tratamiento farmacológico, abstinencia a tóxicos y la vinculación a los grupos y a las personas que estamos en el CRPS (otros usuarios del recurso y profesionales), el entrenamiento en habilidades sociales mediante “role play” y la exposición gradual con acompañamiento en contexto normalizado a situaciones sociales y de ocio (desde grupos del centro tales como: “Espacio para jóvenes”, actividades programadas de ocio, habilidades sociales). También se ha trabajado la regulación de actividades de la vida diaria, la identificación de intereses motivacionales de ocupación diaria y de ocio y el entrenamiento en la gestiones de tareas gradualmente más difíciles para el desempeño de su autonomía.

**NIVEL 2:** Con una duración de unos dos años, se ha pasado a trabajar habilidades más complejas tales como la defensa de sus derechos y la lucha contra el estigma y el autoestigma, el ocio autónomo con sus iguales, las actividades de la vida diaria instrumentales (ir sola en medios de transporte, manejo de su dinero) acudir sola a

las citas médicas programadas, la toma de decisiones y la participación en un programa que se llama “espacio creativo”, como sumatorio de todas las habilidades entrenadas.

Asimismo, se fomentó la vinculación de la paciente a recursos comunitarios normalizados: centro cultural, escuela de salud municipal, espacios deportivos municipales, etc. Por último, se ha abordado la motivación para conseguir una rehabilitación laboral y su plena integración a la comunidad.

Cabe señalar que durante todo el proceso que ha durado la intervención, cinco años, se ha trabajado como algo prioritario *los factores familiares* (Brown, 1972; Perona Garcelán, 2004). En un inicio para el abordaje de síntomas positivos, más adelante para favorecer la comunicación intrafamiliar y el ocio en familia y, por último, para favorecer la autonomía de la usuaria tanto en las AVD como en la toma de sus decisiones. Al final del proceso, la atención ha estado dirigida a que apoyasen el paso a la rehabilitación laboral desde un cambio de rol de enferma a potencial trabajadora.

## **METODOLOGÍA.**

Todas las áreas antes mencionadas, se han trabajado en formato individual, familiar (sólo con los padres), multifamiliar (ella junto a sus padres) y en formato grupal (con otros usuarios).

Se han mantenido una media de una cita semanal con ella de unos 45-60 minutos, donde se han trabajado los distintos contenidos por parte de distintos profesionales: psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional y educador/a.

La metodología de intervención se encuadra dentro del modelo cognitivo conductual (Hermida y cols., 2003). Se inicia el proceso con la evaluación operativa de cada una de las áreas problema para partir de una línea base objetiva. Posteriormente, se marcan los objetivos de intervención consensuados con la usuaria, la familia y los profesionales intervinientes (dentro del CRPS y en su CSM). Seguidamente se establece un cronograma con los objetivos detallados de forma operativa en conductas objeto de trabajo y adaptando el contexto al entrenamiento y posterior generalización de los resultados.

Tras la consecución de los objetivos, se pasa a un período de seguimiento de los logros y de motivación para el cambio de rol de enfermo. En este período se trabaja la “salida” del CRPS, desvaneciendo el vínculo con los profesionales y fomentando la vinculación gradual a las nuevas personas intervinientes y al rol de potencial trabajadora.

La actividad grupal es un instrumento de intervención nuclear en los CRPS (Comunidad de Madrid, 2001), ya que permite el entrenamiento de diferentes áreas de rehabilitación de forma estructurada y con el valor añadido de hacerlo con otras personas.

Pasamos a describir los grupos en los que ha participado la usuaria durante todo el proceso de intervención, categorizándolos por niveles de intervención y señalando los distintos objetivos a conseguir.

<b>GRUPO DE REHABILITACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b><u>NIVEL 1 de tratamiento</u></b>	
<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	<p>Aprender conceptos relacionados con la Esquizofrenia Paranoide.</p> <p>Aceptación y conciencia de enfermedad (distanciarse del síntoma).</p> <p>Reducir la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas positivos.</p> <p>Reducir la angustia asociada.</p> <p>Reducir la interferencia en su vida diaria (permitir autonomía e integración social).</p> <p>Aprender a prevenir recaídas: aprender a objetivar.</p> <p>Dar sentido a los síntomas psicóticos (relación entre historia biográfica / clínica / personalidad).</p> <p>Mejorar la Cognición social (IPT), adaptado a la sintomatología positiva.</p>
<b>HABILIDADES SOCIALES</b>	<p>Aprendizaje de habilidades sociales básicas (Comunicación no verbal, saludar, presentarse, iniciar una conversación, mantenerla, cerrarla, cambiar de tema, etc.).</p> <p>En grupo de rehabilitación para realizar los entrenamientos y en contexto natural para las exposiciones.</p>
<b>TERTULIA - COLOQUIOS</b>	<p>Exposición de habilidades sociales básicas y avanzadas. Contacto con compañeros. Expresión de opiniones. Debates.</p>
<b>MANEJO DE LA ANSIEDAD</b>	<p>Aprendizaje de estrategias de manejo de la ansiedad desde la TCC.</p> <p>Análisis funcional de la conducta de ansiedad.</p>
<b>HABITOS DE SALUD</b>	<p>Incorporar hábitos de salud aprendiendo conceptos y favoreciendo su adquisición (sueño, alimentación, higiene buco dental, etc.).</p>
<b>JÓVENES</b>	<p>Adaptado al colectivo más joven se abordan todas las áreas comprendidas en el CRPS.</p>
<b>PSICOMOTRICIDAD</b>	<p>Favorecer el autoconocimiento y la relación con los objetos, el espacio, consigo misma y los otros.</p> <p>Desarrollar habilidades motoras.</p> <p>Desarrollo de habilidades de procesamiento.</p> <p>Toma de conciencia de su cuerpo y sus posibilidades de movimiento.</p> <p>Facilitar distintas formas de expresión.</p> <p>Estimular la capacidad creativa.</p>
<b>EJERCICIO FÍSICO</b>	<p>Aumentar la actividad diaria.</p> <p>Incorporar hábitos de salud.</p> <p>Hacer uso de recursos comunitarios.</p> <p>Regular el peso.</p>

<b><u>NIVEL 2 de tratamiento</u></b>	
<b>ESPACIO CREATIVO</b>	Objetivos de mejora de lo social, cognitivo, expresión de emociones, creatividad, cambio de rol.
<b>ASERTIVIDAD</b>	Aprendizaje de habilidades para la expresión de emociones y la gestión de conflictos (Decir no, expresión de críticas, recepción de las mismas...).
<b>AUTONOMÍA</b>	Aprendizaje del desempeño de tareas domésticas (plancha, barrer, fregar, etc.), gestiones burocráticas, moverse por la comunidad, etc.
<b>OCIO</b>	Desde su municipio de residencia, con el objetivo de hacer una red social de iguales y uso/vinculación a recursos normalizados de la zona.
<b>SENSIBILIZACIÓN</b>	Luchar contra el estigma social en el entorno próximo y amplio de la persona. Disponer de información objetiva y ajustada acerca de la enfermedad mental. Sensibilizar a la población general sobre la discriminación asociada por el hecho de experimentar una enfermedad mental. Realizar una labor de prevención en el desarrollo de comportamientos estigmatizantes, así como en la prevención y manejo de la propia enfermedad mental en uno mismo y en otras personas. Reducir el autoestigma y fortalecer un rol de competencia y capacidad en el entorno comunitario.

## AREAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

A continuación describiremos de forma práctica y detallada la intervención llevada a cabo en cada una de las áreas antes mencionadas.

Desde el abordaje del **objetivo relacionado con la sintomatología positiva**, al tratarse de una chica con ideación delirante activa e interfiriente en todas las áreas, se decidió iniciar de forma intensiva (durante aproximadamente 18 meses) este área, entrando al grupo de psicoeducación sobre la enfermedad y mediante citas individuales y familiares.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las guías clínicas internacionales acerca del abordaje de los síntomas psicóticos (Arnalich Jiménez y cols., 2003; Cuevas Yust y cols. 1997), elegimos la modalidad de trabajo de la TCC (terapia cognitivo conductual), ya que se ha demostrado que el uso de estas intervenciones permite:

- Mejorar los niveles de cognición social.
- Hacer crítica de los síntomas, restando valor de realidad a los mismos.
- Reducir la interferencia de los delirios y las alucinaciones en su vida diaria.
- Reducir sintomatología positiva y negativa.
- Reducir la angustia asociada.
- Disminuir el aislamiento de la persona.

- Aprender a prevenir recaídas.
- Dar sentido a la experiencia psicótica.
- Aumentar y mejorar la participación en actividades de rehabilitación psicosocial.
- Aumentar los niveles de atención sostenida (al interferir menos los síntomas y la angustia asociada).
- Disminuir la interferencia de sintomatología positiva en otros contextos (laboral, familiar, etc.).
- Mejorar la calidad de la vida de la persona atendida.

En el caso que nos ocupa, la intervención centrada en los síntomas se llevó a cabo en sesiones familiares (quincenales) e individuales (semanales), donde se expuso y se trabajó la temática delirante mediante el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, pruebas de realidad y el debate verbal.

El sentido que para ella tenían las ideas delirantes, se relacionó con su vida y con su padre. Ella creyó que las ideas delirantes tenían relación con que siempre sintió que su padre la controlaba mucho, desde pequeña. Con el tiempo, se juntaron una serie de “estresores” que cree que precipitaron su percepción delirante: consumo de cannabis, aislamiento y un episodio en el que, estando en un concierto, unos chicos se metieron en su tienda de campaña e intentaron abusar de ella. El hecho de que se sintiera vulnerable y con tendencia a la referencialidad, hizo que proyectara esa vivencia hacia su padre, ya que él era el único varón que convivía y se relacionaba con ella, y que además siempre tuvo la sensación de que la controlaba.

Cabe decir que por parte de la familia ha habido un buen uso de la comunicación, total disponibilidad, aceptación y seguimiento de las pautas psicológicas, lo que ha permitido que se fuera reestructurando el delirio y, por tanto, la percepción amenazante de la usuaria hacia su padre, llegando a objetivar dichas interpretaciones y pasando a tener una relación familiar ausente de ideas delirantes.

Asimismo, fue muy útil para la paciente aprender a hacer un análisis funcional de las conductas que identificaba como “perversas”. A continuación se muestra un ejemplo que realizó junto a su terapeuta:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Antecedente:</b> <i>estar sola con mi padre y ducharme dejando la puerta abierta.</i></li><li>➤ <b>Conducta problema:</b> <i>nerviosismo, pensar que va a venir mi padre y me va a vigilar, me va a querer tocar y me puede violar.</i></li><li>➤ <b>Consecuencias:</b> <i>Llamar a mi madre pidiendo ayuda cuando termino la ducha. Aislarme en mi habitación, fumar cannabis. Aumento de angustia.</i></li></ul> |
|---|

Además de la reestructuración cognitiva de las intenciones del padre que se hacía en las citas familiares, se trabajó a su vez el control estimular de situaciones concretas (como, por ejemplo, ducharse con la puerta cerrada), las autoinstrucciones y las pruebas de realidad mediante el recuerdo (“mi padre nunca me ha tocado”).

Tras este tipo de análisis pormenorizado de cadenas de conductas y la resolución de las mismas en las citas familiares e individuales, fue bajando considerablemente la frecuencia, duración e intensidad de las ideas delirantes.

Llegados a este punto, se decidió trabajar sobre otras áreas familiares, como: **la comunicación, la autonomía y el ocio.**

En este sentido, cobra especial interés un concepto ya clásico en la literatura científica como es el de la *emoción expresada*, definida como aquellos comportamientos de los familiares que viven con la persona afectada de esquizofrenia, caracterizados por elevados niveles de crítica, hostilidad, sobre-implicación emocional hacia la persona, que han mostrado ser un antecedente del empeoramiento en la psicopatología y en el funcionamiento psicosocial de la persona enferma (Brown, Birley y Wing, 1972).

Algunas de las emociones e ideas que suelen aparecer en los familiares de las personas afectadas de esquizofrenia son (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000):

- Negación hacia la enfermedad.
- Negación hacia la gravedad de la misma.
- Rechazo a debatir los propios temores.
- Abandono de las funciones sociales habituales.
- Vergüenza y culpa.
- Sensación de aislamiento.
- Resentimiento o sensación de injusticia.
- Culpa tanto hacia su posible responsabilidad como para responsabilizar a la persona con esquizofrenia.
- Búsqueda excesiva de explicaciones causales.
- Ambivalencia hacia la persona con esquizofrenia.
- Desacuerdo matrimonial (“echarse cargas”).
- Anular a la persona.
- Criticismo.
- No hablar claro a la persona, lanzarle mensajes contradictorios.
- No hacerle partícipe de los acontecimientos o decisiones de la familia.

Las intervenciones familiares con personas afectadas de esquizofrenia tratarían de modificar y ayudar a las familias a manejar y a apoyar de forma adecuada (fomentando autonomía y aplicando adecuadamente estrategias) ciertos comportamientos y actitudes que pueden estar en la base de las dinámicas familiares.

En el caso de nuestra usuaria, la familia estaba más posicionada en la sobreprotección que en el criticismo, aunque el padre tuvo épocas de distancia emocional por miedo a que ella se sintiera atacada, tal y como explicitó en varias ocasiones durante las sesiones. Al inicio del cuadro psicopatológico, sí que hubo dificultades para entender qué ocurría y se criticaba a la paciente (sobre todo por parte del padre, en un intento de “movilizar” a su hija ante unas conductas que no entendía y que rechazaba) por el consumo de cannabis, por abandonar los estudios o por su aislamiento en la habitación.

Se fue trabajando para que la familia aceptara, entendiera y apoyara el ritmo que la usuaria iba marcando en su recuperación y en la adquisición de la autonomía.

El éxito de la intervención familiar se ha basado en los principios comunes que la bibliografía marca como aconsejables para estas intervenciones (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000; Lam, 1991):

- *Relación de cooperación* entre los profesionales y los familiares: Actitud no culpabilizadora hacia las familias, empatía hacia las dificultades en el manejo de los síntomas, reconocimiento de la sobrecarga y de la dificultad en el manejo de ciertos comportamientos.
- Proporcionar una *estructura y estabilidad en el tratamiento*: Estar disponibles, regularidad en las citas, dar seguridad y apoyo a las familias.
- *Centrarse en el “aquí y el ahora”*: Procurar resolver demandas que afectan al día a día de la persona, aunque su inicio haya tenido lugar en el pasado.
- *Reestructuración cognitiva*: Mediante la psicoeducación trabajar con las familias, explicando la sintomatología, “desculpabilizando” a la persona con esquizofrenia y dando sentido funcional a los síntomas.
- *Metodología conductual*: Analizar los antecedentes de la aparición de ciertos comportamientos, entrenando a la familia en el manejo de estrategias que amortigüen la aparición de pródromos y reestablezcan la dinámica habitual de la persona. Para ello, es interesante el entrenamiento en solución de problemas, haciendo especial hincapié en el planteamiento de objetivos positivos y realistas, la flexibilidad cognitiva a la hora de buscar alternativas de solución, el consenso con el enfermo y el uso de la empatía para adaptar las decisiones al momento de la persona. Se trataría de adaptar las estrategias de modificación de conducta a la persona, “humanizando” los procesos y las técnicas.
- *Mejorar la comunicación* del profesional con la familia y con el usuario y entre ellos mismos. Trabajando en individual con la persona “la ventilación de conflictos”, el entrenamiento en qué quiere decir de forma operativa y la exposición en cita multifamiliar de dichas demandas. El profesional daría sentido a la parte relacionada con los síntomas para que tanto la persona como la familia “desculpabilicen” el proceso y sobretodo sepan cómo resolverlo mediante pautas concretas.

La mejoría alcanzada en la relación familiar del caso que estamos describiendo, después de los 5 años de intervención, se manifestó en los siguientes aspectos:

- ✓ El aumento de la interacción entre los miembros.
- ✓ La capacidad para objetivar lo que ocurre entre ellos.
- ✓ La facilidad para flexibilizar en las propuestas.
- ✓ La capacidad para consensuar entre ellos (habilidades de negociación).
- ✓ El compromiso hacia el cambio.
- ✓ La modificación de conducta desde lo acordado entre ellos.
- ✓ El fomento de la autonomía (promover que la paciente tenga sus planes y tome sus decisiones) pero estando disponibles si necesitaba apoyo.
- ✓ Compartir ocio e intercambiar refuerzos.

Al ir disminuyendo los niveles de estrés familiar, la paciente cada vez estuvo más predispuesta a trabajar paralelamente la conciencia de enfermedad, la expresión de emociones, la abstinencia a tóxicos, la vinculación gradual a actividades del Centro de Rehabilitación, las habilidades sociales con sus iguales, el uso del ocio y tiempo libre y el entrenamiento en cuestiones relacionadas con los aspectos cognitivos.

Respecto a la intervención dirigida a **mantener la abstinencia al cannabis** (Casas, 2006; Casas, 2002), se trabajó con ella en varios sentidos:

1. Proporcionar información sobre la influencia que tiene el cannabis en la patología psiquiátrica y que tomara conciencia de que el consumo puede generar: una exacerbación de los síntomas psiquiátricos, una menor adherencia a los tratamientos, una reducción de la efectividad del tratamiento farmacológico, un mayor número de recaídas e ingresos hospitalarios, una recuperación más lenta y dificultades de integración y exclusión social y de los recursos de apoyo.
2. Analizar los riesgos concretos que suponen para ella.
3. Reestructurar los mitos relacionados con el consumo (por ejemplo, que el Cannabis relaja, es una droga blanda...)
4. Prevenir las recaídas en el consumo (manejo del deseo de consumo, control estimular para no comprar, entrenamiento en solución de problemas, estrategias compatibles con la salud para relajarse).

La usuaria era muy consciente de las consecuencias negativas al que le llevaba el consumo de Cannabis, por lo que fue un objetivo fácil de conseguir. La aceptación del problema, junto con el compromiso para no comprar cannabis y evitar situaciones de riesgo fue crucial para conseguir superar su adicción.

Paralelamente, se fue trabajando las **AVD básicas, instrumentales y los hábitos de salud**. Se utilizaron registros y estímulos discriminativos que le ayudasen a seguir las pautas de alimentación, sueño y aseo saludables y adaptadas a rutinas.

Una de las dificultades con las que nos encontramos fue que por las mañanas apenas desayunaba y, en alguna ocasión, se llegó a marear en el centro de rehabilitación. Para resolver este problema se propuso que desayunara en el centro. Así mismo, el terapeuta ocupacional proporcionó a la paciente información acerca de la alimentación, le enseñó a confeccionar menús, a hacer una compra saludable en el supermercado y le sugirió estrategias facilitadoras de cambio de hábito / de conducta en relación al sueño y al aseo.

Respecto a las **habilidades sociales**, se trabajó mediante role-play, feedback positivo y corrector, solución de problemas, modelado social, moldeamiento y ejercicios “in vivo” (dentro de los grupos del centro de rehabilitación: “jóvenes”, tertulia y ocio). Así mismo, se aprovechaban las situaciones reales que se producían en su contexto natural (relación con los padres, pedir una cita, pedir ayuda, iniciar una conversación en sala de espera, etc.) para entrenar sobre lo aprendido en consulta.

Uno de los contextos que ha facilitado la puesta en práctica de las habilidades sociales ha sido la actividad de “*Jóvenes*”. En concreto, lo que se trabajó con esta paciente en dicha actividad fue:

- Identificación de intereses de ocio.
- Prevención (en su caso mantenimiento) de consumo de drogas.
- Vinculación y uso de recursos comunitarios (museos, parques, etc.).
- Vinculación a una red de ocio autónoma (ha quedado con compañeros del CRPS los fines de semana para tomar algo, ir a teatros, cines, cenar, etc.).
- Motivación y abordaje de intereses y capacidades enfocado a lo laboral.
- Puesta en marcha de diferentes espacios de debate y “defensa de sus derechos” para aplicar las habilidades sociales y asertivas.



En cuanto a la intervención destinada al manejo de la **ansiedad**, el objetivo principal fue el de adquirir las habilidades de gestión emocional y estrategias de afrontamiento para el manejo de situaciones y emociones generadoras de malestar.

En un principio, mostraba dificultades para la identificación y el reconocimiento de las sensaciones emocionales que experimentaba ante situaciones problema de la vida diaria y, como consecuencia, mostraba una baja percepción de control y eficacia sobre su propio estado afectivo, así como dificultades en el manejo y resolución de la respuesta emocional.

Se le enseñó a identificar los síntomas físicos de las respuestas de ansiedad y a aceptar e interpretar como normal la respuesta fisiológica. En un principio ella refería que experimentar los síntomas físicos le generaba mucho malestar por el hecho de “sentir”. Sentía miedo y ansiedad ante dichas sensaciones, percibiendo pérdida de control sobre los síntomas experimentados.

Una vez adquirida una mayor percepción de control, normalización y aceptación de sus reacciones emocionales, se trabajaron estrategias para el control de la activación. Se estableció la relación funcional entre las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales ante situaciones desencadenantes de las respuestas emocionales y las consecuencias que ello conllevaba para ella y su entorno. Identificando como estímulo discriminativo la emoción, se trabajó la autoobservación y un estilo de afrontamiento resolutivo y no evitativo, tanto del problema, como de la sensación emocional.

Progresivamente, se intervino desarrollando estrategias de afrontamiento específicas para cada emoción: expresión ajustada y generalizada de las diferentes emociones, exposición programada al miedo, aceptación de la tristeza y petición de ayuda, manejo asertivo del enfado, incremento de las situaciones generadoras de alegría, etc.

Así mismo, se entrenó en estrategias cognitivas individualizadas con reestructuración, parada de pensamiento, autoinstrucciones y técnicas de resolución de problemas aplicadas al análisis funcional realizado previamente. Los principales problemas que trabajó la usuaria hacían referencia a la relación con su padre y a situaciones donde aparecían interpretaciones de intencionalidad de perjuicio. En la mayor parte de los casos, eran los mismos compañeros los que reestructuraban y sugerían posibles alternativas de interpretación.

Por lo que respecta a las **dificultades cognitivas** se trabajaron de diferentes formas con ella:

- *Estrategias compensatorias de déficit:* Se diseñaron y adaptaron apoyos que facilitasen el recuerdo y la ejecución de diferentes tareas, por ejemplo, el uso de alarmas como recordatorio, la agenda para el recuerdo de citas, tarjetas con instrucciones concretas, etc.
- *Entrenamiento en diferenciación cognitiva:* Se utilizó el módulo de diferenciación cognitiva del programa IPT (Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia) (Roder y cols., 2007). El objetivo de este módulo es mejorar las funciones atencionales (atención sostenida, selectiva, focalizada, alternante, etc.) y las habilidades de conceptualización (abstracción, formación de conceptos, discriminación conceptual, etc.). Se divide en tres sub-módulos: 1)

ejercicios con tarjetas (con números, formas geométricas y distintos colores) (los pacientes participan en tareas grupales, en las cuales estos proceden a clasificar tarjetas, como seleccionar entre un conjunto de tarjetas todas las que posean unas características determinadas); 2) sistemas conceptuales verbales (los pacientes desarrollan habilidades de conceptualización en las cuales identifican antónimos y sinónimos, distinguen conceptos de definiciones diferentes o establecen una jerarquía de conceptos relacionados); y 3) estrategias de búsqueda (se selecciona un objeto de la sala de terapia sin que el grupo de pacientes lo vea, el cual deben descubrir a través de preguntas específicas, desde las más concretas hasta las más conceptuales).

Cabe añadir que la abstinencia al cannabis también permitió que mejoraran los niveles de atención y concentración, así como la organización de sus rutinas diarias.

En cuanto a la **psicomotricidad**, cabe decir que este módulo permitió mejorar los niveles de activación (motor, cognitivo), atencionales y el ritmo y la resistencia a la actividad. De forma paralela, se trabajó la toma de contacto con su cuerpo y la tolerancia a la proximidad física hacia los demás.

Asimismo, se vinculó a la usuaria al programa de **ejercicio físico** como complemento a la psicomotricidad, y para fomentar en ella hábitos saludables (alimentación, actividad física, etc.).

Una vez conseguidos los objetivos en estas áreas, se comenzó a trabajar con ella objetivos más exigentes, pasando al **NIVEL 2** de intervención. En este nivel se trabajaron con ella la lucha contra el estigma social de enferma, el entrenamiento en asertividad, la vinculación comunitaria, el ocio, la autonomía y la motivación hacia lo laboral.

Los objetivos en este nivel de intervención eran:

- Consolidar lo trabajado previamente con ella y la familia.
- Centrarse en sus logros y capacidades, más que en el entrenamiento de los déficits.
- Permitir la práctica de su autonomía.
- Favorecer la iniciativa, la defensa de sus derechos y la toma de decisiones.
- Exponerse a actividades y a contextos comunitarios normalizados que le permitiesen la integración comunitaria.
- Ir modificando su rol de enferma mental y cambiarlo por lo de potencial trabajadora.

### **Espacio creativo.**

Si bien es cierto que los objetivos directos de esta actividad son los de desarrollar: el pensamiento original, la imaginación constructiva, el pensamiento divergente o el pensamiento creativo (generación de nuevas ideas o conceptos, o de nuevas asociaciones entre ideas y conceptos conocidos, que habitualmente producen soluciones originales), la actividad en sí misma nos permitía trabajar de forma indirecta otras habilidades, como: las habilidades sociales, la exposición social (mediante una obra de teatro, en la que ella era la protagonista), la toma de decisiones, la asertividad (porque a veces tenía que defender sus ideas), el compromiso y el trabajo en equipo (ya

que se fomentó que fueran lo más autónomos posible en la confección de contenidos, diálogos, incluso confección de la ropa).



Las distintas actividades con las que trabajamos la creatividad en nuestro centro son: la escritura (bloque literario en sus distintas ramas), la pintura, la escultura, la música, la danza, el juego y el teatro, principalmente. En concreto con ella, se utilizó la escritura, la poesía, la música y el teatro.

Son numerosos los trabajos de investigación que aseguran que este tipo de terapias favorecen el ambiente terapéutico dentro de las unidades psiquiátricas. (Sanz-Aránguez y Del Río, 2010) En contrapartida, las críticas más directas a su efectividad tienden a resaltar la dificultad de demostrar su eficacia por emplear técnicas poco estandarizadas y por contar con variables dependientes poco definidas operativamente (Guimón, 2008).

Aún siendo muchos los beneficios de las actividades creativas, es importante puntualizar que es una tarea complementaria a otras formas de intervención estructuradas, como las mencionadas en el nivel 1 de intervención.

En cuanto al entrenamiento en **asertividad**, se realizó en formato grupal. Los objetivos de este módulo fueron: que fuera capaz de decir no, hacer y recibir críticas, interiorizar sus derechos como persona (no desde el rol de enferma – discapacitada) e intentar que aplicara estos aprendizajes en su contexto natural, con sus familiares y amigos.

### **Grupo de sensibilización.**

El estigma supone para las personas con problemas de salud mental un conjunto de actitudes, sentimientos y creencias, de valoración predominantemente negativa, que se traducen en estereotipos, prejuicios y comportamientos discriminatorios hacia el colectivo, situando a la persona que los experimenta en una situación de desventaja social y privación de derechos y oportunidades básicas para lograr una integración y un funcionamiento pleno en la comunidad.

Numerosos estudios (Muñoz y cols., 2006), demuestran que todavía en nuestros días existen estos comportamientos estigmatizantes en diferentes sectores de la población. Esto conlleva, no solo dificultades de integración social para las personas que lo experimentan: restricción de derechos, dificultades de acceso a empleo y vivienda, limitación en las relaciones personales y pérdida de estatus social; sino también las consecuencias psicológicas derivadas de ese rechazo y discriminación social: sentimiento de no aceptación, repercusiones emocionales de ansiedad, miedo o vergüenza, comportamientos de evitación y aislamiento, llegando, en el peor de los casos, al auto-estigma, donde la persona asume los estereotipos como propios, lo que le genera un sentimiento de incapacidad e incompetencia que dificulta gravemente su proceso de rehabilitación psicosocial.

Por lo tanto, la **lucha contra el estigma** y la **sensibilización social** continúa siendo un área básica y necesaria para mejorar la recuperación de las personas afectadas (como ya se estableció en 2005 en la Declaración de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud). Manteniéndose firme el objetivo de reducir las dificultades de

integración por parte del entorno, y fomentar en la persona una implicación activa en su propio proceso de recuperación, reforzando así su sentimiento de competencia y autoeficacia para el desarrollo social en el entorno comunitario.

La usuaria que nos ocupa participó en el grupo de sensibilización activamente mediante la búsqueda de información y elaboración del material audiovisual a utilizar en los diferentes talleres de sensibilización que se llevan a cabo desde el centro de rehabilitación (explica en un video su experiencia y evolución desde su llegada al recurso y su actual preparación prelaboral). Asimismo, este grupo cuenta con un blog donde los usuarios comparten sus experiencias y opiniones personales al respecto de la enfermedad. Por otra parte, entre los propios compañeros del grupo se favorece el asumir un rol de competencia y capacidad personal, aceptando la problemática desde la normalidad y trabajando sobre la necesidad de integración comunitaria para conseguir sus objetivos de recuperación.

En relación al **ocio**, se trabajó con la familia (diseñando actividades de ocio reforzantes para todos, donde ella pudiera elegir algunas y también diseñarlas) y con los jóvenes del centro (saliendo los fines de semana, al principio acompañados y luego de forma autónoma).

No cabe la menor duda de que el objetivo último de cualquier programa de tratamiento rehabilitador es el de favorecer una **vinculación comunitaria**, en un contexto normalizado y favoreciendo la autonomía y la puesta en marcha de habilidades de afrontamiento (vinculación a actividades deportivas, citas sanitarias, utilización de medios de transporte, centros culturales, etc.). En estos años han sido numerosos los recursos normalizados que la paciente ha utilizado de forma autónoma:

- Actividades de ocio en diferentes Centros Culturales.
- Escuela de Salud del Ayuntamiento del municipio.
- Instalaciones deportivas de su municipio de residencia.
- Vinculación a diferentes especialistas sanitarios.
- INEM.
- Feria de Empleo del municipio.
- IFEMA.

La **autonomía** se ha trabajado de forma transversal, durante todos estos años:

- Fomentando que aplicara de forma autónoma los aprendizajes adquiridos desde los entrenamientos.
- Trabajando con ella para que fuera autónoma en las actividades de la vida diaria.
- Tomando decisiones adaptadas a sus objetivos vitales.
- Fomentando la “separación” gradual de sus padres, para “ser más autónoma y actuar en consecuencia”.

La intervención de CRPS comenzó a ser en formato de seguimiento en el año 2012, cuando ella decide y solicita iniciar una rehabilitación laboral, aspecto que trabajamos derivándola al dispositivo (CRL) y realizando una vinculación gradual a profesionales y grupos de rehabilitación laboral (Orviz Garcia, 2003), fomentando el cambio de rol hacia otro más autónomo de trabajadora y manteniendo los logros obtenidos desde la rehabilitación psicosocial. En paralelo, desde este seguimiento, se

realizó una desvinculación de todo lo que implicaba el CRPS, terminando con un alta terapéutica en octubre de 2013.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general, atendiendo a la bibliografía y desde un modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la esquizofrenia (Lemos Giraldez, Vallina Fernández y Fernández Iglesias, 2013), los modelos de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera comparten una serie de procedimientos, entre los que destacan:

- Abordaje desde el paradigma de “caso único”. Individualizar las estrategias es fundamental para el éxito terapéutico.
- Establecer compromisos con la persona, desde el consenso.
- Realizar una evaluación funcional continuada y lo más detallada posible de las áreas de intervención en rehabilitación psicosocial.
- Cuidar la relación terapéutica, haciendo un buen uso de estrategias motivacionales y habilidades del terapeuta.
- Normalizar, educar y des-estigmatizar, tanto con la persona como con su familia y el contexto que le rodea.
- Formular el caso desde objetivos de trabajo temporalizados y establecer un plan individualizado de rehabilitación.
- Especial énfasis en el abordaje de los síntomas psicóticos, la psicoeducación, la intervención familiar y el entrenamiento en habilidades sociales, como tratamientos con especial base empírica, tal y como se ha señalado en el artículo.
- Prestar atención a estrategias cognitivo conductuales eficaces en esquizofrenia, tales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y la exposición en contextos naturales (con prevención de respuesta).
- Modificar esquemas cognitivos.
- Abordar los problemas cognitivos.
- Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Tratar el abuso comórbido de drogas.
- Construir habilidades para prevenir recaídas.
- Aumentar las estrategias de afrontamiento para el manejo del autoestigma personal y el estigma social del entorno próximo y amplio de la persona.

Todo ello, junto con la alianza terapéutica, el respeto, la confianza en el desarrollo de las personas y la visión de capacitación, integración y normalización, hacen que los tratamientos en la recuperación de la esquizofrenia sean eficaces.

La importancia del caso descrito viene en primera instancia por el esfuerzo y la capacidad de superación de la usuaria, que ha sido un ejemplo para todos nosotros. La capacidad de permeabilidad de la familia y la adaptación al ritmo de la usuaria, que ha sido extraordinario, ha facilitado el éxito del proceso.

Un aspecto que merece la pena reseñar es que el éxito de la intervención pudiera encontrarse a medio camino entre las estrategias motivacionales (utilizadas por los profesionales) y el trabajo activo de la usuaria (parte de la persona). Pensamos que si no hubiéramos sintonizado y equilibrado esas actuaciones, hubiera sido más difícil la rehabilitación psicosocial.



La puesta en marcha de estrategias motivacionales ha sido de gran ayuda para romper la “desesperanza” que tenía la usuaria y la familia antes de la intervención. Entre las intervenciones motivacionales que se utilizaron durante todo el proceso de intervención se encuentran:

- La validación de la perspectiva del usuario como principio estratégico básico.
- Escuchar de manera activa y reflexiva.
- Preguntar y mostrar interés.
- Aceptar y mostrar empatía.
- Expresar reconocimiento.
- No argumentar ni discutir. Respetar el ritmo de la persona desde la coherencia de sus esquemas y experiencias que le marcan y han marcado.
- Dar y pedir feedback, utilizando la propia perspectiva cuando se habla, se opina o se aconseja.
- Facilitar la toma de decisiones (Identificando valores y tomando decisiones en coherencia con ellos, señalar discrepancias y reforzar afirmaciones).
- Enfatizar la libertad de decidir.
- Reformar afirmaciones automotivadoras.
- Reforzar la autoeficacia.

Queremos finalizar la presentación de este caso enfatizando el hecho de que tenemos que asumir como profesionales (sobre todo en lo relativo a la tolerancia a la frustración) que el tratamiento con este tipo de pacientes es difícil y las intervenciones son largas, costosas y graduales (con fases de mejoría y empeoramiento).

Además, la implicación de tantas variables o factores que interactúan entre sí (síntomatología positiva resistente, patología dual, temática delirante con la familia...) hace que resulte complejo el “acertar” con la fórmula adecuada para: abordar todas las áreas afectadas, que el ritmo de intervención se ajuste al ritmo de la usuaria y que exista una coordinación entre todos los equipos de profesionales implicados en el caso.

## REFERENCIAS

- Arnalich Jiménez, M<sup>a</sup>. B., Carrasco Serrano, A. y Aznarte López, J.I. (2003). *Delirio y alucinaciones*. Guías Clínicas.
- Aznar Avendaño, E. y Berlanga Adell, A. (2004): *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Pirámide.
- Brenner, H., Roder, V., Hodel, B., Kienzie, N., Reed, D., y Liberman, R. (1994). *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Brown, G.W. y Wing J.F. (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Britosh Journal of Psiquiatry*, 121, 241-258.
- Casas, M., Roncero, C., Castells, X., Ramos, J., Xantinas. (2006). *Tratado de SET de trastornos adictivos*. Madrid: Panamericana.

- Casas, M., Roncero, C., Rubio, G. (2002): Esquizofrenia y abuso de drogas. En: López-Ibor, J.J. coord. *Resolución de problemas de manejo de la esquizofrenia*. Madrid: Edipharma.
- Comunidad de Madrid (2001). *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. Programas básicos de intervención*: Consejería de Servicios Sociales.
- Cuevas Yust, C. y Perona Garcelán S. (1997). Terapia cognitivo-conductual de las ideas delirantes en un paciente esquizofrénico. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2 (3), 275-291.
- Cuevas Yust, C., Perona Garcelán y Martínez López, M.J. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15 (1), 120-126.
- Declaración de Helsinki (2005). *Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental* (conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, de 2 y 3 de Junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental). En Actas de la conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud sobre la Salud Mental. "Hacer frente a los desafíos, encontrar soluciones" Helsinki del 12 al 15 de enero de 2005.
- Desviat Muñoz, M. (2010) El devenir de la reforma psiquiátrica. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. (Coords.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010): Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Revista Clínica y Salud*. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Guimón, J. (2008). Terapia por el arte. Terapias expresivas. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 9-25.
- Hermida y cols (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Lam, D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lemos Giraldez, S., Vallina Fernandez, O. y Fernandez Iglesias, P. (2013). *Intervenciones psicológicas en la esquizofrenia*. Consejo general de La Psicología de España.
- Liberman y Kopelwicz (2006). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*, 1(1), 12-29.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2006). *El estigma de la Enfermedad Mental Grave y Persistente de la Comunidad de Madrid*. Informe de Investigación. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.
- Orviz Garcia, S. (2003). *El papel de la familia en la rehabilitación laboral de personas con trastornos mentales crónicos*. *Informaciones psiquiátricas-Tercer trimestre 2003*. Número 173.



Perona Garcelán, S., Gallach Solano, E., Vallina Fernández, O. y Santolaya Ochando, F. (2004). *Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia: Guía breve para profesionales y familiares (Tomos I y II)*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.

Roder, Brenner et al (2007): *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. IPT*. Granada: Alboran Editores.

Sanz-Aránguez, B. y Del Río, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatría*, 73:2

Vallina Fernández, O. y Lemos Giraldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.

Zubin, J. y Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.