



Universidad de Valladolid

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO
SOCIAL**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EDUCACIÓN SOCIAL**

**INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SUS
FAMILIARES**

Autora: Elena Asensio Fernández

Tutor académico: Raúl López Benítez

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno que produce una serie de disfunciones y desajustes a nivel biológico, psicológico y social en la persona que lo padece. Paralelamente, dicha problemática tiende a perjudicar a la familia, cuyos miembros han de hacer frente a nuevas situaciones derivadas de la misma. Con el objetivo de ayudar a solventar algunas de las limitaciones propias de dicho trastorno, en este trabajo de fin de grado se plantea una propuesta de intervención con pacientes de esquizofrenia y sus familiares. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de dicha temática.

Posteriormente, se describe una propuesta de intervención centrada en psicoeducación, a través de la que se proporciona información sobre el trastorno y pautas de acción ante determinadas situaciones a pacientes y familiares. Finalmente, se van a exponer una serie de aspectos acerca de las fortalezas y limitaciones de la propuesta y las consideraciones finales del trabajo.

Palabras clave: psicoeducación, esquizofrenia, familia

ABSTRACT

Schizophrenia is a disorder which produces a series of dysfunctions and maladjustments at biological, psychological and social levels. In parallel, this problem tends to harm the patient's family, whose members have to face new situations derived from it. To help solving some of the limitations of this disorder, an intervention proposal with both schizophrenia patients and their relatives will be proposed in this final degree project.

To do this, a bibliographic review about this topic has been carried out. Later, a proposal focused on psycho-education will be described, through which information about the disorder and guidelines to patients and relatives will be provided. Finally, it will be exposed the main strength and limitations of the proposal as well as the final conclusions of this project.

Key words: psychoeducation, schizophrenia, family

ÍNDICE

Introducción	5
Objetivos	6
Objetivos generales	6
Objetivos específicos	6
Justificación y análisis de competencias	7
La salud mental y la calidad de vida	7
Análisis de competencias	9
Fundamentación teórica	10
Psicoeducación.....	10
Esquizofrenia.....	13
Intervenciones Psicoeducativas en Esquizofrenia.....	19
Propuesta de programa psicoeducativo	28
Estructura del programa	28
Objetivos del programa	30
Perfil de los participantes	32
Metodología	32
Desarrollo de las sesiones	32
Recursos	41
Evaluación.....	42
Fortalezas del trabajo	43
Limitaciones del trabajo.....	43
Consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones	44
Referencias.....	45
Anexo 1: Portada del cuaderno psicoeducativo	53
Anexo 2. Esquizofrenia, síntomas y mitos.....	54
Anexo 3: Imágenes del cerebro y las neuronas	56
Anexo 4: Factores que contribuyen a la aparición de la Esquizofrenia	57
Anexo 5: Autorregistro sobre medicación y sus efectos	58

Anexo 6: Medicación y efectos secundarios	59
Anexo 7: Tablas de datos sobre el incumplimiento de la medicación	60
Anexo 8: Tabla de HHSS	61
Anexo 9: Tabla de resolución de problemas	62
Anexo 10: Mural de hábitos de vida saludables.....	63
Anexo 11: Autorregistro hábitos de vida saludables.....	64
Anexo 12: Horario para completar con hábitos de vida saludables	65
Anexo 13: Cuestionario de evaluación.....	66

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se va a realizar una propuesta de programa psicoeducativo con pacientes de esquizofrenia y sus familiares, debido a las dificultades existentes entre los miembros de la familia para enfrentar la enfermedad de manera óptima. Para dicho programa, se tendrá en cuenta la figura del educador social como profesional competente para intervenir en los servicios de salud mental a través del diseño e impartición de programas de tipo psicoeducativo.

Para empezar con la temática elegida, se delimitarán los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo del desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado, para lo que se van a establecer, en primer lugar, unos con carácter general y, posteriormente, otros más específicos que derivan de aquellos.

A continuación, en el apartado de justificación, se contextualizará la utilidad del trabajo del Educador Social en la intervención psicoeducativa en un primer subapartado que se centrará en la relevancia del tema. Para ello, se va a contextualizar el concepto de salud mental dentro de los Derechos Humanos y su relación con la calidad de vida de las personas que padecen un trastorno mental grave y su entorno social más cercano. Posteriormente, se procederá a delimitar las funciones propias del ámbito de actuación del Educador Social y su conveniencia dentro del contexto de la salud mental, concretando su intervención a través de la psicoeducación con familiares y pacientes cuyas vidas se han visto alteradas por la esquizofrenia. Avanzando en este apartado de justificación se llevará a cabo un análisis de las competencias generales y específicas que se han ido desarrollando a lo largo del trabajo, conforme a las expuestas en la Guía Docente del Trabajo de Fin de Grado de Educación Social.

Posterior a esto, el apartado de fundamentación teórica se dividirá en tres grandes bloques enfocados al conocimiento de la Psicoeducación, en el que se van a exponer su definición y origen, la metodología que utiliza y los requisitos básicos que ha de incluir una intervención de este tipo, la Esquizofrenia, atendiendo a elementos como su etiología, sintomatología, el diagnóstico y los tratamientos aplicados y, en el último bloque, se explicarán algunos de los Modelos Psicoeducativos utilizados, desde el inicio de las intervenciones psicoeducativas hasta la actualidad, para el tratamiento de esta patología.

Una vez expuesta la teoría que fundamenta este Trabajo de Fin de Grado, se va a realizar una propuesta de intervención, consistente en un taller psicoeducativo destinado a familiares y pacientes afectados por la esquizofrenia. Esta propuesta incluirá detalladamente las características de cada sesión psicoeducativa referentes a su duración, contenidos, participantes, objetivos, actividades y evaluación. De acuerdo con los diversos programas y guías contrastadas para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, en el programa psicoeducativo propuesto se han

tratado de incluir los aspectos más importantes que ha de reunir un proyecto de este tipo, atendiendo a las necesidades de la población con esquizofrenia y sus familiares.

Para terminar con el trabajo, acorde con la estructura propuesta en la Guía Docente de este Trabajo de Fin de Grado, se llevará a cabo un análisis de las oportunidades y limitaciones relacionadas con la elaboración del trabajo y una redacción de conclusiones y consideraciones finales.

OBJETIVOS

A continuación, se van a exponer los objetivos que se pretenden alcanzar con este Trabajo de Fin de Grado, quedando divididos en objetivos generales y específicos.

OBJETIVOS GENERALES

- Determinar el papel del educador social en el ámbito de la salud mental. Dado que este es uno de los ámbitos de actuación de la Educación Social, se pretende reconocer su participación concretamente en las intervenciones psicoeducativas.
- Proporcionar información acerca de la esquizofrenia y su tratamiento a los familiares y las personas que la padezcan. Como se va a mostrar a lo largo del trabajo, esta estrategia ha demostrado ser eficaz en la reducción de la tasa de recaídas de los pacientes que padecen este trastorno.
- Investigar acerca de los diferentes programas psicoeducativos que se han desarrollado y contrastar las diversas estrategias de actuación utilizadas. Con ello se pretende delimitar una estrategia de acción psicoeducativa que reúna las características de las diferentes intervenciones investigadas.
- Desarrollar una propuesta de programa psicoeducativo destinado a familiares y pacientes de esquizofrenia. En dicha propuesta se van a exponer una serie de actividades encaminadas a proporcionar información sobre el trastorno y algunas pautas de actuación para mejorar el clima familiar y favorecer la recuperación del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer funciones específicas del educador social en la intervención psicoeducativa. Partiendo de la base de que la psicoeducación ha de impartirse en coordinación con otros profesionales, se pretende especificar cuál es el papel concreto del educador social en esta práctica.
- Dotar a los participantes del programa psicoeducativo expuesto de estrategias de afrontamiento y habilidades para la solución de problemas. Este tipo de estrategias han resultado ser útiles para mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia, al promover una comunicación asertiva.

- Capacitar a los miembros de la familia para detectar síntomas propios de la esquizofrenia. Esta información permite anticiparse y reaccionar adecuadamente antes de que sea necesaria una hospitalización de la persona con esquizofrenia.
- Fomentar la socialización en los pacientes y sus familiares. Se pretende promover las habilidades sociales del paciente, cuya vida social se ve mermada a consecuencia de las disfunciones propiciadas por el trastorno; así como las de sus familiares que, en muchas ocasiones, tienden a aislarse.

JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE COMPETENCIAS

A continuación, se va a argumentar la necesidad de la intervención psicoeducativa con los pacientes de esquizofrenia y sus familiares y se va a realizar un análisis de las competencias puestas en práctica para el desarrollo del trabajo.

Para empezar, se van a introducir los conceptos de salud, bienestar y salud mental, de cara a englobarlos dentro de los Derechos Humanos. Acorde con lo anterior, se mostrará el impacto que tiene un trastorno mental sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, para lo que se propondrá la psicoeducación como una de las posibles intervenciones que pueden adoptarse de cara al afrontamiento del trastorno.

LA SALUD MENTAL Y LA CALIDAD DE VIDA

En contraposición a planteamientos tradicionales, la OMS (1946) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (p. 100), y puntualiza que este concepto no hace referencia únicamente a la ausencia de enfermedades. Por tanto, este concepto engloba aspectos como, por ejemplo, las interacciones sociales, el funcionamiento eficiente de los diversos mecanismos del cuerpo o el control de las propias emociones y conductas.

Uno de los componentes de dicha definición que ha adquirido gran relevancia es el que alude a la salud mental, la cual es entendida como un estado de bienestar en el que la persona desarrolla sus facultades y destrezas y está capacitada para enfrentar las condiciones de estrés normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a la comunidad en la que se desenvuelve (OMS, 2018).

De hecho, y desde un punto de vista legal, la salud mental ha sido reconocida como un derecho en la resolución 32/18, de 1 de julio de 2016, aprobada por el Consejo de Derechos Humanos, donde se exige a los Estados Miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que aseguren la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud mental, siendo éstos accesibles y asequibles para todas las personas (A/HRC/35/21 y A/HRC/34/32; ONU, 2017).

Dados los componentes de dicha concepción de salud, se entiende que la ausencia de la misma produce un efecto negativo en la calidad de vida, debido a las consecuencias que tiene sobre la funcionalidad, productividad, autonomía e independencia del individuo, e incluso sobre su entorno familiar que, en muchos casos, y en comparación con la vida previa a la aparición de una enfermedad, se verá obligado a adaptarse a unas nuevas condiciones de vida (Torres, 2012).

Un trastorno que ha sido ampliamente abordado por los investigadores debido a su impacto en la salud y, por ende, en la calidad de vida de las personas ha sido la esquizofrenia (Caqueo & Lemos, 2008). Un aspecto importante que caracteriza a este tipo de patologías es que, las personas que la padecen suelen poseer un entorno social escaso, en muchas ocasiones restringido a su círculo familiar y el sistema sanitario que les apoya (Navarro y cols., 2008), de tal manera que la calidad de vida de las personas que padecen esquizofrenia depende, en gran medida, del apoyo familiar percibido (Navarro y cols., 2008).

Esta estrecha conexión entre paciente y familia puede afectar a todos sus miembros generando más estrés y disfunción en sus relaciones, así como culpabilidad, resentimiento y temores (Torres, 2012). En ocasiones, estos sentimientos producen en las familias un intento de ocultar la problemática, lo que deriva en que se retrase la solicitud de asistencia por parte de profesionales y, en consecuencia, un empeoramiento de los síntomas del paciente. También puede darse la situación de que las hospitalizaciones no duren lo suficiente y se dé el alta al paciente cuando aún padece síntomas psicóticos, ante los cuales los familiares no saben cómo actuar. Por otra parte, pueden surgir conflictos entre las personas que conviven con el paciente como consecuencia de las diferentes formas de afrontamiento y los diversos grados de implicación en el cuidado del mismo (Bravo, 2005). Por todo lo mencionado anteriormente, es necesario dotar de mayor importancia a las intervenciones sobre la red familiar del paciente (Navarro y cols., 2008).

En relación con lo expuesto anteriormente se pone de manifiesto la necesidad de aplicar programas psicoeducativos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), con el objeto de proporcionar información sobre el trastorno a los pacientes y a sus familiares para desarrollar habilidades de manejo del trastorno y de solución de problemas, fomentar un ambiente familiar que posibilite la readaptación gradual del paciente a las tareas del hogar y a la sociedad, disminuir la carga familiar e incrementar la adherencia al tratamiento que, indirectamente, supondrá una reducción de la probabilidad de recaída y una mejora de la calidad de vida del núcleo familiar (Mendoza & Hernández, 2019).

Esta labor psicoeducativa en familiares y pacientes de esquizofrenia puede ser desempeñada por el educador social, cuyas funciones en el ámbito de la salud mental están destinadas a aportar los conocimientos, herramientas y habilidades que demanden las personas destinatarias para mejorar su salud. Por una parte, dicha labor consiste en prevenir enfermedades o ayudar a la gestión

autónoma de una patología ya existente, además de intervenir en la comunidad mediante acciones que vayan encaminadas a la promoción de hábitos de vida saludables (Gutiérrez & Quintanal, 2018). Por otro lado, se trata de fomentar la capacidad de socialización y reintegración social del paciente e identificar recursos adecuados a sus necesidades particulares para mantener su estabilidad (Juanico-Sabaté & Ventura-Lluch, 2017).

Teniendo en cuenta la relevancia del tema elegido, en el presente trabajo se va a realizar una propuesta de intervención psicoeducativa desde la figura del educador social, que abarque los contenidos y las habilidades necesarias para fomentar el conocimiento acerca del trastorno y su afrontamiento, tanto en pacientes como en familiares.

ANÁLISIS DE COMPETENCIAS

A continuación, se procede a realizar la valoración de las competencias propias del Grado en Educación Social que se han puesto en práctica a lo largo del Trabajo de Fin de Grado. Éstas van a analizarse conforme a la división propuesta por la correspondiente Guía Docente, es decir, competencias generales y competencias específicas.

Competencias generales

- Capacidad de análisis y síntesis. Esta competencia se ha visto reflejada en el trabajo a través de la búsqueda y lectura de artículos, identificando las ideas principales y los datos más relevantes de cara a un desarrollo completo y contrastado del trabajo.
- Organización y planificación. Desarrollada a lo largo de la realización del trabajo con la clasificación por temáticas de la documentación de la que se ha extraído la información, la estructuración del trabajo siguiendo una secuencia ordenada de apartados según lo establecido en la Guía Docente y la organización del tiempo dedicado a la búsqueda, la lectura y la redacción para poder llevar a cabo un trabajo minucioso con la máxima información posible.
- Comunicación oral y escrita en la lengua materna. Competencia que se ha puesto en práctica a lo largo de la redacción del trabajo y en relación a la futura exposición y defensa de éste.
- Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en el ámbito de estudio y contexto profesional. El trabajo ha sido realizado principalmente a través de diversas fuentes tecnológicas; redacción a ordenador, utilización de bases de datos para la búsqueda de artículos y bibliografía y manejo de internet para la investigación sobre el tema de interés y los autores y títulos relevantes.
- Capacidad crítica y autocrítica. Desarrollada al reflexionar y enjuiciar el trabajo realizado utilizando criterios personales y solicitando opinión externa.

- Autonomía en el aprendizaje. Esta competencia ha sido desarrollada al mostrar independencia en la orientación temática del trabajo y la búsqueda de información, siendo capaz de tomar la iniciativa y asumir la responsabilidad que conlleva.
- Creatividad. Esta competencia se ha puesto en práctica al analizar diferentes perspectivas para el planteamiento del trabajo y buscar soluciones a los problemas que se han ido planteando durante su desarrollo. Paralelamente, una de las mayores muestras de creatividad ha sido mediante la construcción de una propuesta de programa psicoeducativo.
- Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional. Puesta en práctica mediante el reconocimiento de la labor del profesional de Educación Social, teniendo en cuenta sus funciones y valores e identificando la importancia de su servicio para con la comunidad en la que ejerce.

Competencias específicas

- Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional. Esta competencia ha sido puesta en práctica al hacer una valoración de la intervención del Educador Social en el ámbito de la salud mental.
- Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas. Desarrollada al detectar y analizar las necesidades socioeducativas existentes en las personas destinatarias de la propuesta presente.
- Diseñar y desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario. Se ha visto reflejada con la inclusión de modalidades multifamiliares y grupos de autoayuda en las sesiones de la propuesta psicoeducativa.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Como ya se ha comentado en la introducción, este apartado constará de tres bloques. En primer lugar, se va a introducir el concepto de psicoeducación y a explicar en qué consiste esta práctica. En un segundo subapartado, se explicará qué es la esquizofrenia, englobando aspectos como sus síntomas o su tratamiento entre otros. Finalmente, tras exponer los dos primeros bloques, se procederá al estudio de los modelos psicoeducativos que se han ido desarrollando para el tratamiento de la esquizofrenia.

PSICOEDUCACIÓN

A continuación, se va a explicar el término de psicoeducación, que será un aspecto clave para la comprensión del trabajo a partir de ahora. Para dotarlo de sentido, se realizará un recorrido desde su origen y, posteriormente, se resumirán los principios metodológicos y los elementos básicos que ha de reunir su práctica.

Definición y origen

El concepto de psicoeducación hace referencia a las estrategias de intervención destinadas a informar a los pacientes y sus familiares acerca del trastorno y su tratamiento, de manera que se facilite el entendimiento y un manejo adecuado y responsable del mismo para facilitar el enfrentamiento de la patología existente (Desousa, Kurvey, & Sonavane, 2012).

Por tanto, el objetivo perseguido mediante esta intervención es la reducción del índice de recaídas y la mejora de la calidad de vida del paciente (Fresán, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, García-Anaya y Gutiérrez, 2001), dotando a la familia de las habilidades necesarias para hacer frente a los sucesos estresantes relacionados con el trastorno y adaptarse a la nueva situación (Cuevas & Moreno, 2017). Como se podrá ver más adelante, la familia del paciente influye notablemente en su salud por lo que, desde la psicoeducación, se pretende disminuir los efectos negativos del clima familiar, proporcionándoles información, apoyo, estructura y estrategias de afrontamiento para tratar con el paciente (Arévalo-Ferrera, 1990) de manera que la familia sea capaz de mantener la salud del mismo y busque ayuda cuando sea necesaria (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).

El término “psicoeducación” aparece por primera vez en 1911, en el artículo “*Psychotherapy and Reeducation*” de Donley (1911), publicado en la revista *The Journal of Abnormal Psychology*. Sin embargo, desde un punto de vista práctico, autores como Johnson (2003) y McFarlane (2003) sostienen que el primer modelo psicoeducativo es el de la intervención de Goldstein (1978) para el tratamiento de las crisis tras el primer episodio psicótico del paciente. La intervención propuesta por Goldstein, que será explicada más adelante, se sirve de la estrategia psicoeducativa con los familiares del paciente para promover técnicas de control de dichas crisis, así como de emociones y pensamientos relacionados con las mismas. Paralelamente, pretende prevenir futuras recaídas en los pacientes (Korman, y otros, 2017).

Posteriormente, de la mano de Anderson (1981), se sentaron las bases de lo que se conoce como psicoeducación en la actualidad (Ferraris & Campero, 2014), mediante una intervención centrada en educar a los familiares sobre los síntomas y el desarrollo de la esquizofrenia (Srivastava & Panday, 2016). Fueron dos los factores determinantes en la aparición de dicha intervención. Por un lado, la Teoría de la Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977), según la cual, existen individuos predispuestos a padecer esquizofrenia por medio de factores genéticos, biológicos y cognitivos que, además, pueden verse agravados por los sucesos estresantes de la vida cotidiana. Este conjunto de elementos favorecería la aparición de dicho trastorno (Cuesta, Peralta, & Zarzuela, 2000).

Otro elemento relevante fue el concepto de Emoción Expresada (EE), acuñado por George Brown en 1972. Dicho concepto alude a aquellas características emocionales y conductuales por parte de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia que promueven las recaídas del mismo. Una

forma de medir la EE es mediante la *Camberwell Family Interview* (CFI), que evalúa dimensiones como el criticismo, a través de comentarios de desaprobación; la hostilidad, mediante actitudes de rechazo; la sobre-implicación emocional, que supone una exageración de respuestas emocionales y un control excesivo de los comportamientos manifestados por el paciente; los comentarios positivos, valorados en forma de manifestaciones verbales de aprecio; y el calor, evaluado en forma de muestras de afecto e interés hacia el paciente (Espina-Eizaguirre & Pumar, 2000).

Metodología

Una vez descrito el concepto de psicoeducación y sus orígenes, se van a exponer algunas indicaciones que guían las diferentes prácticas psicoeducativas con el fin de explicar dicha metodología con mayor detalle (Albarrán & Macías, 2007).

Como principal estrategia metodológica que se utiliza en la práctica psicoeducativa, se facilita información acerca de la patología y su tratamiento. Principalmente se destina hacia los familiares del paciente, aunque existen modelos en los que éste también es incluido en las intervenciones psicoeducativas. Con esta práctica, se promueve la aceptación del trastorno entre los miembros de la familia, a la vez que se potencia la capacidad de éstos para razonar y asumir los cambios que supone el trastorno, así como un afrontamiento de los mismos a través de pautas de acción adecuadas a cada situación (Barjau, 2000).

Por otra parte, para llevar a cabo una intervención de este tipo, es muy importante la existencia de una alianza terapéutica entre el profesional y las familias. Este aspecto ha demostrado ser determinante en lo que se refiere a la mejora de la sintomatología del paciente y la relación de los participantes con el servicio (Smerud & Rosenfarb, 2008). A través de este vínculo se pretende favorecer la confianza entre las partes mencionadas y promover la solicitud de ayuda e información acerca del trastorno por parte de la familia en las situaciones que sea necesario.

Por otro lado, se ha de tener en cuenta la intención de establecer un ambiente que integre progresivamente al paciente en su núcleo familiar y en la sociedad. Para ello, los miembros de la familia han de comunicarse de una manera positiva que fomente la aceptación y la comprensión del trastorno y, paralelamente, evite el criticismo y la culpabilidad. Además, con el fin de reducir el aislamiento y el exceso de atención prestado a la problemática derivada de la patología en cuestión, se pretende favorecer la socialización, tanto del paciente como de sus familiares, mediante actividades sociales (Barjau, 2000).

Finalmente, resulta relevante la continuidad en el tratamiento del paciente posterior a la implementación del programa psicoeducativo, de manera que pueda observarse su evolución. Para ello, se establecen objetivos adecuados e individualizados para cada familia que son revisados y actualizados de manera frecuente (Barjau, 2000)

Requisitos básicos

Además de la metodología expuesta anteriormente, cabe destacar una serie de requisitos que, según autores como Goldstein (1994) y Godoy y Muela (2001), han de exigirse a cualquier intervención psicoeducativa, los cuales son:

- Debe contar con la participación de los familiares del paciente y mostrarles la importancia de su colaboración en el proceso.
- Mediante su práctica, se debe contribuir a incrementar el conocimiento de las personas que participan en la intervención sobre el trastorno en cuestión, así como capacitarles para detectar signos y síntomas de recaídas con el fin de poder intervenir de manera anticipada.
- Durante la puesta en práctica de la intervención, han de proporcionarse habilidades y herramientas para el afrontamiento de las situaciones derivadas de la patología.
- Con el fin de apoyar el mantenimiento de la medicación, se explican los beneficios que presenta su consumo adecuado y los inconvenientes que pueden producirse en caso de no hacerlo convenientemente.
- Por último, debido a la importancia de evitar forjar falsas esperanzas en relación con la recuperación del paciente y, siguiendo a Anderson y cols. (1981), es preciso intervenir en la construcción de expectativas racionales.

ESQUIZOFRENIA

En este apartado se pretende facilitar la comprensión de la esquizofrenia mediante la explicación de aspectos tales como qué es, a quién afecta, los síntomas que la caracterizan, qué tratamiento farmacológico se lleva a cabo en este trastorno y qué tipos de intervenciones psicológicas existen y, en última instancia, se explicará la relevancia de la colaboración de los familiares de la persona con esquizofrenia.

Definición, incidencia y prevalencia

Según algunos autores (Puente, Chinchilla, & Riaza, 2007), fue la denominación *dementia praecox* (demencia precoz), acuñada por Kraepelin (1899), el cimiento sobre el que se sustenta el actual concepto de esquizofrenia. Bajo dicho término, este autor englobaba tres trastornos cuya característica común era el deterioro psíquico: la catatonía, la hebefrenia y la demencia paranoide. Por lo tanto, con la demencia precoz, Kraepelin unificaba “un conjunto de cuadros clínicos que tienen la particularidad común de conducir a estados de un deterioro psíquico característico”

(Kraepelin, 1899, pág. 167), y los principales síntomas que manifestaba la persona que la lo padecía eran embotamiento afectivo e indiferencia.

Más adelante, Bleuler (1926) transformó el concepto de demencia precoz en esquizofrenia, considerando la misma como un grupo de trastornos con diferentes causas y evoluciones, pese a tener ciertas características comunes. Además, para Bleuler, los síntomas principales de este grupo de trastornos consistían en autismo y disfunciones en las asociaciones y en la afectividad (Puente, Chinchilla, & Riaza, 2007).

A lo largo de la historia han existido diferentes conceptos y definiciones para referirse a la esquizofrenia. Hoy en día, puede entenderse como un trastorno que se caracteriza por la aparición, gradual o repentina, de un deterioro cognitivo, afectivo, del lenguaje y de las habilidades sociales, junto con síntomas psicóticos manifestados a través de alucinaciones, delirios y un comportamiento desorganizado (Espinoza & Sosa, 2015).

Por otro lado, en cuanto a la incidencia y prevalencia de dicho trastorno, a continuación, se van a exponer algunos datos sobre las mismas. Este trastorno afecta a un 1% de la población mundial, independientemente del sexo, la raza y la clase social a la que pertenece (Díaz, 2013). En España, específicamente, se ha estimado una incidencia de la esquizofrenia de 0,2% anual, con una prevalencia de 0,8% aproximadamente (Piñón, Álvarez, Torres, Vázquez, & Otero, 2018). Además, este trastorno afecta en mayor medida a hombres que a mujeres, comprendiéndose las edades de aparición entre los 25 y los 35 años en ellas y entre los 15 y los 30 en los varones (Díaz, 2013).

Causas

En lo concerniente a los factores implicados en la aparición de la esquizofrenia, los estudios realizados hasta la actualidad apuntan a influencias biológicas, genéticas y ambientales (Vásquez, 2016).

En cuanto a las bases biológicas de dicho trastorno, los estudios más relevantes señalan la existencia de un volumen reducido de algunas regiones cerebrales, como los lóbulos temporal y frontal, relacionados con la sintomatología positiva y negativa respectivamente (Jiménez, 2007; Padín, 2007). Asimismo, se ha constatado una cantidad reducida de contactos sinápticos entre las distintas áreas de la corteza cerebral, es decir, un déficit en su conectividad (Riaza, Chinchilla, & Baca, 2007). Por otro lado, una de las hipótesis más aceptadas es la denominada hipótesis dopaminérgica, según la cual, los síntomas de la esquizofrenia se deben a un exceso de dopamina, o bien, a una excesiva sensibilidad a la misma (Saiz, de la Vega, & Sánchez, 2010).

Atendiendo a los factores genéticos que influyen en la etiología de la esquizofrenia, se ha advertido la heredabilidad de la misma en cuanto que, a mayor carga genética compartida con una persona que padece esquizofrenia, mayor riesgo existe de padecerla (Saiz, de la Vega, & Sánchez, 2010).

A pesar de la importancia genética, estudios de gemelos y de adopción han demostrado, a su vez, que los factores ambientales también juegan un papel determinante en la aparición del trastorno. Los factores ambientales hacen referencia, por ejemplo, a complicaciones perinatales, las cuales son más frecuentes en madres de edades avanzadas (López-Castroman, y otros, 2010), infecciones durante el embarazo o postnatales que puedan poner en riesgo el desarrollo adecuado del sistema nervioso central, la edad de los progenitores, siendo mayor la probabilidad de tener hijos con esquizofrenia en padres de edades avanzadas, así como en aquellos menores de 25 años (Miller, y otros, 2011), el consumo de cannabis y el estrés (Saiz, de la Vega, & Sánchez, 2010).

Síntomas

En este apartado se va a hacer referencia a los pródromos, que reúnen la sintomatología previa a la aparición del cuadro psicótico; los síntomas positivos, en los que se aprecia un aumento en las percepciones y cogniciones del paciente; y los síntomas negativos, denominados así porque producen una disminución de las capacidades del mismo (Díaz, 2013).

El inicio de la esquizofrenia puede ser insidioso o agudo. En los inicios agudos aparecen los síntomas psicóticos de manera brusca, sin pródromos. Por el contrario, en los inicios insidiosos el paciente comienza a presentar, previamente a la aparición del cuadro psicótico, que es en el que se manifiestan de manera aguda los síntomas propios del trastorno que se describirán más adelante, una serie de síntomas prodrómicos como pueden ser: sentimiento de nerviosismo, retraimiento y evitación social, sentimientos de merma e incompetencia funcional, intolerancia a mínimas tareas, dificultad adaptativa, dificultad para dormir, alteraciones en el apetito, contrariedad emocional, pérdida de expresión emocional, preocupación o rumiación excesiva por ideas pasadas o lenguaje difícil de entender, entre otros. En conjunto, un cambio incomprensible para las personas de su alrededor (Chinchilla, 2000).

A continuación, se van a explicar los síntomas propios del trastorno en sí, distinguiendo entre síntomas positivos y negativos, cuyas diferencias se han explicado anteriormente. Esta división es la que más se asemeja a la sintomatología recogida en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5, pero existen otras clasificaciones (Chinchilla, 2000).

Entre los síntomas positivos se encuentran las alucinaciones, las ideas delirantes, el comportamiento extravagante y los trastornos formales del pensamiento, cuyas definiciones se van a exponer adaptadas del DSM-5 (2014):

- *Alucinaciones*: percepciones sensoriales originadas en el cerebro del paciente que experimenta como si fueran reales, pese a que no existe una estimulación del órgano sensorial implicado.
- *Delirios*: creencias ilógicas y falsas e interpretaciones erróneas basadas en deducciones incorrectas sobre la realidad que el paciente sostiene firmemente a pesar de poder ser refutadas con pruebas evidentes.
- *Comportamiento extravagante*: con este concepto Andreasen se refiere a la apariencia y los comportamientos sociales, sexuales y agresivos, así como a una conducta repetitiva.
- *Trastorno del pensamiento*: desorganización y pérdida de la capacidad para asociar ideas, las cuales cambian de temática sin existir conexión entre ellas.

Entre los síntomas negativos establecidos por esta autora se encuentran la pobreza afectiva, la alogia, la abulia-apatía, la anhedonia-insociabilidad y el déficit de atención. Igualmente, se van a adaptar sus definiciones a partir de los conceptos que aparecen en el DSM-5 (2014).

- *Pobreza afectiva, embotamiento afectivo o aplanamiento afectivo*: limitación de la capacidad de expresar emociones.
- *Alogia*: falta de espontaneidad en la conversación y disminución de la fluidez del lenguaje como consecuencia de un empobrecimiento del pensamiento.
- *Abulia-apatía*: disminución del deseo o la motivación y falta de voluntad e iniciativa para llevar a cabo una acción.
- *Anhedonia-insociabilidad*: dificultad para disfrutar o ausencia de interés en las experiencias de la vida en lo concerniente a la actividad sexual, la capacidad de sentir intimidad y las relaciones sociales.

Diagnóstico y tratamiento

A continuación, se van a exponer, en primer lugar, los criterios utilizados para el diagnóstico de este trastorno según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2014). En segunda instancia, se va a ofrecer una visión general de los procedimientos utilizados para su tratamiento. Por un lado, se explicarán los aspectos farmacológicos y, por otro, las intervenciones psicosociales.

Diagnóstico

En este apartado se van a describir los criterios del DSM-5, en los que se reflejan las características que ha de presentar un paciente para ser diagnosticado de esquizofrenia.

En primer lugar, el paciente ha de presentar, durante un periodo de tiempo significativo en el transcurso de un mes, o menos en el caso de que se haya tratado con éxito, un mínimo de dos de los síntomas siguientes y, al menos uno de ellos, ha de encontrarse entre los tres primeros mencionados: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y, por último, síntomas negativos.

En segundo lugar, la presencia de estos síntomas conlleva una reducción del nivel de funcionamiento previo a la aparición del trastorno en los ámbitos laboral, social o del cuidado personal.

Otro de los criterios establecidos es la persistencia de algunos de los signos de dicho trastorno durante un periodo mínimo de seis meses, entre los cuales, al menos en uno de ellos, se manifiestan los síntomas descritos en el primer criterio, expuesto dos párrafos más arriba. Además, también pueden manifestarse síntomas prodrómicos o residuales.

Finalmente, existen criterios que descartan la existencia de otros trastornos, como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas; los efectos fisiológicos causados por sustancias, ya sean drogas o medicamentos; o el padecimiento de otras afecciones médicas.

Tratamiento farmacológico

Dado que la esquizofrenia es un trastorno crónico, los efectos de la medicación utilizada para tratarla actúan como atenuantes de sus síntomas, especialmente sobre los positivos, pero no curan el trastorno (Abeira, 2012). Como se va a explicar más adelante, existen varios tipos de medicación para tratar esta patología y no todos los pacientes responden de la misma forma a su administración (Royal College of Psychiatrists, 2009), lo que hace que juegue un papel crucial la individualización de la dosis y el tipo de medicamento para cada persona, siendo determinante el seguimiento y la comunicación entre éste y su psiquiatra (Díaz, 2013). A continuación, se va a realizar un breve repaso de dichos medicamentos para luego establecer las diferencias entre ellos.

El primer medicamento antipsicótico, la clorpromazina, fue descubierto por Henri Laborit en 1951, quien detectó los beneficios que presentaba dicho fármaco en cuanto a la atenuación de alucinaciones, delirios y estados de agitación. Fue con la clorpromazina con la que se acuña el término de neurolépticos o tranquilizantes mayores, concepto que, actualmente, se utiliza para referirse a aquellas sustancias que tienen efectos extrapiramidales, es decir, alteraciones motoras y en las capacidades cognitivas como, por ejemplo, agitación motora y dificultad para concentrarse (acatisia), o rigidez y temblores corporales unidos a una reducción de la actividad mental (parkinsonismo) (Álamo, Cuenca, López, & García, 2007).

La segunda generación de medicamentos antipsicóticos comienza cuando Kane (1988) reintroduce la clozapina, un medicamento que se había retirado anteriormente por su capacidad para producir agranulocitosis (disminución de granulocitos en sangre), pero que demostró ser más eficaz en cuanto a los efectos extrapiramidales, los síntomas positivos y los negativos. Más tarde, en 1993, Janssen introduce la risperidona, con la que nace la denominación de antipsicóticos atípicos para referirse a aquellos que presentaban mayor eficacia y tolerancia a los efectos adversos.

Con respecto a lo mencionado en los párrafos anteriores, la principal diferencia entre los neurolépticos clásicos y los antipsicóticos atípicos reside en que estos últimos han demostrado, por una parte, ser más eficaces en el tratamiento de los síntomas, tanto positivos como negativos y, por otra, una disminución de los efectos adversos (Álamo, Cuenca, López, & García, 2007), pese a que pueden provocar otros como aumento de peso, hiperglucemia o hiperlipidemia. A su vez, se ha demostrado que, con una administración en dosis bajas, los neurolépticos típicos son igual de seguros que los atípicos (Gardner, Baldessarini, & Waraich, 2005).

Intervenciones psicosociales

Como se ha comentado anteriormente, la esquizofrenia es un trastorno que engloba diversos déficits, como la disfunción cognitiva y emocional. Esto, unido a otros factores ambientales como institucionalización, falta de programas de rehabilitación, bajo nivel social y/o económico, efectos secundarios de la medicación o falta de expectativas por parte de los profesionales (Harding, Zubin, & Strauss, 1992), hace que, en la práctica, también se intervenga desde una aproximación psicosocial, la cual pretende mejorar el desempeño del paciente en diversos ámbitos, de manera que pueda llevar una vida más independiente e integrada en la sociedad. Además, a través de este tipo de intervenciones se consigue una mejora en la adaptación del paciente a los efectos del trastorno y un incremento de su capacidad para hacer frente a sucesos estresantes (Barjau, 2000).

Existen diversas formas de intervención en pacientes con esquizofrenia, entre las que se encuentra la psicoeducación, explicada con anterioridad, la terapia individual, la rehabilitación laboral o programas de intervención precoz (Barjau, 2000). A continuación, se van a describir el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHHSS) y la intervención familiar, importantes para la comprensión de la propuesta que se encuentra al final de este trabajo.

El EHHSS consiste en ejercitar aquellas capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que promuevan la convivencia y la socialización del paciente (Perona, Gallach, Vallina, & Santolaya, 2003). Este entrenamiento, se puede realizar de manera individual o grupal, siendo más común la segunda opción debido a la mayor efectividad que tiene la terapia de grupo cuando se pretende mejorar el desempeño social y ocupacional del paciente (Barjau, 2000).

En lo que al EHHSS respecta, se han establecido tres categorías (Lieberman, Massel, Mosk, & Wong, 1985). La primera de ellas se refiere al modelo de habilidades sociales básicas que se lleva a cabo mediante el juego de roles, con el que se pretende enseñar y poner en práctica las habilidades sociales en su forma verbal y no verbal. En segundo lugar, se encuentra la resolución de problemas, intervención con la que se pretende entrenar estrategias, así como promover respuestas alternativas eficaces ante situaciones espontáneas. En última instancia, y debido al deterioro cognitivo que pueden presentar algunos pacientes, se encuentra un modelo de focalización de la atención, con el que se pretende enseñar aptitudes de conversación básicas mediante un entrenamiento altamente estructurado que reduzca al mínimo cualquier distracción.

Algunas de las habilidades que se incluyen en el EHHSS para personas con esquizofrenia son la promoción de la capacidad del paciente para establecer y mantener relaciones sociales, el cumplimiento adecuado de la medicación, la higiene personal y el autocuidado, la resolución de problemas de la vida cotidiana, la búsqueda de empleo, la ampliación de recursos de ocio, así como la conducta sexual (Barjau, 2000).

Con respecto a las familias de pacientes con esquizofrenia, es necesario destacar la relevancia que tienen en dicho trastorno debido a dos motivos: en primer lugar, porque la esquizofrenia impacta sobre la familia del paciente sembrando entre sus miembros sensaciones de angustia, temor, frustración e incertidumbre que derivan en culpabilizaciones y reproches. Son estos sentimientos, unidos al estigma existente acerca del trastorno, los que provocan en los familiares una respuesta de aislamiento social con el fin de ocultarlo, lo que termina deteriorando la situación familiar (Barjau, 2000). Por otra parte, los familiares son un pilar básico al ser quienes han de desempeñar el papel de ayudarlo a ser independiente y a controlar su trastorno, para lo que necesitan recursos de ayuda, entre los que destacan por su efectividad para este fin la psicoeducación y el apoyo familiar, pese a ser las menos empleadas (Crespo, 2007).

Algunos de los principales modelos o técnicas que han incorporado a las familias se centran en la educación sobre la patología, la no culpabilización de los familiares, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas en el ámbito familiar, la reducción de la EE y del estrés mediante una mejora de la comunicación y de la expresividad emocional, el establecimiento de límites y responsabilidades en la conducta del paciente, la identificación de síntomas de recaída y el entrenamiento para la intervención en crisis (Barjau, 2000).

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN ESQUIZOFRENIA

Dada la importancia de informar a los pacientes y a sus familiares sobre el trastorno, tal y como se apuntó en apartados previos, en este punto se realizará un breve recorrido por algunas de las diferentes intervenciones para el tratamiento de la esquizofrenia que utilizan estrategias psicoeducativas.

Como ya se ha puesto de manifiesto en el punto de los orígenes de la Psicoeducación, los principales responsables del surgimiento de la práctica psicoeducativa son los modelos propuestos por Goldstein y cols. (1978) y de Anderson y cols. (1981), por lo que serán desarrollados en primer lugar y, seguidamente, se explicarán otras actuaciones de este tipo ordenadas cronológicamente hasta la actualidad.

Intervención psicoeducativa en crisis (Goldstein, Rodnick, Evans, May, & Steinberg, 1978)

Con el propósito de intervenir en etapas tempranas del trastorno, dicha intervención se realiza con pacientes de esquizofrenia que han padecido su primer episodio psicótico agudo (Soto-Pérez, 2011), durante las seis semanas siguientes al alta hospitalaria, tras haber sido identificado este periodo como aquel con más riesgo de recaídas (Arévalo, 1990).

Los objetivos que se persiguen con la intervención son primordialmente: identificar factores estresantes que puedan haber influido en la aparición del episodio agudo; desarrollar estrategias de evitación y afrontamiento del estrés; generalizar las estrategias de solución de problemas a situaciones específicas y reales; y anticipar y planificar situaciones estresantes (Arévalo, 1990).

Para cubrir dichos objetivos, la intervención se desarrolla mediante sesiones semanales de aproximadamente una hora y treinta minutos, en contexto clínico, con una sola familia y sin la presencia del paciente (Soto-Pérez, 2011). El contenido de las sesiones está enfocado a la educación en el trastorno, la aceptación constructiva del mismo y la planificación del futuro, aunque no se establece una estructura fija, por lo que cada profesional distribuye los objetivos entre las seis sesiones según su propio criterio (Vallina & Lemos, 2000).

Modelo de Anderson, Reiss & Hogarty (1981)

Este modelo está destinado a la educación de los familiares de pacientes con esquizofrenia para evitar el exceso de criticismo y de implicación emocional, traducida en aquellas familias cuyos miembros se involucran en exceso y muestran más intolerancia, hostilidad y criticismo hacia el paciente, además de proporcionar métodos de afrontamiento efectivos del trastorno y mantener unas expectativas realistas acerca del rendimiento del paciente y su recuperación (Soto Pérez, 2011).

Esta práctica se desarrolla en un marco clínico, desde que el paciente es hospitalizado, siendo incluido en la intervención una vez que ha sido dado de alta. Además, combina la intervención unifamiliar con la multifamiliar y utiliza el contacto telefónico como recurso para asistir a las familias cuando sea necesario (Soto-Pérez, 2011).

Algunos autores que han revisado el modelo han planteado las siguientes fases de las que consta el mismo (Vallina & Lemos, 2000):

- *Conexión con las familias*, con el fin de promover la viabilidad del tratamiento, de manera que formen parte de los recursos de apoyo y sepan cómo actuar ante las diferentes circunstancias en que pueda encontrarse el paciente. En este aspecto se destacan contenidos como: construcción de una alianza de trabajo con los familiares; comprensión de los posibles factores estresores que afectan a la familia y de los recursos e intenciones de ésta para enfrentar la patología; reconocimiento y promoción de fortalezas familiares; y establecimiento de reglas y expectativas realistas mediante un contrato en el que queden reflejadas.
- *Taller psicoeducativo*, fundamentado en la importancia de proporcionar a las familias la información y material necesarios para actuar ante enfermedades graves debido a su cercanía con el paciente y la influencia que ejercen sobre él de cara a su recuperación. Incluye información sobre la esquizofrenia, su tratamiento y el papel de la familia; identificación de los principales problemas y necesidades que surgen a raíz de la aparición del trastorno y acciones cuya eficacia ha sido demostrada de cara a paliarlos.
- *Reintegración a la sociedad y rehabilitación social y profesional*, de cara a la progresiva recuperación de actividades cotidianas que confieran al paciente la capacidad de asumir responsabilidades que supongan un aumento gradual de la actividad y la tolerancia al esfuerzo; primero en el ámbito doméstico, con y sin acompañamiento por otro miembro de la familia para adquirir seguridad para, en un paso posterior, extrapolar los compromisos a actividades fuera del hogar.
- *Etapa final*, resaltando la importancia de la continuidad de la intervención, aunque se disminuya la frecuencia de las sesiones, para mantener la estabilidad y control sobre los síntomas psicóticos.

Intervención psicosocial (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Sturgeon, 1982)

Centra su atención en la EE, tratando de reducirla a lo largo de la intervención. El nivel de EE manifestado por las familias se mide mediante la *Camberwell Family Interview* (CFI, Vaughn & Leff, 1976), una entrevista semiestructurada que evalúa el clima emocional de los familiares de pacientes con enfermedad mental crónica, recogiendo información objetiva, es decir, conducta y funcionamiento social del paciente en los meses previos al ingreso hospitalario, y subjetiva; sentimientos y actitudes del familiar entrevistado con respecto al paciente y al trastorno que padece éste (Montero & Ruiz, 1992).

Atendiendo a una revisión posterior (Muela & Godoy, 2001), la intervención se realiza en tres modalidades, que son las siguientes:

- Un *programa educativo* donde se informa sobre el trastorno, mediante cuatro visitas al hogar de la familia mientras el paciente permanece ingresado en el hospital (Muela & Godoy, 2001). Durante las visitas se leen cuatro lecturas y se realiza un posterior debate tratando la etiología, los síntomas, el desarrollo, el tratamiento y el manejo del trastorno (Vallina & Lemos, 2000).
- *Grupo de familiares*, cuando el paciente ha sido dado de alta, pero aún sin su presencia, para tratar cuestiones relativas a la convivencia y la puesta en común de experiencias y problemas que se han presentado (Muela & Godoy, 2001). La duración de las sesiones es de una hora y media, cada quince días durante nueve meses (Vallina & Lemos, 2000).
- *Sesiones familiares en el hogar* con la presencia del propio paciente, tratando temas personales y situaciones específicas que afectan a la familia en cuestión (Muela & Godoy, 2001) y enfocando la intervención a la mejora del contacto social y la disminución de la EE (Vallina & Lemos, 2000). La duración de estas sesiones es de una hora y su frecuencia varía en función de las características de cada familia.

Otra de las aportaciones a destacar en esta intervención es el conjunto de reglas que se establecen para mejorar la comunicación de los participantes, como son respetar el turno de palabra, intervenir de manera equivalente en la conversación y dirigirse a las personas presentes de manera directa y no en tercera persona (Palma, 2007).

Modelo de terapia familiar conductual para esquizofrenia (Falloon, Boyd, & McGill, 1984)

Este modelo parte de dos supuestos: en primer lugar, que las habilidades de afrontamiento que posee una persona la capacitan para enfrentar la diversidad de circunstancias adversas que se dan en su vida cotidiana y, por otro lado, la existencia de una dificultad por parte de los familiares del enfermo de esquizofrenia para comprender y manejar el trastorno, así como para expresar al paciente sus sentimientos (Soto-Pérez, 2011).

El lugar en el que se realizan principalmente las intervenciones es en el domicilio familiar (Muela & Godoy, 2001), con una duración de una hora y disminuyendo gradualmente su frecuencia; semanal durante los tres primeros meses, después quincenalmente y, al final, las sesiones se realizan con frecuencia mensual hasta completar el año de intervención (Soto-Pérez, 2011).

El modelo incluye las siguientes etapas (Soto-Pérez, 2011):

- *Evaluación de las fortalezas y debilidades de la familia*, con el fin de conocer el modo de afrontamiento y resolución de problemas de sus integrantes y su funcionamiento con respecto a la comunicación de la unidad familiar.
- *Educación acerca de la enfermedad* con el paciente y sus familiares en el domicilio, tratando aspectos como factores de riesgo y de protección, prevención de recaídas o tratamiento. Además de la información sobre el trastorno y otros contenidos relacionados, incluye debates y aportación de experiencias.
- *Entrenamiento en habilidades de comunicación* para reducir el estrés en el ámbito familiar y promover la mejora de su calidad de vida, favoreciendo una comunicación constructiva, la expresión de sentimientos y peticiones de manera asertiva.
- *Entrenamiento en solución de problemas*, empezando por la identificación del foco de conflicto y de soluciones, la planificación de estrategias para ponerlas en práctica y, finalmente, la evaluación de los resultados.
- *Estrategias conductuales específicas*, para tratar otras conductas concretas que no son posibles de abordar mediante otras técnicas tratadas. Algunos ejemplos de estrategias son: fijación de límites, manejo de la ansiedad, habilidades sociales, relajación, tiempo fuera...

Programas educativos *Family-to-Family* (Burland, 1991)

El programa fue desarrollado por la psicóloga Joyce Burland en 1991, para ayudar a los familiares de adultos con trastornos mentales graves y puesto en práctica con la colaboración de la National Alliance on Mentally Ill (NAMI). El programa basa su intervención en el modelo de autoayuda (Soto-Pérez, 2011), es decir, la colaboración entre un grupo de personas organizadas con el fin de ayudarse mutuamente y satisfacer una necesidad común (Domenech, 1998), el cual está liderado por un miembro familiar entrenado (Dixon, y otros, 2011).

La duración del programa consta de doce semanas, con una sesión semanal de entre dos y tres horas, en las que los participantes reciben información actualizada sobre el trastorno mental y cómo afecta al cerebro, la medicación, la rehabilitación, el autocuidado y manejo del estrés, la asistencia mutua, habilidades de comunicación, estrategias de solución de problemas y de afrontamiento de crisis (Dixon, y otros, 2011), además de información sobre servicios de asistencia locales y sobre otros tipos de terapias y tratamientos actuales. A través de estas intervenciones, también se pretende proporcionar a los asistentes apoyo mutuo y la oportunidad de compartir experiencias con personas que se encuentran en la misma situación (NAMI, 2019).

Intervención cognitivo-conductual (Tarrrier & Barrowclough, 1992)

El foco de atención de esta intervención son las necesidades de los miembros de la familia y la reducción de la EE. Además, considera a los familiares del paciente con esquizofrenia como agentes con capacidad de rehabilitación mediante la adquisición de habilidades para con el enfermo de cara a su atención en el ámbito doméstico (Vallina & Lemos, 2000).

La intervención se divide en tres fases (Muela & Godoy, 2001):

- *Programa educativo*, partiendo de la idea de que la información sobre el trastorno influye positivamente en los familiares, aumentando su optimismo y participación, así como reduciendo los síntomas de estrés. Este programa se divide en dos sesiones: la primera, en la que no participa el paciente, consiste en tratamiento de malinterpretaciones y creencias erróneas existentes acerca del trastorno y, en la segunda sesión, se debate acerca de esta información, con la posibilidad de que estén presente los pacientes (Vallina & Lemos, 2000).
- *Manejo del estrés y respuestas de afrontamiento*, mediante técnicas de relajación, autoafirmaciones alentadoras, reevaluación de comportamientos realizados por el paciente y la necesidad de prestar atención a las propias necesidades y el autocuidado (Vallina & Lemos, 2000). La intervención se realiza tratando cada situación de manera específica, realizando un análisis detallado de los aspectos que desencadenan respuestas de estrés y a través de la práctica mediante escenificación del contexto (Soto-Pérez, 2011).
- *Planificación de metas*, mediante un programa estructurado, transformando los problemas en necesidades susceptibles de ser cubiertas a través de cambios de conducta positivos (Vallina & Lemos, 2000).

Psicoeducación de Muela y Godoy (2001)

Esta intervención, realizada en Andalucía, integra elementos de otros modelos anteriores como el de Anderson y cols. (1981) o el de Falloon y cols. (1984). Está dirigida a las familias de alta EE, siendo su objetivo reducirla, así como disminuir el estrés y la carga subjetiva que supone el cuidado del paciente. A su vez, trata de ampliar los conocimientos de los que disponen los miembros de la familia acerca del trastorno (Godoy & Muela, 2001).

La intervención se implementó mediante un proceso que constaba de las siguientes fases (Godoy & Muela, 2001):

- La *fase 0 (Evaluación)*, comenzó con una evaluación de la Emoción Expresada de las familias, con el fin de clasificarlas según su puntuación en esta variable. Para ello, se utilizó la versión española de la CFI, elaborada por Gutiérrez (1986), un cuestionario sobre la esquizofrenia, que se realizó específicamente para este estudio, y la Escala de Estrés Familiar de Álvarez y Gutiérrez (1989).
- En segundo lugar, en la *fase I (Psicoeducativa)*, se llevaron a cabo sesiones psicoeducativas semanales en grupos familiares durante dos horas y media sin la presencia de las personas con esquizofrenia, donde se informaba sobre el propio trastorno, el papel de la familia y otras estrategias que resultan de ayuda para enfrentar momentos críticos, como la relajación o la conducta asertiva.
- En la *fase II (Intervención Individualizada)* se intervino de manera individual con cada familia y el paciente en quince sesiones semanales de una hora y media de duración (Godoy & Muela, 2001). En estas sesiones se pretendía poner en práctica los conocimientos adquiridos anteriormente sobre situaciones concretas. Para ello, se elaboró una lista entre todos los miembros de la familia que incluyera las conductas que se deseaban cambiar y las técnicas que debían llevarse a cabo para conseguirlo.
- Por último, en la *fase III (Seguimiento)*, se mantuvo comunicación telefónica con la familia con una frecuencia quincenal para evaluar el estado de salud del enfermo y la regularidad de la medicación, así como el nivel de satisfacción de la familia con respecto a la utilidad de las técnicas aprendidas en las sesiones.

Intervención familiar psicoeducativa (Mayoral, 2014)

Esta intervención, realizada en España recientemente por el psiquiatra Fermín Mayoral Cleries, se basa en el modelo de Falloon y cols. (1984), y con ella pretende demostrar la efectividad de la psicoeducación en la prevención de la hospitalización de los pacientes con esquizofrenia.

El programa consiste en 24 sesiones grupales con una sola familia, que incluye la participación, al menos, del paciente y un familiar clave, sin ser excluyente hacia otros familiares directos que tengan el deseo de participar. Estas sesiones tienen una duración aproximada de 60 minutos. La frecuencia de las sesiones varía durante los doce meses totales de intervención, siendo las reuniones semanales durante el primer trimestre, quincenales durante el segundo y mensuales en los últimos seis meses.

Los requisitos para participar en este programa exigen que los pacientes en el programa hayan sido diagnosticados de esquizofrenia siguiendo los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que conviven con un familiar como mínimo, que se encuentren estables en cuanto a su sintomatología se refiere y que hayan sido atendidos por los servicios correspondientes de salud mental doce meses antes de la intervención como mínimo.

En relación a la estructura del programa descrito, los contenidos de las sesiones se dividen en cuatro bloques, que son los siguientes: información sobre el trastorno y su tratamiento, evaluación de necesidades y relaciones en el ámbito familiar, entrenamiento de habilidades de comunicación y, por último, afrontamiento y resolución de problemas (Mayoral, 2014).

Elementos comunes de las intervenciones psicoeducativas

A continuación, se van a exponer los elementos que caracterizan todas las intervenciones psicoeducativas en pacientes con esquizofrenia (Lam, 1991). A pesar de la antigüedad de la cita y, aunque se han expuesto intervenciones más recientes (Vallina & Lemos, 2000), se considera que estas características siguen vigentes en modelos posteriores a la publicación de Lam:

- *Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias.* Consiste en evitar culpabilizar a los familiares, potenciando y reconociendo sus intenciones de ayudar pese a que, en ocasiones, sus pautas de afrontamiento no son las adecuadas según el criterio de los profesionales. Se precisa respeto hacia las necesidades de los familiares y reconocimiento de la carga que supone el cuidado del paciente, para lo que los profesionales les muestran pautas de acción apropiadas para la resolución de problemas.
- *Proporcionar estructura y estabilidad.* Hace referencia a la regularidad y estabilidad que caracterizan a los contactos entre la familia y los profesionales, proporcionándoles apoyo ante la sensación de descontrol que ocasiona el trastorno, y a la necesidad de generar un ambiente familiar estructurado y estable.
- *Centrarse en el “aquí y ahora”.* La finalidad es detectar los problemas y el estrés al que se enfrentan las familias en el momento de la intervención, así como buscar la manera de afrontarlos. Paralelamente, se lleva a cabo un análisis de las fortalezas y debilidades que caracterizan la dinámica familiar y de las relaciones que se dan entre los familiares, la percepción que tiene cada uno de ellos del trastorno y su estilo particular de afrontamiento.
- *Utilización de conceptos familiares.* Consiste en el establecimiento de límites interpersonales e intergeneracionales precisos, de manera que se promueva el apoyo a las relaciones de la familia y el respeto de la independencia y de las conductas retraídas del paciente con esquizofrenia cuando sea preciso.

- *Reestructuración cognitiva.* Esta técnica consiste en modificar creencias y pensamientos distorsionados (Dongil, 2008). A través de ella, se pretende dar sentido a las conductas del paciente y a sus sentimientos, así como a los del resto de familiares mediante el componente educativo de las intervenciones, que dota de información a las familias en relación a estos aspectos a la vez que les proporciona habilidades y recursos de afrontamiento. La reestructuración cognitiva promueve también que se exculpe al paciente de su propia sintomatología y que no se le atribuya una intencionalidad equivocada.
- *Aproximación conductual.* Se lleva a cabo bajo una estructura de solución de problemas. Supone un trabajo centrado en el análisis de recursos y necesidades de la familia para un posterior establecimiento de objetivos y prioridades en términos realistas, descomponiéndolos en pequeñas metas traducidas en cambios de conducta graduales y tareas para llevar a cabo en el ámbito doméstico, que serán evaluadas en las sesiones.
- *Mejorar la comunicación.* Hace referencia al entrenamiento de las familias en la comunicación con el paciente, requiriendo cambios simples y específicos, claramente definidos. Esta intervención se realiza mediante ensayos de conducta, modelado, práctica y generalización en diferentes ámbitos.

Elementos diferenciales de las intervenciones

A continuación, van a presentarse los principales aspectos en los que difieren las prácticas psicoeducativas. (Soto-Pérez, 2011):

- *Tipo de pacientes y momento de la enfermedad.* Las intervenciones psicoeducativas se extienden a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico (Bedoya & Builes-Correa, 2006), y pueden realizarse durante el primer episodio de la enfermedad, en la fase de hospitalización, o en cualquier otro momento.
- *Formato y estructura.* Las sesiones pueden realizarse con una sola familia (intervención unifamiliar) o con varias a la vez (intervención multifamiliar) y, a su vez, pueden distar en la inclusión o exclusión del paciente.
- *Contexto.* Se puede llevar a cabo en el domicilio del paciente o en ámbito clínico.
- *Foco de atención.* Los diversos tipos de actuaciones psicoeducativas tratan ciertos temas en común, pero cada una centra su intervención en alguno de los diferentes aspectos como pueden ser: la educación sobre el trastorno, las emociones de los participantes, las conductas del paciente, la resolución de problemas en el ámbito familiar o la rehabilitación psicosocial de la persona que padece el trastorno.

- *Duración.* Los diferentes tratamientos pueden variar en cuanto a la duración total (desde unas semanas hasta años) o con relación a la frecuencia de las sesiones (si son diarias, semanales, quincenales, etc.).

Ventajas de la práctica psicoeducativa

La psicoeducación ha demostrado tener las siguientes ventajas en el tratamiento de la esquizofrenia (Cuevas & Moreno, 2017):

- Cambio en la visión que tienen los pacientes y los familiares acerca del trastorno.
- Sencillez en la adaptación e implementación de la intervención.
- Reducción del riesgo de recaídas como consecuencia del conocimiento acerca del trastorno.
- Reducción del sentimiento de incapacidad que los pacientes poseen sobre sí mismos.
- Apoyo en la reducción de la carga emocional, física y social producida por la angustia, el temor, el malestar, el estigma y el aislamiento que se produce tanto en el paciente como en el cuidador.
- Adquisición, por parte de los pacientes, de expectativas más positivas de autonomía y recuperación, así como una mejora de la percepción de apoyo y satisfacción con sus familiares.
- Reducción de la duración de los episodios psicóticos, las hospitalizaciones y los problemas de adherencia al tratamiento.

PROPUESTA DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

En este apartado se pretende describir un programa psicoeducativo de carácter multifamiliar. Para empezar, se van a determinar aspectos básicos como su estructura, en la que se detalla la calendarización y la duración de las sesiones; los objetivos generales del programa y específicos de cada sesión junto con los contenidos que se van a tratar en cada una de ellas; el perfil de los participantes, donde se delimitan las características del grupo de personas al que va dirigido el programa y, en otro apartado, la metodología utilizada para impartirlo. Posteriormente, se desarrollarán cada una de las sesiones, para lo que se van a describir las actividades de las que se componen y su temporalización. Seguidamente, se especificarán los recursos humanos y materiales que son necesarios para poner en práctica la propuesta y, por último, se expondrán los elementos a tener en cuenta para su evaluación.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

En este apartado se van a exponer los módulos tratados en el programa, las sesiones que lo componen y la duración de las mismas, así como su distribución en el tiempo y el lugar en el que se van a realizar.

El programa consta de tres módulos temáticos: la esquizofrenia, las estrategias de resolución de conflictos y habilidades sociales y la vida saludable. El primer módulo consta de tres sesiones que, al ser de carácter más teórico tendrán una duración de una hora y quince minutos. El segundo está compuesto por dos sesiones de una hora y media cada una y, el tercero se realizará en dos sesiones, teniendo la primera de ellas una duración de una hora y media y la segunda de 45 minutos. En la Tabla 1 puede verse esquematizada la estructura del programa.

Las sesiones se imparten con una frecuencia semanal, por lo que el programa tendrá una duración total de siete semanas. Se realizarán los lunes en el hospital de día del Hospital Clínico Universitario de Valladolid a partir del 23 de septiembre de 2019 por lo que, la última sesión se llevará a cabo el 4 de noviembre de 2019. La actividad comenzará a las 16:30 horas y terminará a la hora que corresponda según la duración de cada una de las sesiones.

Tabla 1. Estructura de los módulos y las sesiones del programa psicoeducativo.

MÓDULOS	SESIONES	DÍA Y HORA	DURACIÓN
ESQUIZOFRENIA	Sesión 1: Presentación. ¿Qué es la esquizofrenia? Síntomas.	23 de septiembre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 15 minutos
	Sesión 2: Causas y factores de riesgo.	30 de septiembre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 15 minutos
	Sesión 3: Medicación y efectos secundarios.	7 de octubre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 15 minutos
ESTRATEGIAS Y HABILIDADES	Sesión 4: Habilidades Sociales.	14 de octubre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 30 minutos
	Sesión 5: Resolución de Problemas.	21 de octubre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 30 minutos
VIDA SALUDABLE	Sesión 6: Hábitos saludables.	28 de octubre de 2019 a las 16:30 horas	1 hora y 30 minutos
	Sesión 7: Seguimiento de hábitos y cuestionario de evaluación.	4 de noviembre de 2019 a las 16:30 horas	45 minutos

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa en su conjunto tiene el objetivo principal de proveer a los participantes de información, así como de unas pautas de acción adecuadas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida del paciente y de sus familiares. A partir de éste surgen una serie de objetivos generales del programa (ver Tabla 2) y otros relativos a las sesiones que lo conforman (ver Tabla 3).

Tabla 2. Objetivos generales del programa psicoeducativo

OBJETIVOS GENERALES
Proporcionar a los pacientes de esquizofrenia y a sus familiares información objetiva sobre el trastorno y su tratamiento.
Potenciar las habilidades sociales.
Promover estrategias de resolución de conflictos.
Promover hábitos de vida saludables tanto en los pacientes como en sus familiares.

Tabla 3. Objetivos específicos y contenidos de las sesiones que componen el programa psicoeducativo

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS
1. Presentación, esquizofrenia y síntomas.	Presentar a los participantes y a los monitores del taller.	Esquizofrenia, delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento, aplanamiento afectivo, alogia y abulia
	Dar a conocer qué es la esquizofrenia y cuáles son sus síntomas principales.	
	Promover la puesta en común de experiencias relacionadas con la temática tratada.	
2. Causas y factores de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia.	Explicar el funcionamiento cerebral y las alteraciones de la esquizofrenia en la neurotransmisión.	Sinapsis, neurotransmisores, hipofrontalidad, hipótesis dopaminérgica y factores de riesgo
	Dar a conocer los factores que contribuyen a la aparición de la esquizofrenia.	
	Promover la puesta en común de experiencias relacionadas con la temática tratada.	
3. La medicación y sus efectos secundarios	Ofrecer información objetiva acerca de la medicación antipsicótica.	Antipsicóticos típicos y atípicos, síntomas extrapiramidales y efectos secundarios
	Dar a conocer los efectos secundarios que produce la medicación.	
	Concienciar sobre la importancia de la toma de la medicación y el registro de los efectos adversos.	
4. Las Habilidades Sociales	Explicar qué son las habilidades sociales (HHSS).	Habilidades sociales, escucha activa, asertividad, comunicación, agradecimiento y cumplidos.
	Ofrecer pautas para la puesta en práctica de habilidades sociales como el inicio, el mantenimiento y la finalización de conversaciones, la realización de cumplidos, el agradecimiento, la escucha activa y la empatía.	
	Presentar tabla de autorregistro de HHSS.	
5. La Resolución de Problemas	Reconocer los principales problemas que surgen en la vida diaria de los participantes.	Conflictos y resolución de problemas
	Establecer los pasos que deben seguirse para una correcta solución de conflictos.	
	Aplicar las HHSS aprendidas en la sesión anterior para resolver problemas de la vida cotidiana.	
6. Hábitos saludables y evaluación	Concienciar sobre la importancia del cuidado de todos los miembros de la familia.	Hábitos de vida saludables, actividad física, alimentación y estilo de vida
	Evaluar los hábitos de vida de cada persona mediante un autorregistro.	
	Promover hábitos de vida saludables en los participantes.	
7. Seguimiento de hábitos y cuestionario de evaluación	Comprobar el cumplimiento del horario de hábitos de vida.	Seguimiento y cuestionario de evaluación
	Aplicar un cuestionario de evaluación sobre las actividades.	

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

La propuesta integra grupos de cinco pacientes acompañados por un máximo de dos familiares cada uno, los cuales ejercen el rol de cuidador principal, por lo que el grupo estará compuesto por un mínimo de diez personas y un máximo de quince. Se ha establecido este rango de participantes con el fin de facilitar la interacción entre ellos y poder ofrecer una atención más individualizada a cada familia.

Los criterios de selección de los pacientes son: personas diagnosticadas de esquizofrenia según los criterios del DSM-5. Paralelamente a éste, deben estar tomando medicación antipsicótica y haber sido dados de alta en los últimos tres meses tras su primer episodio psicótico, debido a la alta vulnerabilidad que se presenta en esta fase, denominada periodo crítico, por la existencia de mayores riesgos de recaída, suicidio o abandono de la medicación (Ruiz-Iriondo, Salaberria, & Echeburúa, 2013). Las edades de los participantes estarán comprendidas entre los 18 y los 30 años, al ser una aproximación al rango de edad en que suele aparecer el trastorno (Puente, Chinchilla, & Riaza, 2007) .

METODOLOGÍA

En este apartado se van a enumerar y explicar las estrategias metodológicas empleadas para impartir los conocimientos del programa.

Por una parte, la metodología empleada es transmisiva, debido al carácter expositivo de las sesiones, en las que se proporciona información a los participantes, tanto de manera verbal como a través de herramientas como el cuaderno psicoeducativo o las presentaciones de datos, imágenes y tablas con un proyector.

En segundo lugar, la metodología es participativa, ya que existe interacción entre los participantes y entre éstos y la persona que coordina la sesión. Dicho carácter participativo se manifiesta en la puesta en común de actividades y experiencias.

Finalmente, se llevan a cabo estrategias metodológicas resolutivas, dado que algunas de las actividades están orientadas a la resolución de problemas que afectan a los participantes. Este tipo de estrategias se observan, por ejemplo, en las actividades de entrenamiento de habilidades sociales.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

A continuación, se van a describir las sesiones y actividades que componen esta propuesta.

Sesión 1. Presentación. ¿Qué es la esquizofrenia? Síntomas.

En primer lugar, se presentará el educador de la sesión diciendo su nombre, su rol con respecto al taller. Posteriormente expondrá el plan de trabajo que se pretende desarrollar a lo largo de las

diferentes sesiones y cómo este programa puede ayudarles en diferentes aspectos como, por ejemplo, a asumir un papel activo en el tratamiento del trastorno, debido a que el programa persigue que los participantes conozcan el funcionamiento de dicho trastorno y del tratamiento; a enfrentar situaciones cotidianas estresantes utilizando las técnicas de resolución de problemas; a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, gracias a las HHSS; así como a fomentar hábitos de vida saludables en los participantes.

A continuación, el educador animará a los pacientes a presentarse. Para ello, cada uno de ellos tendrá que decir cuál es su nombre, su edad, cuándo experimentó el primer episodio psicótico y qué cambios han sucedido en su vida desde entonces. A continuación, presentará al familiar o familiares que le acompañan: su nombre y qué relación tienen. Seguidamente, los acompañantes podrán relatar cómo han percibido esta etapa desde su propio punto de vista: cuándo se dieron cuenta de que a su familiar le pasaba algo, qué cambios notaron en su comportamiento, verbalizaciones y/o apariencia, qué hicieron al respecto y cómo ha cambiado su relación o la convivencia con el paciente a partir de ese momento.

Para llevar a cabo las presentaciones se empleará un tiempo aproximado de 30 minutos, dado que las preguntas formuladas pueden conllevar respuestas extensas. La participación, inicialmente, será voluntaria, pero al final todos los asistentes tendrán que presentarse y responder a las cuestiones, por lo que el educador tendrá que animar a aquellas personas que se muestren más introvertidas.

Tras las presentaciones, el educador repartirá a cada participante un bolígrafo y un cuaderno psicoeducativo (ver [Anexo 1](#)) que contiene la información que se va a exponer en relación con el trastorno, como los síntomas característicos del mismo, algunas de las creencias erróneas que existen sobre éste, los factores de riesgo asociados a su inicio, medicamentos que existen y sus efectos secundarios. Además de lo expuesto, el cuaderno también contiene los ejercicios que se irán realizando a lo largo de las sesiones.

En este momento, se procede a explicar qué es la esquizofrenia y algunos de sus síntomas, estableciendo una división entre los síntomas positivos, de entre los que se van a describir los más comunes: los delirios, las alucinaciones y el trastorno del pensamiento, y negativos, de los que se remarcan el embotamiento o aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. Acto seguido, se pide a los participantes que compartan su experiencia con respecto a la información explicada y se les invita a añadir otros síntomas que hayan experimentado, en el caso de los pacientes, u observado, en el caso de los acompañantes. Ante las aportaciones de cada persona y, tras debatirlas en grupo, cada participante completará en su cuaderno el apartado de “¿Qué otros síntomas conoces?” (ver [Anexo 2](#)).

En segundo lugar, se analizarán algunos de los mitos existentes acerca de la esquizofrenia disponibles en el cuaderno psicoeducativo (ver [Anexo 2](#)). Se pedirá a los participantes que expliquen de manera voluntaria por qué consideran que no son ciertos y, tras la puesta en común, cada uno escribirá en su cuaderno una afirmación que refute cada uno de los mitos.

Una vez que hayan terminado la actividad, lo entregarán de nuevo al educador, que los guardará para su uso en la próxima sesión. Las actividades comprendidas desde la explicación de la esquizofrenia hasta el final de la sesión, tendrán una duración aproximada de 45 minutos.

Sesión 2: Causas y factores de riesgo.

La sesión va a comenzar con la exposición de diversas ilustraciones del cerebro, las neuronas y sus dendritas (ver [Anexo 3](#)) con ayuda de un proyector, con las que se pretende explicar cómo funciona la comunicación neuronal mediante sinapsis, qué son los neurotransmisores y describir las diferentes estructuras cerebrales implicadas en el proceso. Esto sirve de base para poder explicar, seguidamente, las alteraciones en la neurotransmisión que pueden ocasionar algunos trastornos mentales graves, como por ejemplo la esquizofrenia.

El educador explicará que existen gran diversidad de estudios sobre las causas biológicas de la esquizofrenia, aunque en esta sesión se centrará en algunas de las hipótesis que han resultado tener más relevancia, como la hipofrontalidad, que implica una menor actividad de las regiones frontales del cerebro; los déficits en el funcionamiento del lóbulo temporal o la hiperactividad del sistema dopaminérgico (Jiménez, 2007).

La explicación tendrá una duración aproximada de media hora y tendrá un carácter meramente informativo. Para ello, se utilizará una presentación con el proyector. Una vez que haya finalizado la exposición de los contenidos, se resolverán las posibles dudas de los asistentes en los 15 minutos siguientes.

En la segunda parte de la sesión, se explicarán algunos de los factores que contribuyen a la aparición del trastorno (Artigue, y otros, 2008), como perinatales, genéticos, de salud, las primeras relaciones con los progenitores, cognitivos, sociales, así como el consumo de sustancias tóxicas y el estrés (ver [Anexo 4](#)). Para ello, el educador repartirá los cuadernos a sus propietarios y pedirá un voluntario para que lea los factores de riesgo que aparecen escritos, a la vez que se irán explicando cada uno de ellos. Cuando hayan sido leídos, se pedirá a los participantes que compartan cuáles de estos factores han podido ser determinantes en el desarrollo de su episodio psicótico y que mencionen otros posibles factores que hayan tenido influencia, los cuales escribirán en su cuaderno.

Además, el educador enumerará otros trastornos comórbidos según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), como el trastorno de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y los trastornos de personalidad esquizotípica o paranoide como precedentes de la esquizofrenia. Se empleará un tiempo estimado de 30 minutos para la explicación, la puesta en común de los factores de riesgo y la exposición de los trastornos comórbidos. Finalmente, al igual que en la primera sesión, la persona dinamizadora recogerá los cuadernos psicoeducativos.

Sesión 3: Medicación y efectos secundarios.

En los primeros 30 minutos de la sesión, se preguntará a los participantes qué saben acerca de la medicación. A continuación, se presenta, con ayuda del cuaderno psicoeducativo, la tabla disponible en el mismo, la cual consta de apartados en los que escribir el medicamento que se consume, el número de tomas al día, la dosis suministrada por cada toma, las ventajas que se han percibido desde el inicio del tratamiento y los efectos secundarios experimentados (ver [Anexo 5](#)). Después, el educador repartirá los cuadernos psicoeducativos y pedirá a los participantes que rellenen una tabla por unidad familiar acerca de la medicación y los efectos secundarios que han percibido en el paciente. Una vez que hayan terminado de escribir, se realizará una puesta en común.

Posteriormente, establecerá la diferencia entre antipsicóticos típicos y atípicos. Sobre los primeros, se va a aclarar que su actuación según las áreas cerebrales en las que actúa puede producir una mejora los síntomas psicóticos o un deterioro en lo que respecta a la sintomatología negativa (Álamo, Cuenca, López, & García, 2007). Por otra parte, se les planteará que los antipsicóticos atípicos, han demostrado tener una eficacia mayor en cuanto a los síntomas negativos y una reducción de los efectos extrapiramidales (Vega, 2000).

Tras la diferenciación de los medicamentos antipsicóticos, se explicarán algunos de los tipos de efectos secundarios que pueden producir éstos, como son: efectos extrapiramidales, efectos adversos vegetativos y efectos endocrinos y metabólicos, junto con algunas de sus manifestaciones (ver [Anexo 6](#)) (Álamo, Cuenca, López, & García, 2007). Este apartado, que tendrá una duración aproximada de 25 minutos, finalizará con la resolución de dudas.

Durante los 20 minutos restantes, se explicarán las consecuencias de no cumplir adecuadamente las indicaciones sobre la toma de la medicación. Primero se preguntará a los pacientes si en algún momento han dejado de tomar la medicación o han tomado dosis diferentes a las prescritas y por qué. Ayudándose del proyector, el educador expondrá dos tablas con datos relativos a las causas del incumplimiento, así como sus consecuencias (ver [Anexo 7](#)).

Sesión 4: Habilidades Sociales.

La justificación de esta sesión se debe a que, por un lado, más de dos tercios de los pacientes que padecen esquizofrenia presentan déficit en HHSS y, por otro, el EHHSS tiene efectos beneficiosos como protección ante el estrés, mejora de síntomas psicóticos o facilitación del afrontamiento de situaciones derivadas del trastorno (Moriani et al., 2015).

Para empezar con el EHHSS, se explicará qué son las HHSS y su importancia de cara al funcionamiento diario de las personas en la sociedad. Las HHSS sirven para favorecer la capacidad de vivir de manera independiente, debido a la mejora de la habilidad para resolver situaciones de la vida cotidiana, y para reducir el aislamiento, al fortalecer la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales. A continuación, se van a explicar algunas de las HHSS importantes en la comunicación diaria.

La primera habilidad que se presentará es la *escucha activa*, gracias a la cual se facilita el entendimiento de los mensajes que nos transmite el emisor, reduciendo la posibilidad de que surjan interpretaciones erróneas del mismo. Además, con esta habilidad se potencia en los emisores la sensación de que sus mensajes son valorados por la persona que escucha asertivamente. Para detallar el manejo adecuado de esta habilidad, se darán algunas técnicas y pautas para practicarla:

- **Mostrar interés:** demostrar a la otra persona que lo que está diciendo te resulta relevante a través de los gestos y la expresión facial.
- **Clarificar:** pedir más información para aclarar el mensaje.
- **Parafrasear:** repetir las ideas principales del mensaje con nuestras propias palabras
- **Reflejar:** expresar con palabras el sentimiento que ha transmitido la otra persona con su mensaje.
- **Resumir:** devolver el mensaje recibido agrupando y sintetizando la información.

A continuación, se pedirá a los participantes que se agrupen con sus respectivos familiares y se les repartirá un bolígrafo y un folio que contiene las siguientes cuestiones que deberán resolver conjuntamente:

- *Pensad en una situación en la que hayáis hablado entre vosotros recientemente. ¿Cómo percibisteis que la otra persona os estaba escuchando? ¿Qué hicisteis para demostrar que estabais prestando atención a lo que os decían (gestos, postura corporal, expresión facial, contacto visual...)?*
- *Escribid un ejemplo de clarificación, parafraseo, reflejo y resumen que podáis aplicar a esa situación.*

El tiempo establecido para la explicación inicial y la primera actividad será de media hora. En los diez minutos posteriores a la actividad se realizará una puesta en común de las respuestas de los participantes para ver diferentes ejemplos de estas técnicas aplicados a la realidad y resolver dudas.

La siguiente habilidad que se va a explicar será la *asertividad*, recogiendo en ella la capacidad para expresar opiniones y emociones positivas y negativas, defender los propios derechos y formular sugerencias o peticiones sin mostrar una actitud pasiva o agresiva hacia el receptor. Esta habilidad facilita la emisión de este tipo de mensajes de una manera clara y honesta, tratando de evitar los sentimientos de culpabilidad, ansiedad o ira. A continuación, se plantea una actividad en la que se presentan una serie de frases que describen una situación. En los grupos o parejas anteriores, tendrán que poner en común cuál sería su actuación ante las diversas circunstancias planteadas:

¿Cómo actuarías en las siguientes situaciones?

- *Llevas todo el día estudiando/trabajando y, por la noche, un amigo te llama para ir al cine, pero estás muy cansado/a y no te apetece ir.*
- *En una comida familiar tu hermano ha contado una anécdota sobre ti que te avergüenza mucho.*
- *Han estrenado recientemente una película que te gusta mucho y estás esperando en la cola del cine para recoger tu entrada. Alguien aprovecha un momento que no estabas prestando atención para ponerse delante de ti, pero te acabas dando cuenta.*
- *Tu jefe te pide que hagas horas extra el fin de semana, pero ya habías hecho planes con tu familia.*
- *Llevas tiempo encargándote de las tareas del hogar tú solo/a mientras el resto de las personas con las que convives no hacen nada.*

Tras la puesta en común por familias de las actuaciones ante cada una de las situaciones, se pedirá que cada grupo represente una de las situaciones y después se preguntará a los demás si creen que ha sido una respuesta asertiva y, en caso negativo, cómo podrían mejorarla.

Para finalizar, se explican otras HHSS como iniciar, mantener y finalizar conversaciones, hacer cumplidos y expresar agradecimiento. Para ello, dará algunas pautas y pondrá algunos ejemplos sobre cómo aplicar cada una de ellas:

- Para iniciar conversaciones: procurar hacer comentarios positivos acerca de la actividad que se esté realizando o sobre algún tema que interese a ambas partes *“hace un día muy agradable hoy, ¿no crees?”*.

- Para mantener conversaciones: tratar de formular preguntas abiertas y exponer temas de interés común. Por ejemplo, si me han preguntado si iré a la piscina este sábado, en lugar de decir que sí o que no, puedo decir: *“mi amiga María me ha regalado una entrada para ir al cine este sábado por la tarde, así que no me dará tiempo a ir a la piscina”*, asimismo, la otra persona puede responder con una pregunta abierta como: *“¡qué bien! ¿Qué película vais a ver?”*.
- Para finalizar conversaciones: procurar exponer, con amabilidad y un argumento sólido, que la conversación ha de finalizar: *“lo siento, tengo mucha prisa ahora, si quieres te puedo llamar más tarde”* o *“me gusta mucho hablar contigo, pero ahora tengo que irme a trabajar”*.
- Para hacer cumplidos: mostrar sinceridad y amabilidad: *“qué bien te queda esa camiseta”* o *“la comida te ha quedado estupenda”*.
- Para expresar agradecimiento: concretar cuál ha sido la conducta por la que te muestras agradecido: *“te agradezco mucho que me hayas ayudado con los preparativos de la fiesta”* o *“lo que me dijiste el otro día me resultó de gran ayuda para tomar una decisión sobre mis estudios”*.

Posteriormente, el educador pedirá a cada uno de los participantes que pongan otro ejemplo de alguna de las HHSS, para lo que podrá dirigirse a otra de las personas presentes en el aula. Tras esta actividad se propone una tarea en la que cada participante tendrá que rellenar una tabla de autorregistro de HHSS durante una semana, describiendo la habilidad aplicada, qué sucedió, cuáles fueron las respuestas y/o reacciones de la otra persona, cómo se sintieron y qué aspecto creen que podrían mejorar (ver [Anexo 8](#)).

La explicación de la asertividad, con la actividad y las representaciones correspondientes, se realizará en 30 minutos, por lo que, los 20 minutos restantes estarán dedicados a la explicación de las demás HHSS y la propuesta de la tarea de autorregistro.

Sesión 5: Resolución de problemas.

Esta sesión es importante para capacitar a los pacientes con esquizofrenia y a sus familiares a enfrentar problemas cotidianos con el fin de reducir el estrés y los eventos problemáticos que pueden empeorar o provocar la aparición de síntomas psicóticos (Chunbo & Jun, 2012), además de los objetivos anteriormente señalados (ver Tabla 2).

Los primeros quince minutos se destinarán a la puesta en común de la actividad expuesta en la sesión anterior. Los participantes podrán explicar cómo ha sido su desempeño de HHSS durante la semana con ayuda de la tabla de autorregistro propuesta en la sesión anterior: qué HHSS han

puesto en práctica, cuáles les ha resultado más fácil practicar y con cuáles han tenido mayor dificultad, así como los posibles motivos.

Para comenzar con la siguiente actividad, se preguntará a los participantes que comenten, de manera voluntaria, qué problemas surgen en su vida diaria desde la aparición del trastorno en el paciente. Se les invitará a compartir abiertamente y de manera respetuosa aquellos aspectos que han cambiado y con los que no se sienten a gusto. El educador preguntará cuál es la causa, a quién o quiénes afecta, cómo han tratado de resolverlo y cuál ha sido el resultado. Esta puesta en común tendrá una duración de 20 minutos.

A continuación, se expondrá qué es un problema y la importancia de las HHSS para resolverlo en caso de que el conflicto surja con otra persona. Después, se explicarán los diferentes pasos de la resolución de conflictos (Mejía, 2019):

- Identificar y definir el conflicto.
- Plantear el mayor número de alternativas posibles para solucionarlo.
- Evaluar cada una de las alternativas, teniendo en cuenta su viabilidad y las ventajas e inconvenientes que puede conllevar.
- Tomar una decisión sobre la alternativa que se considere más adecuada para este problema.
- Una vez que se ha puesto en práctica, evaluar los resultados.

Una vez que se han delimitado los pasos para resolver un conflicto, se explican otros factores que han de tenerse en cuenta a la hora de la solución del problema, como son: las HHSS que pueden ponerse en práctica (expresión de opiniones y sentimientos, hacer preguntas sobre la opinión de los demás, escuchar), la capacidad para proponer soluciones y valorar las alternativas de los demás; la negociación para llegar a acuerdos; así como el reconocimiento de las emociones y reacciones que nos suscitan los problemas. Esta explicación se realizará en un tiempo aproximado de quince minutos.

Para poner en práctica las técnicas explicadas, se repartirá un folio por unidad familiar y se propondrá a los participantes que, en estos subgrupos, desarrollen una situación conflictiva que pueda suceder en su vida diaria y que planteen los sentimientos que les provoca, los pensamientos que les suscita y sus reacciones ante el problema, las alternativas para solucionarlo y la evaluación de cada una de ellas, así como la identificación de las posibles HHSS que se pongan en práctica. Finalmente, cada grupo expondrá su actividad con la finalidad de que los participantes propongan nuevas alternativas para los problemas de los demás y exista debate acerca de las mismas. Para esta actividad se emplearán 35 minutos.

En los últimos cinco minutos de la sesión, se repartirá a cada participante un folio con una tabla que contiene las pautas establecidas anteriormente y se les propondrá que registren cada una de estas indicaciones sobre algunos de los problemas que puedan surgirles a lo largo de la semana (ver [Anexo 9](#)).

Sesión 6: Hábitos saludables y Evaluación

La importancia de esta sesión radica en la evidencia demostrada de que los pacientes con esquizofrenia presentan un estilo de vida menos saludable, con mayores tasas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, un mayor Índice de Masa Corporal (IMC) y menor adherencia a la dieta mediterránea (Burgos, 2011). En cuanto a la actividad física, más de un 75% de los pacientes con esquizofrenia no realiza los 150 minutos de ejercicio moderado que se recomienda practicar semanalmente (Stubbs, y otros, 2017). Asimismo, se plantea la incorporación de las pautas que se van a comentar para los familiares, con la intención de que se conviertan en actividades compartidas por todos los miembros de la unidad familiar.

La sesión comenzará con la puesta en común de la actividad propuesta el día anterior. Cada persona expondrá, al menos, uno de los problemas a los que ha tenido que hacer frente durante la semana y cómo se desarrolló la situación siguiendo las indicaciones de la tabla. Se dedicarán 15 minutos para esta puesta en común.

Seguidamente, se expondrá una tabla en un mural en la que aparecen los hábitos de vida saludable de alimentación, higiene personal y estilo de vida. Los participantes, de manera grupal, tendrán que enumerar los que conozcan, qué beneficios tienen y qué consecuencias puede conllevar su incumplimiento a largo plazo (ver [Anexo 10](#)). Una vez que se haya completado la tabla, se preguntará a los participantes cuáles de estos hábitos realizan habitualmente, cuáles practican con menos frecuencia y por qué. Esta actividad se llevará a cabo durante 30 minutos.

Posteriormente, se explicará y se repartirá a cada participante una tabla en la que podrán registrar algunos ejemplos de los hábitos presentados anteriormente (ver [Anexo 11](#)) tomando como ejemplo el día anterior, y luego se comentará con el resto de los participantes. Esta actividad y la puesta en común se realizará en un tiempo aproximado de 15 minutos.

A continuación, se repartirá un horario para cada persona, que deberá completar junto con sus familiares, con hábitos de vida saludables y la temporalización que estimen conveniente (ver [Anexo 12](#)). En el horario deberán puntualizar qué actividades realizarán conjuntamente, como salir a caminar, y qué actividades realizarán de manera individual, si cada uno se levanta a una hora diferente o los hábitos de higiene. Una vez que todos hayan terminado, se pondrá en común con el resto de los participantes. El tiempo destinado a la elaboración del horario serán 30 minutos.

Sesión 7: Seguimiento de hábitos y cuestionario de evaluación

Siguiendo en la línea de los hábitos de vida saludables, esta sesión comienza con la puesta en común del horario que se realizó en la semana anterior. Se pregunta a los participantes qué tareas de las que se habían propuesto han realizado y cuáles no y por qué. Asimismo, se les invita a compartir las posibles dificultades que han encontrado, así como las ventajas que hayan percibido con su realización y cómo se han sentido por ello. Para finalizar y, tras ser consciente cada persona de sus fortalezas y debilidades, se propone la realización de un nuevo horario. Para ello, los participantes se agrupan por familias, como se hizo en la ocasión anterior, y deciden en común las actividades que van a llevar a cabo de manera conjunta e individual. Para la puesta en común y la nueva elaboración del horario se dedicarán 30 minutos.

Durante los próximos 15 minutos, se reparte a los participantes un cuestionario de evaluación final (ver [Anexo 13](#)), para conocer el impacto que ha tenido el aprendizaje sobre el trastorno y los recursos y la práctica de habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas presentadas.

RECURSOS

Para la puesta en marcha de este programa psicoeducativo se necesitan ciertos materiales y recursos de apoyo, así como profesionales que lo dinamicen y marquen el ritmo de las sesiones. Los medios requeridos serán expuestos a continuación:

Recursos materiales

- Sala con mesas y sillas con disposición en forma de “U” para facilitar la comunicación entre todos los participantes del programa.
- Libretas informativas con la información de los dos primeros módulos, que son los referentes a la esquizofrenia y su tratamiento.
- Bolígrafos, rotuladores, lapiceros y gomas.
- Proyector y pantalla para exponer imágenes.
- Imágenes para la explicación del funcionamiento cerebral.
- Tablas de autorregistro.
- Folios con las actividades.
- Mural de hábitos de vida saludables.
- Cuestionario de evaluación.

Recursos humanos

El profesional encargado de dirigir el programa será una persona graduada en Educación Social, cuya función será la de diseñar e implementar el programa psicoeducativo. Para ello, ha de conocer las características y necesidades que presentan las personas con las que trabaja, en este caso, las personas con esquizofrenia y sus familiares. Por tanto, ha de conocer los síntomas

propios de dicho trastorno y su afectación a nivel familiar y social, además de poseer unas nociones básicas sobre la afectación a nivel neurológico.

Dicho profesional tendrá, como funciones principales, guiar las sesiones, exponer el material preparado, controlar el tiempo dedicado a cada actividad, entregar el material pertinente en cada sesión, dinamizar las actividades grupales y moderar los turnos de palabra, resolver dudas de los participantes, ofrecer asesoramiento y orientación en caso de que alguna persona requiera de otros servicios y aplicar el cuestionario de evaluación una vez haya finalizado el programa.

EVALUACIÓN

En primer lugar, el profesional que diseña el programa psicoeducativo ha realizado una evaluación diagnóstica o inicial para elaborarlo, pues ha sido necesario realizar un estudio de las características y necesidades de la población afectada por la esquizofrenia y del impacto que tiene este trastorno en la unidad familiar.

Con respecto a la adecuación de las actividades a las necesidades detectadas y a la satisfacción de los participantes con el programa, se realiza una evaluación continua mediante la observación directa de conductas y verbalizaciones de los participantes, recogidos en la Tabla 4. También se lleva a cabo una evaluación final a través de un cuestionario que realizarán los participantes en la última sesión (ver [Anexo 13](#)).

Tabla 4. Aspectos a evaluar

EVALUACIÓN
Asistencia a las sesiones con regularidad.
Participación en actividades sobre la sintomatología, los mitos y los factores de riesgo de la esquizofrenia.
Realización de actividades y tareas tanto en el centro como en el domicilio.
Respeto del turno de palabra durante las actividades cooperativas y puestas en común.
Mantenimiento de una actitud positiva hacia el resto de los miembros del grupo.
Muestra de atención e interés durante las explicaciones.
Identificación de síntomas propios de la esquizofrenia.
Identificación de síntomas secundarios de la medicación.
Puesta en práctica de habilidades sociales acordes con cada situación.
Identificación y descripción de problemas.
Capacidad para buscar soluciones ante determinados problemas y hacer una valoración sobre cada alternativa.
Reconocimiento de beneficios e inconvenientes en cada hábito de vida.
Identificación hábitos de vida saludables en la propia vida cotidiana.
Capacidad de cooperación y negociación de horarios entre los miembros de la familia.

FORTALEZAS DEL TRABAJO

Desde un punto de vista empírico, se ha visto que la mayor parte de los pacientes con esquizofrenia tiende a abandonar el tratamiento farmacológico o las consultas con los profesionales (Yáñez, 2007). Por esta misma razón, se ha planteado la propuesta desde los inicios del trastorno con la intención de que un buen conocimiento sobre ésta pueda favorecer una prevención de futuras recaídas y contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento cuando aún no es demasiado tarde.

Otro punto fuerte de dicha propuesta alude a la diversidad de contextos en los que puede llevarse a cabo, como pueden ser hospitales de día, residencias o asociaciones, debido a los reducidos materiales de los que se precisa. Por esta misma razón, también resulta una propuesta económica.

Además, al constituir grupos pequeños, la intervención resulta más personalizada, por lo que puede dedicarse más tiempo a escuchar las aportaciones de cada participante en las puestas en común. Además, al ser sesiones semanales, podría llevarse a cabo la propuesta con más de un grupo a la vez, repartidos en diferentes días de la semana. De esta manera, pese a ser grupos reducidos, podría atenderse a más pacientes.

Al precisar de una formación complementaria por parte del educador social, se refuerzan los conocimientos por parte del mismo con respecto a la esquizofrenia, su tratamiento y otras cuestiones relacionadas con el programa desarrollado, lo que podría servir de puente para desarrollar otro tipo de intervenciones en este ámbito.

LIMITACIONES DEL TRABAJO

En este sentido, pese a la eficacia que ha demostrado la implementación de estrategias psicoeducativas en la mejora de los síntomas psicóticos y la reducción del riesgo de recaídas (Cuevas & Moreno, 2017), existe evidencia de que su práctica, por sí sola, no es suficiente para el tratamiento de la esquizofrenia, sino que precisa de otros tratamientos y control de toda una serie de variables que influyen en su evolución, como la calidad de vida, factores estresores o, incluso, genéticos. Por ello, se plantea como una mejora para el futuro del programa la inclusión de otro tipo de actividades.

En lo que a esto respecta, la propuesta ha quedado reducida a varias sesiones que tratan parcialmente cada uno de los contenidos que sería necesario abordar. El planteamiento se ha realizado de esta manera con el fin de ofrecer un prototipo de las cuestiones que podrían tratarse, pero sería más eficiente si se dedicasen más sesiones a tratar las cuestiones relevantes del trastorno y entrenamiento de las HHSS y las técnicas de resolución de problemas, con lo que se podría alcanzar mayor progresión en su práctica.

En otra instancia, sería conveniente llevar a cabo un seguimiento para valorar la evolución de los pacientes en cuanto a la utilidad de estas técnicas en la convivencia con sus familiares y el funcionamiento diario.

Por otra parte, la implementación del programa requiere una previa formación complementaria en materia de esquizofrenia por parte del educador social, que reúna aspectos tales como la sintomatología propia del trastorno, neurología para entender el funcionamiento cerebral o algunas nociones de farmacología que justifiquen la actuación de la medicación. Esta formación requeriría una inversión de tiempo y dinero para los profesionales que vayan a dinamizar el programa.

Finalmente, cabe mencionar que el cuestionario realizado para la evaluación, pese a recoger los aspectos contenidos en el programa propuesto, no está validado. Sería conveniente realizarlo en el futuro y emplear instrumentos que lo estén para poder usarlo de manera fiable y válida.

CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En lo concerniente a la propuesta presentada, considero que sería completamente viable y necesario implantar programas psicoeducativos en hospitales de día, residencias u otros servicios de atención a personas que padezcan esquizofrenia, debido a las ventajas que ha demostrado con respecto a la mejora del paciente (Mendoza & Hernández, 2019).

Teniendo en cuenta la literatura descrita en la fundamentación teórica de este trabajo, en la que se habla de los tratamientos psicosociales aplicados para el tratamiento de la esquizofrenia, se considera de especial relevancia el entrenamiento en habilidades sociales que ayuden, tanto al paciente como a sus familiares, a resolver situaciones interpersonales del ámbito cotidiano y que fomenten la autonomía de la persona con esquizofrenia (Barjau, 2000).

Paralelamente, considerando los datos relativos a la alta tasa de abandono de la medicación debido a factores como la presencia de efectos secundarios o la falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente, así como las consecuencias de su incumplimiento (Yáñez, 2007), resulta importante educar acerca de la misma e insistir en la relevancia de su toma.

Acorde con lo expuesto en la parte teórica de este trabajo en la que se habla del círculo social del paciente y la estrecha conexión que existe entre éste y sus familiares, éstos ejercen una notoria influencia en su recuperación (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1981). Por ello, es importante que tengan conocimientos sobre el trastorno y las pautas que han de seguir para fomentar la mejora del paciente.

REFERENCIAS

- Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, 151-172.
- Álamo, C., Cuenca, E., López, F., & García, P. (2007). Neurolépticos y fármacos antipsicóticos. Aspectos farmacológicos de la evolución del tratamiento de la esquizofrenia. En A. Chinchilla Moreno, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 347-401). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Albarrán, A. J., & Macías, M. A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Medigraphic Artemisa*, 118-124.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed.* Arlington, VA: Editorial médica Panamericana.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1981). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: AMORRORTU.
- Andreasen, N. (1982). Negative vs positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psy*, 789-794.
- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 169-193.
- Artigue, J., Ferrando, J., Gomá, M., Marzari, B., Pareja, F., & Parra, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*, 27-58.
- Barjau, J. M. (2000). Intervenciones psicosociales. En A. Chinchilla Moreno, *Guía terapéutica de las esquizofrenias* (págs. 205-217). Barcelona: Masson.
- Bedoya, M. H., & Builes-Correa, M. V. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 463-474.
- Bleuler, E. (1926). Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 22-37.
- Bravo, R. (2005). La enfermedad del Silencio: Relato de la madre de un paciente esquizofrénico. *Index de Enfermería*, 59-62.

- Burgos, E. (2011). *Estilo de vida y salud en pacientes con esquizofrenia y en población no psiquiátrica*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Caqueo, A., & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 577-582.
- Cebollada, A. (2000). Neurolépticos clásicos. En A. Chinchilla Moreno, *Guía terapéutica de las esquizofrenias* (págs. 39-46). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2000). Sintomatología, diagnóstico, diagnóstico diferencial, curso, pronóstico y criterios de ingreso. En A. Chinchilla Moreno, *Guía terapéutica de las esquizofrenias* (págs. 1-37). Barcelona: Masson.
- Chunbo, L., & Jun, X. (2012). *Problem solving skills for schizophrenia (Review)*. Obtenido de Cochrane Database of Systematic Reviews: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006365.pub2/abstract>
- Crespo, M. D. (2007). Rehabilitación y psicoeducación en la esquizofrenia. En A. Chinchilla Moreno, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 555-560). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Cuesta, M., Peralta, V., & Zarzuela, A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 51-62.
- Cuevas, J. J., & Moreno, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 207-218.
- Desousa, A., Kurvey, A., & Sonavane, S. (2012). Family Psychoeducation for Schizophrenia: A Clinical Review. *Malaysian Journal Of Psychiatry*, 2.
- Díaz, M. (2013). *Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Dixon, L., Lucksted, A., Medoff, D., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A., . . . Murray-Swank, A. (2011). Outcomes of a Randomized Study of a Peer-Taught Family-to-Family Education Program for Mental Illness. *Psychiatric Services*, 591-597.
- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 179-195.
- Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva. Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 265-288.

- Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 1-10.
- Espina-Eizaguirre, A., & Pumar, B. (2000). Emoción expresada y variables contextuales en padres de esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.º 76, 49-64.
- Espinoza, D., & Sosa, C. (2015). Esquizofrenias. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 7-9.
- Falloon, I., Boyd, J., & McGill, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia: A Problem-solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York: The Guilford Press.
- Fernández, P. (2009). Familia y Sociedad ante la Salud Mental. *Revista de Derecho UNED*, 219-241.
- Ferraris, L., & Campero, M. A. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *INMANENCIA. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 52-55.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*, 36-40.
- Gardner, D. M., Baldessarini, R. J., & Waraich, P. (2005). Modern antipsychotic drugs: a critical overview. *Canadian Medical Association Journal*, 1703-1711.
- Godoy, J. F., & Muela, J. A. (2001). Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del estudio de Andalucía. *Apuntes de Psicología*, 4-14.
- Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 54-57.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E., Evans, J., May, P., & Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the affective treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1169-1177.
- Gutiérrez, E. (1986). *Versión española de la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) de Vaughn y Leff de 1976*. Material no publicado.
- Gutiérrez, R., & Quintanal, J. (2018). La Educación Social en el ámbito sanitario. *RES, Revista de Educación Social*, 251-273.

- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in schizophrenia revisited. *British Journal of Psychiatry*, 27-37.
- Jaime-Jiménez, F. (2016). *Efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en la mejora de conocimientos, afrontamiento familiar y sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes diagnosticados de psicosis temprana*. (Tesis doctoral). Disponible en Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA), España.
- Jiménez, L. (2007). Hallazgos neuroanatómicos y neurofisiológicos en esquizofrenia. En A. Chinchilla Moreno, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 193-207). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Johnson, D. L. (2003). *Family Education or Behavioral Family Psychoeducation: Making a Choice*. Obtenido de CiteSeerX: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.502.8660&rep=rep1&type=pdf>
- Juanico-Sabaté, J., & Ventura-Lluch, D. (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 70-85.
- Korman, G., Lanzillotti, A., Areco-Pico, M., Sarudiansky, M., Tenreyro, C., Scévola, L., . . . D'Alessio, L. (2017). intervenciones psicológicas para las crisis no epilépticas de origen psicógeno (CNEP). *Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. XXVI, N°1*, 115-124.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 6 ed.* Leipzig: J.A. Barth.
- Lam, D. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 423-441.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 121-134.
- Liberman, R. P., Massel, H. K., Mosk, M. D., & Wong, S. (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Hospital Community*, 396-403.
- López-Castroman, J., Gómez, D. D., Belloso, J. J., Fernández-Navarro, P., Pérez-Rodríguez, M. M., Villamor, I. B., . . . Baca-García, E. (2010). Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophrenia Research*, 361-367.

- Mayoral, F. (2014). *Efectividad de un programa de intervención familiar psicoeducativa en Esquizofrenia. Un estudio multicéntrico y aleatorizado en España*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- McFarlane, W. R., Dixon, L. B., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 223-245.
- Mejía, J. B. (30 de Mayo de 2019). *6 Pasos para la Resolución de Problemas*. Obtenido de Autobody magazine: <https://www.autobodymagazine.com.mx/2016/02/29/6-pasos-para-la-resolucion-de-problemas/>
- Mendoza, M. J., & Hernández, O. R. (16 de Abril de 2019). *Programa de psicoeducación para mejorar el desempeño de personas con diagnóstico de esquizofrenia*. Obtenido de Universidad Veracruzana: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Programa-de-Psicoeducacion.pdf>
- Meza, D. (10 de Agosto de 2017). *Científicos descubren nuevos tipos de neuronas*. Obtenido de RPP Noticias: <https://rpp.pe/ciencia/biologia/cientificos-descubren-nuevos-tipos-de-neuronas-noticia-1069675>
- Miller, B., Messias, E., Miettunen, A., Järvelin, M. R., Koponen, H., Räsänen, P., . . . Kirkpatrick, B. (2011). Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. *Schizophrenia Bulletin*, 1039-1047.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Montero, I., & Ruiz, I. (1992). La entrevista familiar Camberwell: (CFI). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 199-202.
- Muela, J., & Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 1-6.
- NAMI. (25 de Abril de 2019). *NAMI Family-to-Family*. Obtenido de NAMI: <https://www.nami.org/Find-Support/NAMI-Programs/NAMI-Family-to-Family>
- Navarro, D., García, S., Carrasco, O., & Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 321-336.
- ONU: Consejo de Derechos Humanos. (28 de Marzo de 2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*

- A/HRC/35/21. Obtenido de Refworld:
<https://www.refworld.org/es/docid/593947fd4.html>
- ONU: Consejo de Derechos Humanos. (31 de Enero de 2017). *Salud mental y derechos humanos*.
A/HRC/34/32. Obtenido de Refworld:
<https://www.refworld.org/es/docid/58b408904.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Padín, J. (2007). Estudios de neuroimagen en esquizofrenia. En A. Chinchilla, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 209-217). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Palma, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE*. (Tesis doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona, España.
- Perona, S., Gallach, E., Vallina, Ó., & Santolaya, F. (2003). *Tratamientos Psicológicos y Recursos utilizados en la Esquizofrenia. Guía Breve para Profesionales y Familiares. Tomo I*. Valencia: COPCV.
- Piñón, A., Álvarez, M., Torres, T., Vázquez, P., & Otero, F. (2018). Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*, 1-14.
- Puente, R., Chinchilla, A., & Riaza, C. (2007). Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia. En A. Chinchilla Moreno, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 1-19). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Riaza, C., Chinchilla, A., & Baca, E. (2007). Fenómenos moleculares relacionados con el neurodesarrollo y la patología sináptica en la esquizofrenia. En A. Chinchilla, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 49-73). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Royal College of Psychiatrists. (Junio de 2009). *Esquizofrenia*. Obtenido de Sociedad Española de Psiquiatría: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>

- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52-69.
- Saiz, J., de la Vega, D. C., & Sánchez, P. (2010). Bases neurológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 235-254.
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 505-510.
- Soto-Pérez, F. C. (2011). *Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Srivastava, P., & Panday, R. (2016). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 123-130.
- Stubbs, B., Koyanagi, A., Schuch, F., Firth, J., Rosenbaum, S., Gaughran, F., . . . Vancampfort, D. (2017). Physical Activity Levels and Psychosis: A Mediation Analysis of Factors Influencing Physical Activity Target Achievement Among 204 186 People Across 46 Low- and Middle-Income Countries. *Schizophrenia Bulletin*, 536-545.
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. Londres: Chapman & Hall.
- Torres, R. P. (2012). Del impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. *Revista CES Salud Pública*, 108-115.
- Vallina, Ó., & Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 671-681.
- Vásquez, L. V. (2016). *Factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia en el Valle de Aburrá*. (Trabajo de grado). Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 157-65.
- Vega, M. (2000). Antipsicóticos atípicos. En A. Chinchilla Moreno, *Guía terapéutica de las esquizofrenias* (págs. 47-61). Barcelona: Masson.
- World Health Organization. (1946). *Official Records of the World Health Organization*. Nueva York: World Health Organization.

Yáñez, R. (2007). La importancia del cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia. En A. Chinchilla Moreno, *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (págs. 533-537). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103-126.

ANEXO 1: PORTADA DEL CUADERNO PSICOEDUCATIVO

Nombre:

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO SOBRE LA ESQUIZOFRENIA



CONTENIDO DEL CUADERNO

- * Esquizofrenia y síntomas
- * Causas y factores de riesgo
- * Medicación y efectos secundarios

ESQUIZOFRENIA Y SÍNTOMAS

¿Qué es?

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (2017) la esquizofrenia es una enfermedad mental compleja en la que los circuitos cerebrales no funcionan correctamente y se produce un desequilibrio entre los neurotransmisores. A raíz de este desajuste, se ven afectados ciertos procesos relacionados con el pensamiento, las emociones y la conducta.



Síntomas

Síntomas positivos: existe una distorsión de la realidad y una alteración del pensamiento y un discurso desorganizado.

Delirios: creencias ilógicas y falsas e interpretaciones erróneas de la realidad.

Alucinaciones: percepciones originadas en el cerebro del paciente.

Trastorno del pensamiento: desorganización y pérdida de la capacidad para asociar ideas.

Síntomas negativos: empobrecimiento de la personalidad en lo que respecta al estado anímico y las relaciones sociales.

Embotamiento o aplanamiento afectivo: dificultad para sentir y expresar emociones.

Alogia: falta de espontaneidad en la conversación y disminución de la fluidez del lenguaje.

Abulia: disminución del deseo o la motivación y falta de voluntad e iniciativa para llevar a cabo una acción.

¿Qué otros síntomas conoces?

Mitos sobre la esquizofrenia

Escribe por qué no son ciertas las siguientes afirmaciones:

Las personas con esquizofrenia...

- ♦ Son violentas y peligrosas

- ♦ Pueden contagiar su enfermedad

- ♦ Son perezosas y poco fiables

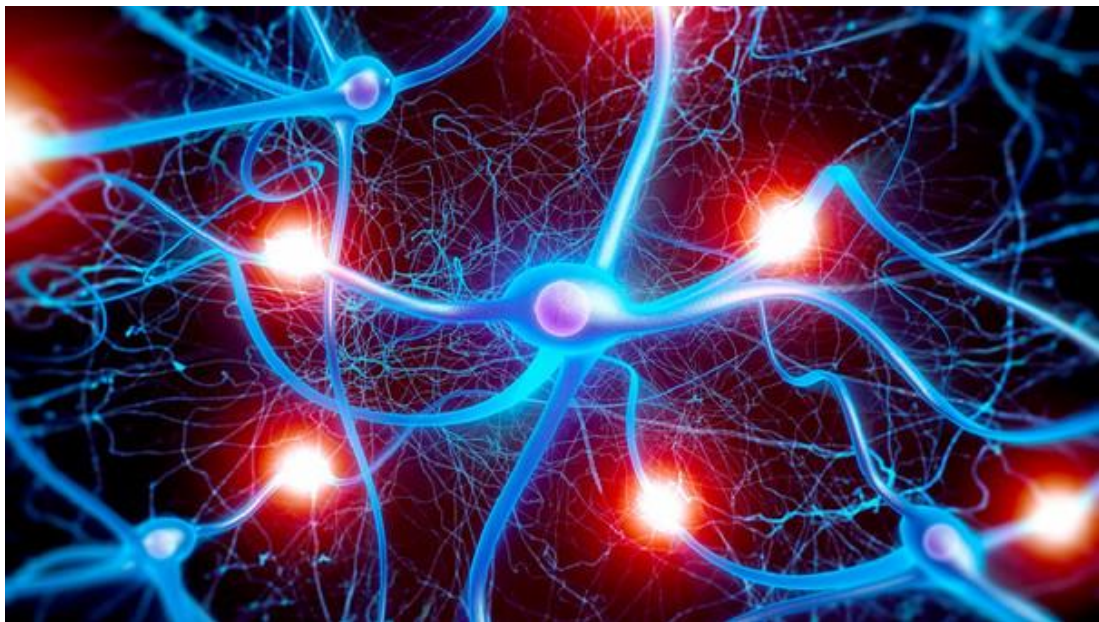
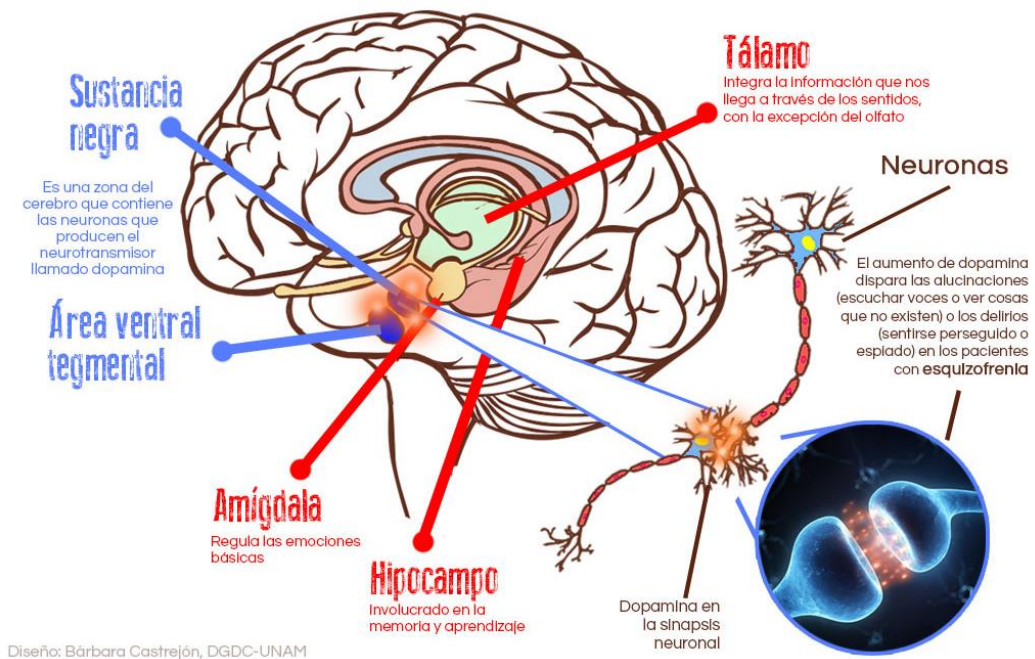
- ♦ Son incapaces de tomar decisiones racionales

- ♦ Son impredecibles

- ♦ Presentan un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida



ANEXO 3: IMÁGENES DEL CEREBRO Y LAS NEURONAS



ANEXO 4: FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

CAUSAS

Diversos factores o la combinación de algunos de ellos pueden causar la esquizofrenia. Entre ellos:

- ♦ Perinatales: infecciones en el sistema nervioso central, mala nutrición, depresión materna y depresión puerperal, consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo...
- ♦ Genéticos
- ♦ Situación familiar: edad avanzada de los progenitores, bajo nivel socioeconómico, déficit de integración social...
- ♦ Salud: retraso psicomotor, ingresos o intervenciones frecuentes, resfriados frecuentes en la primera infancia...
- ♦ Primeras relaciones con los progenitores: dificultad emocional, dificultad en la alimentación, separaciones frecuentes.
- ♦ Cognitivos: déficit de atención, problemas en el aprendizaje, déficit neuro-integrativo, déficit neuro-cognitivo, alteraciones en el lenguaje, mutismo selectivo...
- ♦ Sociales: inhibición y pasividad, baja expresividad emocional, hábitos solitarios...
- ♦ Consumo de sustancias tóxicas.
- ♦ Estrés.
- ♦ Otros trastornos psiquiátricos.



¿Qué otros factores crees que pueden intervenir?

ANEXO 5: AUTORREGISTRO SOBRE MEDICACIÓN Y SUS EFECTOS

Programa psicoeducativo	FÁRMACO	TOMAS AL DÍA	DOSIS POR TOMA	VENTAJAS	EFECTOS SECUNDARIOS
Página 6					

ANEXO 6: MEDICACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS

MEDICACIÓN

Los antipsicóticos son medicamentos que regulan el Sistema Nervioso Central (SNC), protegen al cerebro del desequilibrio químico y normalizan las funciones cerebrales alteradas por la enfermedad. Se distinguen dos tipos:

- **Antipsicóticos típicos.** También llamados neurolépticos o antagonistas dopaminérgicos debido a su fuerte bloqueo de la dopamina. Presenta su principal ventaja en la inhibición de los síntomas positivos.
 - ◊ Por ejemplo: levomepromazina, flufenazina, sulpiride, haloperidol, tiotixeno y perfenazina.
- **Antipsicóticos atípicos.** Producen menos efectos extrapiramidales y presentan mayor eficacia, especialmente en lo que respecta a los síntomas negativos.
 - ◊ Por ejemplo: clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol, quetiapina y ziprasidona

Tipo de efecto secundario	Manifestaciones
Extrapiramidales; alteraciones motoras	Acatisia, distonía aguda, parkinsonismo, discinesia tardía, temblor perioral
Vegetativos	Congestión nasal, sequedad de boca, estreñimiento, pérdida de memoria, dificultad de eyaculación
Endocrinos y metabólicos	Alteración del ciclo menstrual, hipogonadismo, disfunciones sexuales, disminución de la libido, aumento de peso

ANEXO 7: TABLAS DE DATOS SOBRE EL INCUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

Tabla 5. Datos sobre tasas de incumplimiento de la medicación. Adaptada de Yáñez-Sáez (2007)

Factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento	Mayor tasa de incumplimiento en...
Edad	Jóvenes
Sexo	Hombres
Estado civil	Personas solteras
Nivel socioeconómico	Personas de bajo nivel socioeconómico
Apoyo social	Personas con falta de apoyo y supervisión social o familiar Ambiente inadecuado Falta de una buena alianza terapéutica
Creencias, actitudes, estilo de vida	Desconocimiento de la enfermedad y de su tratamiento Consumo de drogas Falta de motivación y/o iniciativa Ausencia de conciencia de enfermedad Actitud negativa hacia la medicación como consecuencia de los efectos secundarios Eficacia del tratamiento y duración más corta de la enfermedad (creencia de que ya se ha curado)

Tabla 6. Consecuencias del incumplimiento de la medicación Adaptada de Yáñez-Sáez (2007)

Consecuencias del incumplimiento
Mayor riesgo de recaídas
Incremento del número y de la duración de las hospitalizaciones
Aumento de la gravedad y resistencia al tratamiento en las recaídas
Pronóstico desfavorable a largo plazo
Aumento del riesgo de suicidio
Mayor riesgo de conductas violentas
Mayor absentismo e incapacidad para desempeñar funciones laborales o académicas
Mayor carga para la familia e incremento de rupturas familiares
Mayor deterioro de la calidad de vida y la autonomía del paciente

ANEXO 8: TABLA DE HHSS

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	MI RESPUESTA INICIAL	HABILIDAD APLICADA	RESULTADO	ASPECTOS QUE PODRÍA MEJORAR



ANEXO 9: TABLA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

IDENTIFICACIÓN	POSIBLES SOLUCIONES	EVALUACIÓN DE VIABILIDAD, VENTAJAS E INCONVENIENTES	DECISIÓN	EVALUACIÓN DE LA DECISIÓN	HHSS
¿Cuál ha sido el problema?	¿Qué puedo hacer?	¿Cuál es la opción más adecuada?	¿Cuál aplico finalmente?	¿Cuál ha sido el resultado?	¿Qué Habilidad Social he aplicado?

ANEXO 10: MURAL DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES		
	ALIMENTACIÓN	HIGIENE PERSONAL	ESTILO DE VIDA
¿Cuáles conoces?			
¿Qué beneficios tiene?			
Consecuencias a largo plazo de no cuidar estos hábitos.			

ANEXO 11: AUTORREGISTRO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

DÍA:			
Hora de levantarse	Comida saludable	Higiene personal	Consumo de sustancias
	¿Cuántas? /5 _____	Sí / No _____	Sí / No _____
	Por ejemplo: _____	Por ejemplo: _____	Por ejemplo: _____
Tareas	Ejercicio	Diversión	Hora de acostarse
Sí / No _____	Sí / No _____	Sí / No _____	
Por ejemplo: _____	Por ejemplo: _____	Por ejemplo: _____	

ANEXO 12: HORARIO PARA COMPLETAR CON HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

ANEXO 13: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Evalúa del 1 al 5, donde 1 es la puntuación más baja y 5 la más alta, los siguientes aspectos sobre el programa:					
Los contenidos han sido adecuados y se han adaptado a mis necesidades	1	2	3	4	5
Las actividades me han resultado interesantes	1	2	3	4	5
Considero que los conocimientos adquiridos pueden contribuir a mi desarrollo personal	1	2	3	4	5
Las actividades me han ayudado a aumentar mis conocimientos sobre la esquizofrenia	1	2	3	4	5
Las actividades han contribuido a mejorar mis relaciones sociales	1	2	3	4	5
Las actividades han servido para mejorar mis hábitos de vida	1	2	3	4	5
He asistido a las sesiones por voluntad propia	1	2	3	4	5
He participado en las actividades	1	2	3	4	5
He realizado todas las tareas propuestas	1	2	3	4	5
He percibido una mejora en diversos aspectos de mi vida al aplicar los conocimientos y estrategias adquiridos	1	2	3	4	5
Considero que mi calidad de vida puede mejorar notablemente a largo plazo si sigo aplicando los conocimientos adquiridos en el programa	1	2	3	4	5
Recomiendo la participación en este programa a otras personas que padecen esquizofrenia	1	2	3	4	5