



**TRABAJO FIN DE GRADO EN  
TRABAJO SOCIAL**

**“PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: ESTUDIO  
CUALITATIVO SOBRE LAS NECESIDADES, APOYO E INTERVENCIÓN  
SOCIAL”**

**Autora:**

D<sup>a</sup> Claudia Sanguino Ruiz

**Tutor:**

Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2021-2022

FECHA DE ENTREGA

28 de JUNIO de 2022

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutor, Alfonso Marquina Márquez, por su paciencia y dedicación durante todo el trayecto, sin su apoyo no habría sido posible la realización de este TFG.

A los pacientes que han decidido participar de forma voluntaria, porque sin ellos no habría sido posible llevar a cabo esta investigación. Gracias por abriros y confiar en mí.

A mi familia, por estar siempre a mi lado.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1. Objetivo general</b> .....	11
<b>2.2. Objetivo específico</b> .....	11
<b>3. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL</b> ..	12
<b>3.1. Definición y características de la esquizofrenia</b> .....	12
<b>3.2. Tipología y síntomas</b> .....	15
<b>3.3. Diagnóstico, Pronóstico y tratamiento</b> .....	21
3.3.1. Características diagnósticas.....	21
3.3.2. Pronóstico:.....	23
3.3.3. Tratamiento:.....	24
<b>3.4. Tipología de intervenciones</b> .....	26
<b>3.5. EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA</b> .....	26
3.5.1. Prevalencia de la esquizofrenia en España .....	26
3.5.2. Perfil sociodemográfico .....	28
3.5.3. Factores de riesgo y pronóstico.....	31
3.5.4. Riesgos y consecuencias .....	32
3.5.5. Comorbilidad y Calidad de vida .....	33
<b>3.6. Recursos sociosanitarios adaptados a personas con esquizofrenia en castilla y león</b> 34	
3.6.1. Unidades y dispositivos .....	35
3.6.2. Procesos de atención, valoración y prestaciones .....	37
<b>3.7. Trabajo social y salud mental</b> .....	39

<b>3.8. Marco Normativo .....</b>	<b>44</b>
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1. Método.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2. Participantes.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3. Procedimiento y materiales.....</b>	<b>53</b>
<b>4.4. Análisis de datos.....</b>	<b>54</b>
<b>4.5. Consideraciones éticas.....</b>	<b>55</b>
<b>5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>56</b>
<b>5.1 Impacto social tras el diagnostico .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2 Síntomas y necesidades percibidas y los cuidados requeridos .....</b>	<b>58</b>
<b>5.3 Apoyo familiar .....</b>	<b>58</b>
<b>5.4 Afrontamiento de la enfermedad.....</b>	<b>60</b>
<b>5.5 Respuesta de la instituciones sociales .....</b>	<b>61</b>
<b>5.6 Propuestas de mejora .....</b>	<b>63</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>67</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo I.....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo II.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo III.....</b>	<b>80</b>

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Síntomas de la esquizofrenia y sus características .....	17
Tabla 2. Definición de los grupos de síntomas y clasificación .....	18
Tabla 3. Forma de intervenir en el tratamiento de la esquizofrenia y como .....	26
Tabla 4. Factores que influyen en la aparición de la esquizofrenia .....	31
Tabla 5. Dispositivos de acceso para los pacientes de Salud Mental .....	35
Tabla 6. Equipos de Salud Mental .....	37
Tabla 7. Valoración completa de una paciente de Salud Mental .....	38
Tabla 8. Objetivos del trabajo social en el ámbito de la salud mental .....	42
Tabla 9. Plan de salud mental según Comunidad Autónoma y su vigencia .....	48
Tabla 10. Características de los participantes de la investigación .....	50
Tabla 11. Antigua clasificación de la esquizofrenia .....	73

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Prevalencia de la esquizofrenia por grupos de edad .....	27
Gráfico 2. Perfil sociodemográfico de la esquizofrenia .....	29
Gráfico 3. Prevalencia según el sexo a padecer esquizofrenia .....	51
Gráfico 4. Situación laboral según los estudios del entrevistado .....	52
Gráfico 5. Fecha en la que fue diagnosticado la esquizofrenia .....	53

## **RESUMEN**

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico dentro de los diferentes trastornos que existen en el ámbito de la salud mental, y el que menos conocimiento hay en la sociedad, así como a la hora de tratarlo en el ámbito sanitario. Como consecuencia de ello, el objetivo de este trabajo es poder conocer más allá lo poco que se conoce acerca de la esquizofrenia a nivel nacional y entender y comprender cuál es su día a día con la enfermedad y las ayudas tanto a nivel social como personal que han recibido o necesitado.

La investigación se ha llevado a cabo en distintas localidades de Valladolid, Valladolid capital y Palencia. El método que se ha empleado ha sido de carácter cualitativo con una muestra de 6 pacientes afectados de esquizofrenia y en condiciones de poder participar. Los datos que se han obtenido han sido a través de un guion de preguntas previo mediante la realización de entrevistas individuales, con previo visto bueno por parte de los profesionales para que se llevara a cabo y con bloques marcados.

Lo obtenido en las entrevistas nos han permitido observar el desconocimiento que hay acerca de la enfermedad en la sociedad, así como los escasos recursos para poder tratarlo y algo en lo que coincidían todos era la importancia de tratar la salud mental desde la infancia y la importancia de un profesional de referencia y desconocimiento acerca de la función en este ámbito del trabajador social más allá de la gestión.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Salud mental, trabajador social, estudio cualitativo, atención psicosocial.

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a chronic mental disorder within the different disorders that exist in the field of mental health, and the one with the least knowledge in society, as well as when it comes to treating it in the health field. As a consequence, the aim of this work is to be able to learn more about the little that is known about schizophrenia at a national level and to

understand and comprehend their day-to-day life with the illness and the social and personal help they have received or needed.

The research was carried out in the city of Valladolid, but the participants were from different localities. The method used was qualitative with a sample of 6 patients affected by schizophrenia and able to participate. The data obtained were obtained by means of a script of questions previously asked by means of individual interviews, with the prior approval of the professionals for the interviews to be carried out and with marked blocks.

What was obtained in the interviews allowed us to observe the lack of knowledge about the illness in society, as well as the scarce resources to be able to treat it, and something on which they all agreed was the importance of treating mental health from childhood and the importance of a reference professional and lack of knowledge about the role of the social worker in this field beyond management.

**Key Words:** Schizophrenia, mental health, social worker, qualitative study, psychosocial care.

## 1. INTRODUCCIÓN

Salud según la OMS es aquel estado de bienestar tanto físico, mental como social, y no solo por la ausencia de enfermedad o dolencia (2001, p.1), mientras que salud mental es aquel estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes, es capaz de afrontar presiones propias de la vida, realiza un trabajo productivo y fructífero, y a su vez es capaz de realizar una contribución a su comunidad.

Dentro de las enfermedad de salud mental, está la esquizofrenia, trastorno psiquiátrico grave y además también conocido como la “enfermedad incomprendida”. Debemos tener claro como profesionales y a la hora de intervenir, cuáles son las características o criterios que debemos tener presente a la hora de proceder al diagnóstico, y poder identificar si la persona presenta o no la enfermedad.

Dado los avances que se han ido produciendo a lo largo de la historia de la enfermedad, ya no se habla de categorías, se diagnostica según el síntoma que presente el paciente durante un periodo de tiempo significativo, y donde tendremos en cuenta tres tipos de fases (aguda, de estabilización, estable).

Es una enfermedad en la que son característicos síntomas como alucinaciones, delirios, alteraciones del comportamiento entre muchos otros y que muchos de ellos se pueden dar a la vez en el paciente, se da una comorbilidad. Pero algo que debemos tener claro es que los síntomas que influyen son los negativos y positivos clave en esta enfermedad.

Es una enfermedad muy compleja donde la interacción de diversos factores, como culturales, ambientales son originarios de que pueda aparecer y desarrollarse en la persona propensa a ello, donde es más común en los varones que en la mujeres, con una edad estimada entre la adolescencia y mediana edad.

A día de hoy el tratamiento acorde a la persona enferma es esencial para que este le permita desarrollar y tener una calidad de vida digna y pueda desenvolverse en su día a día, así como en la realización de la actividades básicas de la vida diaria (ABVD).



Desde el papel que ejerce el Trabajo social en salud mental, es importante hacer referencia a la especialización dentro de este ámbito para que nuestra intervención sea lo más adecuada posible y teniendo claro cuáles son los objetivos en este ámbito.

El siguiente trabajo está estructurado en varios bloques de similar importancia. La primera parte está orientada a marcar y determinar los objetivos generales, así como los específicos de la investigación llevada a cabo y además de la metodología empleada, quedando determinado el método, el tiempo empleado y las personas que han participado en ella.

En la segunda parte del trabajo, y podemos definirlo como el primer bloque, correspondiente al marco teórico, se lleva a cabo una redacción detallada de la enfermedad, cuáles son sus síntomas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento ... etc, es decir, analizando todo lo que engloba la enfermedad porque surge, que prevalencia hay en nuestro país y cuál es el papel del trabajador social en el ámbito de la salud mental.

En el segundo bloque, se recoge todo lo relacionado a los resultados e información obtenida durante la realización de la investigación. Se analiza además las entrevistas llevadas a cabo, transcribiendo la información para poder posteriormente reflejar lo obtenido como resultados.

La última parte de esta investigación recoge la bibliografía de donde se ha obtenido la información para poder llevar a término esta investigación, así como todas las herramientas empleadas y para cerrarlo un apartado con las conclusiones del trabajo.

El motivo por el cual he escogido este tema para el trabajo es por el desconocimiento que hay acerca de la enfermedad y poder visibilizarla un poco, y mejorar la inclusión de estas personas en la sociedad. Es una enfermedad que me parece muy compleja y que debería darse a conocer y hacer ver que no son "bichos raros" como decía una de las entrevistadas.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Llevarlo a la práctica me ha hecho darme cuenta de los pocos estudios que en nuestro país hay acerca de la esquizofrenía y ya no solo eso, sino el desconocimiento acerca del papel del trabajador social en esta rama de lo sanitario.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

El objetivo principal de este trabajo es poder saber y conocer de primera mano cómo y en qué manera cambió y afectó la esquizofrenia a sus vidas cotidianas, a su día a día y así poder conocer su punto de vista en relación a la enfermedad y la gestión de esta, además de los apoyos recibidos.

### **2.2. Objetivo específico**

A partir de haber marcado el objetivo principal, se han propuesto o expuesto una serie de objetivos específicos, que se presentan a continuación:

- Conocer el impacto psicosocial de la enfermedad y su efecto en el funcionamiento social de las personas
- Analizar el impacto en la vida cotidiana de las personas afectadas
- Saber los diferentes síntomas provocados por el tratamiento
- Conocer sus relaciones personales y como afectó la enfermedad
- Analizar la función del Trabajador Social

### **3. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL**

#### **3.1. Definición y características de la esquizofrenia**

Debemos definir salud según indica la OMS como aquel estado de bienestar tanto físico, mental como social, y no solo por la ausencia de enfermedad o dolencia (2001, p.1).

Dentro de salud, está la parte de la mente, y es lo conocido como salud mental, componente integral y esencial de la salud, conocida como aquel estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes, es capaz de afrontar presiones propias de la vida, realiza un trabajo productivo y fructífero, y a su vez es capaz de realizar una contribución a su comunidad (OMS, citado en FEAFES, 2010)

Por todo esto es importante no dejar a un lado y conocer que es una enfermedad mental crónica:

*“Circunstancia sobrevenida en el proceso de desarrollo personal. Es un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, que afecta a la persona, pero de forma diferente”.*

*“Crónica, fenómeno que limita las posibilidades de desarrollo a nivel social a la persona que la padece y produce situaciones de sufrimiento para este y sus familiares más cercanos” (ARFES)*

Dentro de las enfermedades mentales crónicas encontramos: depresión, psicosis, esquizofrenia entre muchas otras.

La esquizofrenia, es una enfermedad propia de la salud mental, o más bien conocida como un trastorno psiquiátrico grave. Esta no es una enfermedad mental como las demás, es conocida como: “enfermedad incomprendida”

De forma usual involucra a la psicosis, ya que es la pérdida de la conexión con la realidad de alguna forma. Dentro de, se incluye escuchar voces o tener falsas creencias que pueden llevar a provocar la paranoia.

Como consecuencia de lo mencionado, esta enfermedad consiste en un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad de la persona que lo padece.

Por ese conjunto de factores, esta aparece al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta, y su curso suele darse de forma episódica con momentos donde los síntomas se reagudizan y en ocasiones esto provoca y requiera de una hospitalización.

Dicha enfermedad, no es una causa puntual, algo que aparezca y de repente desaparezca, sino que es una condición que engloba la totalidad de la existencia del enfermo y lo define con un perfil psicológico: constante y muy definido (Colodrón, 2002, citado por Novella y Huertas, 2010). Otros autores, como Estroff (1989, citado por Novella y Huertas, 2010), explica que no se tiene esquizofrenia sino se es esquizofrénico.

Según define la OMS (2019), se trata de un trastorno mental grave que afecta alrededor de 21 millones de personas en todo el mundo.

- **Características de la enfermedad o criterios que se deben tener presentes a la hora de proceder al diagnóstico:**

En la DSM-5, encontramos la siguiente información que nos permite conocer cuáles son las características que debemos tener claro como profesionales cuando se presenta un caso de esquizofrenia, para así poder identificar si la persona presenta la enfermedad o no.

- (A) Dos (o más) de los síntomas que se presentan a continuación, que además cada uno de ellos está presente durante una parte con relevancia de tiempo (suele ser un mes o menos en caso de que se haya tratado con anterioridad o el tratamiento resultó con éxito):
  - Delirios (A1)
  - Alucinaciones (A2)
  - Anomalía en el pensamiento o discurso desorganizado (frecuente la incoherencia) (A3)

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

- Alteración en el comportamiento, desorganizado o catatónico. (A4)
- Presencia de síntomas negativos, apenas expresividad, emociones disminuidas o abulia. (A5)
- (B) Desde el comienzo del trastorno (durante una parte significativa del tiempo), el nivel a la hora de funcionar en uno o más ámbitos principales (trabajo, relaciones personales, autocuidado ...) está muy por debajo del nivel que se alcanzó en el comienzo.
  - Cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracaso de la consecución del nivel que se espera a la hora del funcionamiento en los ámbitos mencionados anteriormente
- (C) El periodo mínimo de presencia de los signos de forma continuada es de 6 meses. En este tiempo debemos tener en cuenta que este queda dividido.
  - El primer mes con síntomas (si se trató con éxito puede ser menos tiempo), a su vez que se cumpla el primer criterio mencionado (síntomas de fase activa), y contando con que se puedan incluir periodos de síntomas residuales.
  - Durante el último periodo mencionado, los síntomas que se pueden manifestar puede ser solo negativos o dos o más de los mencionados en el primer criterio y los cuales están presentes de forma atenuada. Por ejemplo, creencias extrañas ..
- (D) Quedan excluidos o descartados el trastorno esquizoafectivo y el depresivo o bipolar con características psicóticas por los siguientes motivos:
  - No se han producido episodios maniáticos o depresivos mayores de forma periódica con los síntomas de la fase activa
  - Si han tenido lugar síntomas del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activos y residuales de la enfermedad.
- (E) Dicho trastorno no puede asociarse o atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia como una droga o medicamento, u otra afección médica.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

- (F) En caso de existencia de antecedentes de un trastorno del tipo autista o de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de la esquizofrenia solo se lleva a cabo si los delirios o las alucinaciones son notables, además de los otros síntomas necesarios y mencionados para que se dé la esquizofrenia, y los cuales también están presentes mínimo un mes (puede ser menos si se trató con éxito)

En el estudio de este trastorno intervienen más ciencias de las que creemos. Es el caso de la orientación filosófica que no sobra a la hora de estudiar y explicar este tipo de enfermedad, por ello se replantea como un trastorno de la auto-conciencia y el propio sentido común.

Cuando se nos plantea un caso, no es sencillo distinguir y reconocerlo, por tanto, se plantean subtipos o esquizofrenia a secas. No queda claro, pero se continúa clasificando según el énfasis y la situación en la que se encuentre el paciente. A día de hoy ya no se clasifica según la información que hemos recogido en el libro “Cómo afrontar la esquizofrenia”, en el que distingue 6 tipos (Anexo 1), pero esto ha cambiado según la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión).

### **3.2. Tipología y síntomas**

La clasificación de los tipos de esquizofrenia conocida hasta el año 2013, se actualizó y cambió en el manual que usan los profesionales de salud mental para el diagnóstico de afecciones propias de la salud mental, conocido como Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM).

La anterior versión que estaba recogida en la DSM-IV, describía cinco tipos de esquizofrenia (puede observarse en el **Anexo I**), dada la nueva actualización/versión de la DSM, ahora DSM-V, ya no se emplean las categorías mencionadas para la clasificación.

Fueron los expertos del comité de la DSM la que tomó la decisión mencionada en el párrafo anterior porque reconocen que los diferentes tipos anteriores tenían síntomas que coincidían y hacían que el diagnóstico fuera poco preciso.

Se puede diagnosticar la esquizofrenia si el paciente tiene al menos uno o más de lo siguientes síntomas durante un periodo de tiempo significativo (al menos un mes). Esta suele ser de tipo crónico, y puede caracterizarse por 3 fases que se unen y dan unas con otras sin que haya unos límites que sean claros y absolutos entre ellas (Servicio murciano de salud, 2009)

**Primer episodio:** La aparición de este puede ser brusca o insidiosa, pero en la mayoría de los casos los pacientes presentan algún tipo de fase prodrómica que se presenta por el desarrollo lento y gradual de varios signos y síntomas. Tras estos pueden aparecer un síntoma propio de la fase activa que da lugar al trastorno conocido como esquizofrenia.

Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y según la gravedad puede persistir varios meses.

Por ello debemos tener en cuenta 3 tipos de fases:

- **Fase aguda:** en esta fase los pacientes presenten síntomas psicóticos graves (delirios, alucinaciones, o ambas, pensamiento desorganizado) y no son capaces de cuidar de ellos mismos de forma correcta. Los síntomas negativos en esta fase suelen ser más intensos.
- **Fase de estabilización:** la intensidad de los síntomas psicóticos agudos se reduce o disminuye. Puede durar aproximadamente 6 meses o más desde el comienzo del episodio (suele ser agudo).
- **Fase estable:** como su nombre indica en esta fase los síntomas son relativamente estables, y en caso de que se manifiesten son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes suelen ser asintomáticos, otros pueden ser no psicótico como por ejemplo tensión, ansiedad, depresión ...



Antes de llegar a la fase estable el paciente puede presentar una recaída, produciéndose **una fase o periodo prodrómico** en el que pueden producirse síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos. Este periodo mencionado con anterioridad dura entre varios días y unas semanas, pero según el cuadro del paciente puede durar hasta meses.

El curso de esta enfermedad es variable, no siempre es igual, en algunos pacientes por ejemplo no se presentan nuevos episodios, pero en la mayor parte se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste ese estado psicótico grave de una forma crónica.

La remisión de forma completa en esta enfermedad no es frecuente.

#### - **Sintomatología**

La esquizofrenia, es una enfermedad implica una serie de problemas de pensamiento, comportamiento y emociones. Los síntomas de esta varían de una persona a otra según las características que presente y la afección con la que llega al diagnóstico. La diferencia de que estos síntomas se den en un paciente esquizofrénico es que este no experimente una disminución de su conciencia, sino que esta alerta y orientado.

En la siguiente tabla se muestran los síntomas más frecuentes en la enfermedad (C.A.T. Barcelona, 2021):

**Tabla 1. Síntomas de la esquizofrenia y sus características.**

TIPO DE SÍNTOMA	DEFINICIÓN / CARACTERÍSTICAS
ALUCINACIÓN	Alteración en la percepción, se originan dentro del cerebro. Sensación experimentada sin que nada externo lo haya ocasionado. Existen diferentes tipos dependiendo de los diferentes sentidos, pero estos no están presentes.
DELIRIOS	O también ideas delirantes, se dan cuando se mantienen creencias o ideas muy fijas, irrefutables y el resto no lo comparte, es decir, es erróneo.
TRASTORNO PENSAMIENTO	DEL En referencia a alteraciones en el proceso del pensamiento, ya que esta deteriorado. Esta se refleja en el lenguaje y forma de expresarse.
ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO	EL Conductas extrañas, causadas por: alucinación y delirios.
RETRAIMIENTO SOCIAL	El interés por relacionarse se reduce o es mínimo. Gran riesgo de aislamiento.
TRASTORNOS EMOCIONALES	También conocido como anhedonia. Dificultad para realizar actividades placenteras, disfrutar de los intereses o aficiones que la persona tiene.
CONDUCTA IRREGULAR	Puede darse con la realidad social fruto del reflejo de las alucinaciones o delirios. Las alteraciones emociones y la forma en la que se perciben los hechos pueden llegar a generar un distanciamiento de la realidad social.
APLANAMIENTO AFECTIVO	Falta de reacciones afectivas, lo que dificulta expresar emociones y afecto.
S. COGNITIVO	Este tipo de disfunción es un déficit central y persistente en pacientes con esta enfermedad.  La variabilidad de los déficits neurocognitivos es muy amplia, con grandes diferencias entre las personas. Partiendo de esta variabilidad pueden verse afectados la atención: sostenida o dividida.  Estas alteraciones y síntomas negativos están muy relacionados.
S. AFECTIVOS	Estos han sido concebidos de formas diferentes. Pueden aparecer enmascarados por síntomas negativos o como resultado de un rechazo, aislamiento social ...

Fuente: de elaboración propia a partir de C.A.T Barcelona

Pero además de los síntomas mencionados en la tabla anterior, debemos explicar dos síntomas que son predominantes en la enfermedad y clave en cuanto a la afección y evolución de la enfermedad.

**Tabla 2. Definición de los grupos de síntomas y clasificación**

CLASES DE SÍNTOMAS	DEFINICIÓN	¿CUÁLES SON?
S. POSITIVOS	Cogniciones sensoriales, y conductas que están presentes en los pacientes psicóticos, pero que de normal no se manifiestan en las personas que no padecen estos síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alucinaciones: auditivas, visuales ...</li> <li>● Ideas delirantes: persecución, celos ...</li> <li>● Comportamientos extravagantes: sexuales, agresivos ...</li> <li>● Trastornos formales del pensamiento: incoherencia, asociaciones ilógicas, aleatorias ...</li> </ul>
S. NEGATIVOS	<p>Ausencia o disminución de las cogniciones, emociones o conductas que de normal tienen presencia en aquellas personas que no padecen este trastorno. Estos son los responsables de una proporción importante asociada a esta enfermedad, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos.</p> <p>Estos síntomas están cada vez más estrechamente ligados al pronóstico de los síntomas positivos y a su vez tiene una mayor persistencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pobreza afectiva: expresión facial inmutable</li> <li>● Pobreza del lenguaje: bloqueo, latencia en la respuesta se ve aumentada ..</li> <li>● Abulia, apatía: falta de aseo, energía física ...</li> <li>● Anhedonia, insociabilidad: escasez de interés y actividad social, sexual ...</li> <li>● Déficit de atención: fácil distracción ...</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de material suministrado por la trabajadora social durante el trabajo de campo

Es necesario tener claro los diferentes síntomas que se pueden manifestar a la hora de proceder al posible diagnóstico de la enfermedad para poder anticiparse a un posible brote o saber cómo actuar en caso de manifestación de alguno de ellos, teniendo en cuenta que pueden presentarse dos síntomas a la vez.

**- Desarrollo de los síntomas.**

Los síntomas psicóticos que presenta una persona con esquizofrenia suele aparecer entre la adolescencia tardía como se ha mencionado anteriormente y la mitad de la adultez, a partir de la treintena. Que una persona presente síntomas de padecer la enfermedad antes de la adolescencia es muy inusual. Es importante destacar que estos síntomas psicóticos

tienden a disminuir a lo largo de la vida, quizás por la reducción normal de la actividad dopaminérgica en relación a la edad.

También puede darse la presencia de síntomas prodrómicos (serie de signos que preceden a la aparición de un episodio crítico relacionado con diversas patologías, que normalmente preceden a la fase activa y puede haber síntomas residuales posteriores, que se manifiestan en forma leve o por debajo del umbral de alucinaciones o delirios.

Los sujetos pueden por ello presentar una variedad de creencias poco habituales o extrañas (por ejemplo, la presencia de pensamientos mágicos), experiencias perceptivas poco habituales (sentir la presencia de una persona que no está a la vista), su discurso al principio puede ser comprensible en general, pero a la vez difuso, con presencia de un comportamiento poco habitual, pero no muy desorganizado (murmurar en público).

Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden llegar a ser graves, ya que individuos que habían sido socialmente activos pueden retratarse de sus hábitos previos, y estos comportamientos a menudo son el primer signo de trastorno.

Los síntomas y episodios del estado de ánimo completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología propia de la fase activa. Pero a diferencia de un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, el diagnóstico de la esquizofrenia precisa de la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo, los síntomas propios de este último deben estar presentes solo durante una parte minoritaria de la duración total de los periodos activos y residuales de la enfermedad.

En los niños, tanto los delirios como las alucinaciones pueden ser menos elaborados que en los adultos, pero en cambio las alucinaciones visuales son más frecuentes y deben distinguirse de los juegos de fantasía normales.

El síntoma de discurso desorganizado aparece en muchos trastornos de inicio en la infancia, al igual que sucede con el comportamiento.

Pero no por presentar estos síntomas quiere decir que el menor presente esquizofrenia, por ello debemos tener en cuenta cuáles son los trastornos más frecuentes de la infancia.

### **3.3. Diagnóstico, Pronóstico y tratamiento**

#### **3.3.1. Características diagnósticas**

Dentro de esta enfermedad se comprende un abanico amplio de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma en concreto es patognomónico del trastorno, es decir, no quiere decir que sea un distintivo de dicho trastorno que nos permite poder llevar a cabo el diagnóstico (DSM-V).

#### **¿Qué conlleva?**

1. Identificación de un conjunto de signos y síntomas asociados
2. Deterioro del funcionamiento laboral o social.

Aquellos que presentan dicho trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síntoma clínico heterogéneo.

En el primer criterio que hemos mencionado en el apartado de los criterios para el diagnóstico, deben estar presentes durante un periodo de tiempo determinado (suele ser un mes o más). Al menos uno de los síntomas que se presente en la persona debe ser la presencia de forma clara de delirios (A1), alucinaciones (A2) o discurso desorganizado (A3). Pero también debemos tener en cuenta la presencia de comportamientos muy desorganizados o catatónicos (A4) y síntomas negativos (A5).

Debemos tener presente que pueden presentarse situaciones en la que los síntomas considerados como fase activa que remiten al mes en respuesta al tratamiento iniciado, el

Criterio A se sigue cumpliendo si el clínico estima que habrían persistido en ausencia del tratamiento.

### **¿Qué implica la esquizofrenia?**

Debemos tener presente que, si este trastorno se inicia en la infancia o en la adolescencia, no se va a alcanzar el funcionamiento esperado (puede resultar útil, dependiendo del caso, comparar al individuo con los hermanos no afectados de dicha enfermedad).

La disfunción continua durante un periodo de tiempo sustancial a lo largo del curso del trastorno y no da a entender que sea resultado directo de ningún síntoma en concreto.

En el caso de la abulia (falta de voluntad o energía para hacer algo, lograr una meta o incluso moverse, Criterio A5), está relacionada con la disfunción social descrita en el Criterio B. Pero también existen muchos datos que relacionan la disfunción cognitiva y los déficits en el funcionamiento de los individuos que presentan dicha enfermedad.

Es necesario que algunos signos propios del trastorno persistan durante un periodo de tiempo continuado de al menos 6 meses (Criterio C).

#### 3.3.1.1. Características asociadas al apoyo diagnóstico.

Aquellos individuos que presentan la enfermedad pueden mostrar un afecto inapropiado (reírse en ausencia de un estímulo apropiado), un ánimo de malestar que puede convertirse en forma de: depresión, ansiedad o enfado. También puede darse una alteración del patrón del sueño, falta de interés por comer o se produce un rechazo de la comida. (DSM-V, 2013)

La despersonalización, desrealización y las preocupaciones somáticas pueden aparecer e incluso en llegar a la magnitud de un delirio. La ansiedad y las fobias son comunes también.

Algo también común en esta enfermedad son los déficits cognitivos, los cuales están bastante relacionados con los déficits: laborales y vocacionales. Estos déficits pueden significar y llevar a un deterioro de la memoria declarativa, del trabajo, del lenguaje, otras funciones ejecutivas, y no solo esto también conlleva una lentitud en cuanto a la velocidad del procesamiento.

Estos déficits, a nivel sensorial puede también sufrir anomalías y a su vez en la capacidad inhibitoria, así como reducción de la atención.

La hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque es poco común la aparición de agresiones espontáneas o inesperadas.

Es importante remarcar que las personas que presentan esta enfermedad no son agresivas y son víctimas con una mayor frecuencia que los individuos de la población en general.

Debemos tener claro que dos clases de síntomas debemos tener en cuenta dentro de la propia enfermedad en los cuales se agruparan los diferentes síntomas que se manifiestan como causantes de los brotes de la enfermedad.

### 3.3.2. Pronóstico:

La posibilidad de presentar esquizofrenia y que esta aumente su incidencia, así como los trastornos relacionados aumenta en los niños que crecen en un medio urbano y algunos grupos étnicos minoritarios.

La tendencia la confieren un abanico de riesgos, los cuales son comunes y raros, de tal forma que cada uno de estos contribuye solo de una forma pequeña a la varianza total de la población.

Es importante también remarcar que los alelos de riesgo también han sido asociados en otros tipos de trastornos como, por ejemplo: bipolaridad, depresión, espectro autista.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

En otros factores, podemos explicar que la gran mayoría de los hijos que presentan o tienen estos factores de riesgo no desarrollan la enfermedad.

Los factores que predicen el curso, así como el pronóstico se desconocen en gran parte, de forma que ni el curso ni el pronóstico se pueden predecir de manera fiable.

### 3.3.3. Tratamiento:

El diálogo paciente-médico puede ser un factor clave, un instrumento terapéutico, es decir, que el fin de este sea que el paciente conozca la patología que padece, y se le enseñe cómo vivir con ella y a saber usar sus propios recursos psicológicos y los ajenos, para así poder tener un acercamiento a su entorno.

Es por ello que el tratamiento en la vida de la persona que presenta esquizofrenia es fundamental y por ello el hincapié que se hace en su importancia en el momento de trabajo paciente-profesional. El tratamiento será de por vida, aunque los síntomas desaparezcan. (MayoClinic, 2021)

La toma de medicamentos es la base de tratar esta enfermedad, los antipsicóticos son los recetados con mayores frecuencia, ya que ayudan a un control de la sintomatología porque su función está en actuar sobre la dopamina (neurotransmisor cerebral)

Es importante diferenciar dos tipos de antipsicóticos (Roda Rivera, citado en lamenteesmaravillosa,2020):

- **Clásicos**, conocidos también como psicóticos de 1ª generación.

Efectos secundarios: frecuentes y significativos. Está la posibilidad que debido a estos efectos se desarrolle un trastorno del movimiento, conocido como Discinesia tardía, con posibilidad de solución o en algún caso no es reversible.

Son: clorpromazina, flufenazina, haloperidol, perfenazina.



Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Su adquisición es más reducida que los antipsicóticos de segunda generación, lo que es un factor clave e importante a la hora de recetar y seguir un tratamiento a largo plazo.

- **Recientes**, denominados neurolépticos atípicos. Estos tienen como ventaja las características de que sus efectos secundarios son más reducidos.

No solo están aquellos que son de administración por vía oral sino también puede ser por inyectables (intramuscular/subcutánea), cada dos o cuatro semanas, según el medicamento.

Son: aripiprazol, decanoato de flufenazina, decanoato de haloperidol, paliperidona, risperidona.

Objetivo: controlar los signos y síntomas de la manera más eficaz que sea posible con la dosis de medicación ajustada y lo más baja posible.

Se debe contar con la negativa de la persona a tomar la medicación, ya que los efectos secundarios que pueden producir son bastantes graves. Es necesario contar con la voluntad de cooperación de la persona.

Tras la medicación ajustada y adecuada a la persona, la evolución de la esquizofrenia cumple lo conocido como ley de los tres tercios

- El paciente que evoluciona de forma favorable (1/3)
- El paciente que evoluciona de forma estable presenta algún episodio propio de la enfermedad (1/3)
- El paciente que no evoluciona de forma favorable, y presenta un cuadro de síntomas de manera continuada (1/3)

Se podría explicar que podría existir una vulnerabilidad compartida para la psicosis y los trastornos médicos que explicaría parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia.

### 3.4. Tipología de intervenciones

Un factor clave dentro del tratamiento de dicha enfermedad es la terapia psicosocial. Si se produce un retroceso en la psicosis, aunque se continua con lo mencionado anteriormente se puede incluir en la vida diaria de la persona: Tabla 3. Forma de intervenir en el tratamiento de la esquizofrenia y como:

**Tabla 3. Forma de intervenir en el tratamiento de la esquizofrenia y como**

TIPO DE INTERVENCIÓN	¿EN QUE CONSISTE?
TERAPIA INDIVIDUAL	La psicoterapia puede ayudar a normalizar la forma de pensamiento.  Enseñar a reducir/convivir con el estrés e identificar primeros síntomas de posible recaída.
CAPACITACIÓN EN HABILIDADES SOCIALES	Mejorar la comunicación e interacción social, así como la participación en AD (actividades diarias)
TERAPIA FAMILIAR	Apoyo ofrecido a las familias de pacientes que presentan esquizofrenia, incluyendo también educación.
REHABILITACIÓN VOCACIONAL Y APOYO PARA CONSEGUIR TRABAJO	El objetivo es ayudar con una preparación para lograr un trabajo, que además lo encuentren y lo más difícil lo conserven.

Fuente: elaboración propia a partir del portal web MayoClinic

### 3.5. EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

#### 3.5.1. Prevalencia de la esquizofrenia en España

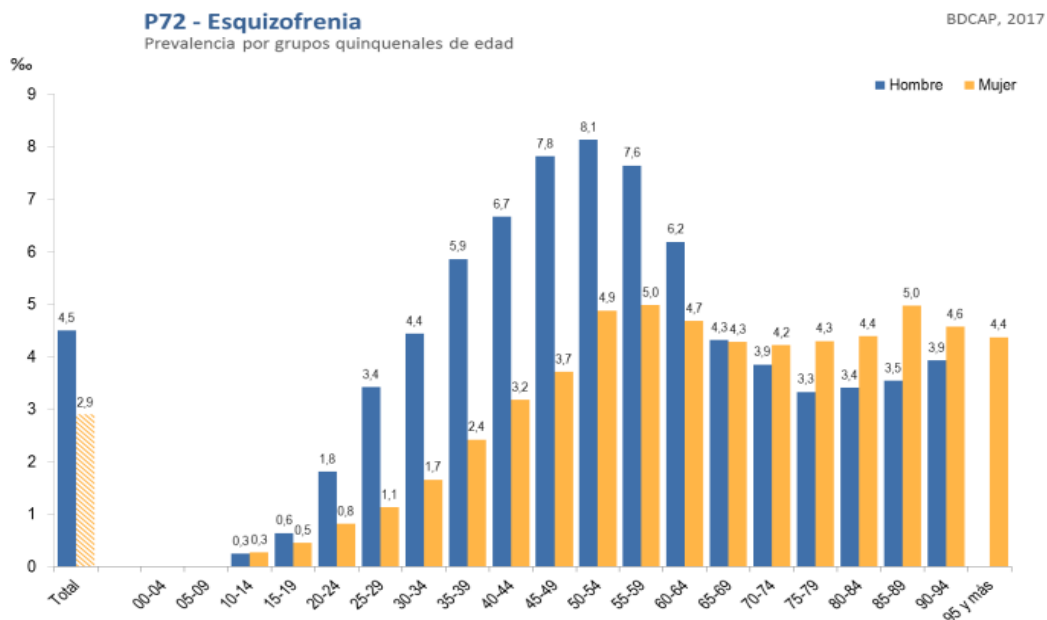
En los últimos años son numerosos los estudios que se han llevado a cabo tanto en nuestro país como en diferentes regiones del mundo y con unos resultados muy dispares. Los resultados obtenidos se encuentran avalados por el estudio internacional de esquizofrenia (International Study of Schizophrenia: ISoS), y proporcionado por la OMS.

## Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

En la revisión llevada a cabo por Saha et Al. (2014) se incluyen 46 países, y donde queda reflejado que el rango de prevalencia de esta enfermedad está entre cuatro y siete por cada 1000 habitantes. Esto reporta una variación en torno a 10 veces (revisión clásica de Torrey) según las zonas donde se llevó a cabo el estudio (compartido dicho hallazgo con Eaton).

La prevalencia a nivel nacional según lo publicado por el ministerio de sanidad (BDCAP, 2017), muestra la siguiente gráfica:

**Gráfico 1. Prevalencia de la esquizofrenia por grupos de edad**



Fuente: Base de datos clínicos de Atención Primaria-BDCAP.

Según lo recogido en el DSM-5, la prevalencia a lo largo de vida en una persona que padece dicha enfermedad suele ser aproximadamente del 0,3-0,7%, pero a través de estudios y observaciones se ha establecido también variaciones según la raza, origen geográfico y país de procedencia (por ejemplo, inmigrantes e hijos de inmigrantes).

En cuanto al sexo, difiere según la muestra y la población que participe en ella.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

- Si nos centramos en los síntomas negativos y en una mayor duración de la enfermedad, lo que quiere decir, que cuenta con un peor pronóstico, presenta mayor incidencia en – los varones
- En cambio, si nos centramos en el estado de ánimo y cuadros breves, lo que significa un mejor pronóstico para el paciente, el riesgo es similar en ambos sexos.

La OMS indica que dicha enfermedad afecta por igual tanto a hombres como a mujeres. Afecta al 1% de la población en cualquier punto del mundo.

En **España**, afecta a unas 400.000 personas, cuya franja de edad se sitúa entre los 15 y los 35 años. En esto no afecta el sexo, sin distinción por razón de este ni por ninguna otra característica.

En el año 2017 se registraron 600.000, lo que representa un 0,8% - 1,3% de la población total (ConSalud, 2017)

Alrededor del 1% de la población desarrollará trastornos esquizofrénicos a lo largo de su vida. La estimación está entre 15-30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

A día de hoy la predisposición a sufrir esquizofrenia sería en relación a la herencia genética y no específica, pero aun así la posibilidad es del 1% en la población general. Pero si un familiar de primer grado la padece la probabilidad aumenta al 10%, y si por ejemplo ambos progenitores la padecen esta se ve aumentada notablemente y asciende hasta un 40%, pero el factor hereditario no determina del todo padecer la enfermedad.

### 3.5.2. Perfil sociodemográfico

Esta enfermedad es más propensa a aparecer en personas que presentan vulnerabilidad genética (Gottesman, 1991), y por ello las familias de estos pacientes son más propensas o sus posibilidades aumentan en comparación con el resto de la población.

Según la edad el pico de inicio varía, en el caso de los hombres se manifiesta a partir de la primera mitad de la veintena, mientras que en el caso de las mujeres se produce al final de la veintena. Este pico puede aparecer de forma brusca o cautelosa, es decir, oculta de tal forma que perjudica a la persona, pero por lo general la mayoría presenta un desarrollo lento y gradual con presencia de diversos signos y síntomas que son clínicamente significativos (Europa Press, 2005).

**Gráfico 2. Perfil sociodemográfico de la esquizofrenia**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Europa Press 2005.

Por esto debemos tener en cuenta ciertos aspectos que influyen en la persona a la hora de desarrollar la esquizofrenia.

- **Aspectos diagnósticos relacionados con el género**

Varias características permiten distinguir la expresión clínica de la enfermedad según el sexo, en mujeres y hombres según lo expresado en la DSM-V.

Normalmente la incidencia de la enfermedad en las mujeres es bastante menor, teniendo en cuenta aquellos casos que han sido tratados.

A diferencia de los hombres, el inicio de esta es posterior en las mujeres, por ello el segundo pico que debemos siempre tener en cuenta y presente que pueda producirse, se produce en la mediana edad, como hemos mencionado anteriormente.

Los síntomas en el caso de una mujer (hay frecuentes excepciones a estas normas consideradas como generales dentro del perfil de la mujer que presenta dicho trastorno):

- Suele ser de carga afectiva,
- Mayor presencia de síntomas psicóticos
- Mayor tendencia a que estos últimos síntomas mencionados empeoren en etapas posteriores de la vida.
- Menor frecuencia de síntomas negativos y desorganización.
- El funcionamiento social suele estar mejor preservado.
  
- **Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura**

Es importante también tener en cuenta los factores culturales y socioeconómicos, sobre todo cuando el individuo y el clínico no comparten el mismo entorno del último factor mencionado.

Dentro de una cultura hay ideas que parecen propias de un delirio como la brujería, y en cambio en otras pueden estar extendida de forma amplia.

También las alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso (pensar que se escucha la voz de Dios), y que es parte de una experiencia religiosa.

A la hora de proceder a la evaluación del discurso organizado debemos tener en cuenta que puede verse dificultada por las variaciones lingüísticas existentes según la cultura con sus propios estilos narrativos.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

En cambio, a diferencia de esta evaluación mencionada en el párrafo anterior, a la hora de llevar a cabo en el afecto requiere de una sensibilidad según las diferentes expresiones emocionales, contacto ocular y lenguaje corporal, los cuales varían según la cultura.

Determinar si esta se lleva a cabo en el idioma principal de la persona, y asegurarnos que la situación (alogia) se debe a barreras lingüísticas.

En consecuencia, hay ciertas culturas que el malestar lo expresan o manifiestan a través de alucinaciones o pseudoalucinaciones e incluso ideas sobrevaloradas que de forma clínica pueden presentar de una forma similar a lo que se considera como verdadera psicosis, pero que estos son normales en el subgrupo al que el paciente pertenece.

### 3.5.3. Factores de riesgo y pronóstico

Los factores son influyentes en la persona que padece dicha enfermedad, y es por ello que debemos tener claro cuáles son aquellos más influyentes, según lo establecido en la DSM-5.

**Tabla 4. Factores que influyen en la aparición de la esquizofrenia**

FACTORES	DEFINICIÓN
AMBIENTALES	La estación de nacimiento se ha relacionado con la incidencia en esta enfermedad: <ul style="list-style-type: none"><li>- Finales de invierno/principios de primavera y el verano para la manera deficitaria del trastorno.</li></ul>
GENÉTICOS Y FISIOLÓGICOS	Este tipo de factores ayudan a la hora de determinar el riesgo de presentar esquizofrenia, aunque los individuos que han sido diagnosticados no tienen antecedentes familiares con psicosis.
SÍNTOMAS	Depresivos o sentimientos de desesperanza, una mala situación económica (desempleo), periodo posterior a un episodio o también en el caso de un alta hospitalaria

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

OTROS

Una complicación en el embarazo, el parto con hipoxia, y la edad del padre elevada se asocian a un mayor riesgo de padecer dicha enfermedad para el feto que se encuentra en desarrollo.

Situaciones adversas: prenatales y perinatales, tales como el estrés, infecciones, malnutrición, y otro tipo de afecciones medicas también han sido relacionadas para desarrollar el trastorno.

Fuente: elaboración propia a partir del Manual DSM-5

#### 3.5.4. Riesgos y consecuencias

El más frecuente es de suicidio, aproximadamente el 5-6% de los individuos que padecen este trastorno (según lo recogido como fuente de información en la DSM-5) fallece por este motivo.

Pero debemos destacar que el 20% lleva a cabo un intento de suicidio en al menos una ocasión y muchos pacientes tienen la idea del suicidio presente de forma significativa.

Dada la enfermedad, a veces el suicidio puede darse como consecuencia de responder a una alucinación, la cual ordena hacerse daño a uno mismo o incluso a otros.

En el caso de los hombres, esta idea está muy presente a lo largo de toda la vida, incluso en las mujeres también, pero en los varones es más elevado como consecuencia de un consumo elevado de sustancia nocivas.

#### - **Consecuencias funcionales de la enfermedad**

Este trastorno se asocia a una disfunción social y laboral de forma significativa.

Un progreso en el ámbito académico, conservación de empleo normalmente se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones propias del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para llevar a cabo las tareas que son requeridas.



La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al que tienen sus padres y en el caso de los hombres, no se casa o sus contactos son escasos (no van más allá de los contactos/relaciones familiares).

### 3.5.5. Comorbilidad y Calidad de vida

Es importante mencionar este factor que puede darse en algunos pacientes, ya que los trastornos que están relacionados con sustancias son elevados en la esquizofrenia.

En este caso, más de la mitad de los sujetos con dicha enfermedad padece un trastorno como consecuencia del consumo de tabaco y de forma habitual fuman cigarrillos.

De forma más frecuente se presentan más de dos enfermedades al mismo tiempo en una persona, es el caso de los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia.

En el caso de los trastornos obsesivos-compulsivos y de pánico son también elevados en pacientes con esquizofrenia si se compara con el resto de la población a niveles generales.

A pesar de esto, puede también ser la situación de que un trastorno de la personalidad paranoide o esquizotípica puede ser el causante del inicio de una esquizofrenia.

#### - **Calidad de vida**

En el caso de las personas que presentan este trastorno la esperanza de vida está reducida o acortada a consecuencia de las afecciones médicas asociadas.

Resultado de la medicación, un aumento de peso, diabetes, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, pulmonares son mucho más comunes en las personas esquizofrénicas que en la población en líneas generales.

La falta de compromiso para realizar buenos hábitos para mantener la salud hace que aumente el riesgo de presentar enfermedades de tipo crónico, pero es que también pueden

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

afectar factores propios o los asociados al trastorno (medicación\*, estilo de vida, fumar, tipo de alimentación ...

### **3.6. Recursos sociosanitarios adaptados a personas con esquizofrenia en castilla y león**

Dentro de la ley de Castilla y León, se explica que lo que diferencia a cada recurso es la intensidad en cuanto al nivel de apoyos, servicios y la presencia o seguimiento de profesionales, que se presten al usuario, cuyo objetivo es la máxima autonomía y participación de la persona.

Los recursos sanitarios disponibles den la comunidad de Castilla y León:

- Nivel primario de atención, con los Equipos de Atención Primaria
- Nivel de atención especializada
  - o Todos los dispositivos de la red de Salud Mental dependientes de la gerencia regional de salud
  - o Cualquier otro recurso de Atención Especializada, no dependiente de la red de salud mental.

### 3.6.1. Unidades y dispositivos

#### - Niveles de intervención especializada

**Tabla 5. Dispositivos de acceso para los pacientes de Salud Mental**

DISPOSITIVOS	FUNCIÓN
ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD Y EQUIPOS DE A. PRIMARIA	<p>Está formado por 11 áreas de salud y 244 zonas básicas.</p> <p>Los Equipos de Atención Primaria cuentan con unidades de apoyo especializadas como Salud Mental.</p> <p>Estos equipos están directamente implicados en la atención psiquiátrica y salud mental. Y colaboran con la elaboración y desarrollo de programas e intervienen de forma relevante en el traslado urgente del paciente.</p>
EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención ambulatoria a pacientes menores de 18 años</li> <li>○ Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales en población infanto-juvenil</li> <li>○ Atención especial a los problemas propios de esta edad</li> <li>○ Asistencia a los padres y familia del menor</li> </ul>
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA: UHB	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Internamientos de <b>corta estancia</b>, normalmente pacientes con descompensaciones de su enfermedad mental que necesitan internamiento.</li> <li>○ Estancia media: 15 días</li> <li>○ Plan de cuidados individualizado (pia)</li> <li>○ Unidad cerrada</li> <li>○ Tratamiento de los episodios agudos</li> <li>○ Atención en urgencias</li> <li>○ Derivación desde cualquier otro dispositivo de la red o urgencias</li> <li>○ Formación e investigación: con el fin de mejorar la calidad asistencial y autoevaluación.</li> </ul>
UNIDAD DE CONVALECENCIA PSQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Régimen de internamiento</li> <li>○ Unidad semicerrada</li> <li>○ Atención a pacientes subagudos</li> <li>○ Estancia: 1-3 meses</li> <li>○ Equipo multidisciplinar</li> <li>○ Plan de atención individualizado (PIA)</li> <li>○ Posibilidad de ingreso involuntario</li> <li>○ Derivación desde cualquier otro dispositivo de la red</li> <li>○ Objetivo general: remisión de la sintomatología y estabilización clínica</li> </ul>

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finalidad: que el paciente pueda volver a reincorporarse a sus actividades cotidianas en la comunidad.</li> <li>○ Unidad residencial</li> <li>○ Régimen abierto</li> <li>○ Pacientes con tmgp clínicamente estables y con necesidades de rehabilitación</li> <li>○ Voluntario (contrato)</li> <li>○ Estancia: 6-12 meses</li> <li>○ Equipo multidisciplinar</li> <li>○ Plan individual de rehabilitación (pir)</li> <li>○ Programas e intervenciones individuales y grupales</li> <li>○ Derivación desde otros dispositivos</li> <li>○ Coordinación con servicios comunitarios</li> </ul>
PROGRAMA COMUNITARIO: PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unidad ambulatoria (comunitaria)</li> <li>○ Régimen abierto</li> <li>○ Pacientes con tmgp (tmcc)</li> <li>○ Voluntario</li> <li>○ Duración: depende del programa, puede ser indefinida</li> <li>○ Equipo multidisciplinar</li> <li>○ Derivación: desde cualquier equipo de salud mental</li> <li>○ Coordinación con servicios comunitarios: urp; crp; pisos tutelados</li> </ul>
PISOS SOCIALES (HOGARES PROTEGIDOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dependientes de servicios sociales</li> <li>○ Gestionados por feafes</li> <li>○ Estancia indefinida</li> <li>○ Proporciona alojamiento, supervisión y programas específicos</li> </ul>
PISOS TERAPÉUTICOS (HOGARES PROTEGIDOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dispositivo concertado (fhoa)</li> <li>○ 4 plazas</li> <li>○ estancia: 6 meses (prorrogable a 9)</li> <li>○ derivación a través de la comisión del área de psiquiatría</li> <li>○ pacientes vinculados a otros dispositivos (crp, taller ocupacional,..)</li> <li>○ proporciona alojamiento y manutención en piso normalizado.</li> <li>○ Supervisión psicosocial</li> </ul>
HOSPITAL DE DIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pacientes con patología aguda, susceptible de tratamiento en régimen de hospitalización parcial (alternativa a la hospitalización completa)</li> <li>○ Capacidad mínima de autocontrol</li> <li>○ Buen soporte socio-familiar (capaz de proporcionar suficiente contención y apoyo)</li> <li>○ Equipo multidisciplinar</li> <li>○ Estancia media: 3 meses</li> <li>○ Derivación desde cualquier otro dispositivo de la red</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

- **Equipos de Salud Mental de Distrito**

Entre los equipos que podemos encontrar en la comunidad autónoma de Castilla y León son los siguientes:

**Tabla 6. Equipos de Salud Mental**

1. Enlace entre niveles de intervención	6. Consultoría y apoyo a equipos de atención primaria
2. Atención ambulatoria	7. Derivación desde atención primaria
3. Ámbito comunitario	8. Atención a casos urgentes / preferentes
4. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento a pacientes que le sean remitidos, a pacientes dados de alta en otros dispositivos o de su propia agenda (citas programadas)	9. Actividades de formación e investigación
5. Equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo y enfermera)	10. Telepsiquiatría

Fuente: elaboración propia a partir del Proceso de Trabajo Social en la red de salud mental en la comunidad de Castilla y León

### 3.6.2. Procesos de atención, valoración y prestaciones

Dada la complejidad de estos pacientes, la alta demanda de cuidados y a su vez de recursos sanitarios, familiares y sociales, precisan de un sistema de atención que, desde el modelo comunitario, impacte en los determinantes sociosanitarios y a la vez mejore su coordinación intersectorial y los recursos disponibles.

El proceso de atención al paciente crónico complejo (Gestión de Casos) de Salud Mental, se enmarca dentro de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, cuya elaboración y desarrollo, lo transforma en un instrumento para la mejora de la atención de

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

aquellas personas que presentan un problema de salud mental, u otras enfermedades de este ámbito para poder mantenerse de forma autónoma dentro de la comunidad. Pero es común la falta de conciencia de estas enfermedades, la baja demanda asistencial, adherencia terapéutica, así como la dificultad para poder acceder a los recursos que están disponibles.

Es en dicho proceso cuando se menciona al Equipo Multidisciplinar de los Equipos de Salud Mental, donde encontramos profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

En el caso de nuestra profesión somos los referentes en cuanto al ámbito social de las personas incluidas en el Modelo Integrado de Atención Sociosanitaria para aquellas personas con discapacidad por enfermedad mental.

- **Valoración integral del paciente**

En la siguiente tabla se encuentra recogido quien, cuando, como, donde, y la documentación asociada para poder llevar a cabo la valoración del paciente.

**Tabla 7. Valoración completa de una paciente de Salud Mental**

<b>Objetivo</b>	- Realizar la valoración multidimensional de la persona con un trastorno crónico complejo de SM para cuantificar los problemas, necesidades y capacidades, en la esfera clínica, funcional, mental y social.
<b>Quien</b>	Equipo multidisciplinar del ESM
<b>Cuando</b>	Desde su inclusión en el proceso, en un plazo superior a 15 días
<b>Cómo</b>	La valoración multidimensional debe incluir, como mínimo: antecedentes y estado de salud actual del paciente, exploración psicopatológica, funcionalidad personal y social, valoración por patrones de MG, diagnósticos de enfermedades, recursos personales y del entorno para hacer frente a su situación, nivel y estilos de afrontamiento, presencial del cuidador familiar o formal, valoración de las necesidades sociales, diagnóstico social y de recursos sociosanitarios, revisión de medicación y régimen terapéutico.
<b>Dónde</b>	Centro de salud mental (SM) y en el domicilio
<b>Documentación</b>	Para ello tendremos en cuenta a la hora de llevar a cabo la valoración:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Asociada

- **Anexo III:** Documento Social en Salud Mental.
- Valoración de enfermería por patrones funcionales de MG

Fuente: elaboración propia a partir de la Consejería de sanidad de la Junta de CYL

#### - Prestaciones de servicios sociales

Se encuentran en el Boletín Oficial de Castilla y León, ACUERDO 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

*Estas son concedidas o asignadas por los EMP o la CMR y son:*

- a) **Residencias**, servicio con alta supervisión que incluye alojamiento y garantiza la calidad de vida y atención integral, continuada y adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad por enfermedad mental*
- b) **Viviendas supervisadas**, servicio con supervisión limitada que garantiza una atención de la persona compatible con un estilo de vida normalizado, promoviendo su autonomía ...*
- c) **Centro de día**, servicio que garantiza la atención integral y continuada a las necesidades de la persona con discapacidad por enfermedad mental durante la jornada diurna ...*
- d) Servicio de Asistencia Personal: servicio profesionalizado de apoyo para el desarrollo de su proyecto de vida en base a sus necesidades, intereses...*

### 3.7. Trabajo social y salud mental

El trabajo social en salud mental ha estado marcado por la evolución de la asistencia psiquiátrica y de la normativa a todos los niveles (nacional-autonómico). Debemos remarcar que anteriormente la asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación dentro de la seguridad social. Dependía de las diputaciones provinciales dicha asistencia, la cual era muy escasa.

El conjunto de acontecimientos y el vínculo de los sistemas sociales han dado lugar a la aparición de cambios: trato, cuidados, atención médica ... con la mirada puesta en la comprensión de las necesidades del paciente y la aplicación de nuevas teorías de tipo médico.

Poco a poco, con el tiempo y los avances en conocimiento la figura del trabajador social tomó relevancia, y estos aprendieron a identificar problemas, definirlos y determinar las actuaciones variadas dentro de las líneas a la hora de intervenir de forma terapéutica. Por ello debemos destacar que el Trabajo Social ha creado su contexto teórico y metodológico a partir de los conocimientos propios de otras disciplinas del ámbito social, dando así una base científica. (Garcés Trullenque, 2010).

El trabajo social psiquiátrico ha sido considerado una especialización de la profesión dentro de este campo.

En el siglo XX, es en EEUU donde los trabajadores sociales se incorporan a los hospitales psiquiátricos para dar así una respuesta socializadora.

En nuestro país, fue en el año 1953 en Barcelona donde se crea la tercera Escuela de Trabajo Social, en la cual se incorpora por primera vez el Currículo profesional del trabajo social y disciplinas como la psiquiatría y la psicología dinámica.

Debemos remarcar que la evolución de nuestra profesión en este área ha estado marcada e influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica<sup>1</sup>.

En 1985 se inicia el proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país, lo que conlleva a la aprobación de la ley general de sanidad, la cual se incluye en el marco sanitario general de la asistencia psiquiátrica.

---

<sup>1</sup> Asistencia psiquiátrica. Instancia de la Secretaría del Gobierno Federal que otorga servicios en Salud Mental, integrales y especializados; con enfoque comunitario, de calidad y de pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales y de comportamiento.



Es a partir de este momento cuando los objetivos del trabajo social en salud mental comienzan a estimar como objetivo y a su vez meta el esfuerzo por llevar a cabo un proceso de normalización del paciente de salud mental a su ámbito social.

La labor realizada en los Servicios de Salud Mental comienza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, teniendo en cuenta que es la población con la que trabajamos y su psicopatología la que definirá nuestra forma de intervenir, como consecuencia, hablamos pues de la valoración de la interacción entre diferentes experiencias (biológica, psicológica y social), lo que nos servirá de guía para la llevar a cabo una intervención clínica.

Como característica propia, que al final es un distintivo del resto, es el interés por el contexto social dentro del cual se producen o modifican los problemas que presenta la persona ya sean a nivel individual o familiar.

En resumen, con los cambios significativos experimentados en los últimos 30 años como hemos mencionado anteriormente, debemos abordar la atención de dicha enfermedad por medio de filosofías comunitarias y un modelo de tratamiento integral, pidiendo por tanto un sistema de salud que sea universal, equitativo, descentralizado y participativo.

Nuestra labor en el campo de la salud mental consiste en concebir y desplegar las estrategias que colaboran a la hora de mejorar el bienestar y el “lugar social”, impulsando el sentimiento de pertenencia y el sentido de capacidad de aquellas personas que han sido diagnosticadas con un trastorno. Se trabaja con ellas para poder sacar el máximo de sus propias fortalezas y reducir aquellos factores sociales que afectan de forma negativa o devalúan su identidad social.

- **Objetivos del trabajo social en salud mental.**

A continuación, se presentan cuáles son los objetivos que como profesionales del trabajo social debemos tener presente cuando intervenimos en el ámbito y con paciente de salud mental.

**Tabla 8. Objetivos del trabajo social en el ámbito de la salud mental**

OBJETIVOS	SEGÚN TIPO
GENERALES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar y atender el problema del paciente, así como de su familia, poniendo énfasis en aquellas situaciones de riesgo social.</li><li>- Favorecer el bienestar de la persona, así como su integración en su medio.</li><li>- Informar asesorar y orientar acerca de los recursos disponibles (sociales, sanitarios) y facilitar a su vez el acceso a estos.</li><li>- Actividades de prevención, desarrollo, promoción, asistencia, rehabilitación y reinserción social tanto a nivel social como comunitario.</li></ul>
ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudiar, investigar y valorar factores familiares como condicionantes de tipo social, económico y cultural que afecten en el proceso.</li><li>- Potenciar autonomía del paciente y de su familia</li><li>- Potenciar autonomía en su medio, así como fomentar la responsabilidad a la hora de resolver un problema.</li><li>- Favorecer la adaptación de las familias a la nueva situación y comprensión</li><li>- Planificar actividades de reinserción</li><li>- Potenciar y promover a su vez redes de apoyo social favoreciendo la integración a nivel social.</li></ul>

Fuente: elaboración propia a partir de material suministrado por la trabajadora social durante el trabajo de campo

- **Funciones que realiza el TS dentro de salud mental**

Las funciones varían según el centro en que se esté desarrollando nuestra labor, así como la finalidad que se pretende conseguir. (Carrasco, 2019)

Por esto, se puede presentar una atención directa (trabajando con individuos, familias y grupos). Estos presentan problemas sociales que pueden afectar a su salud de forma negativa, y como consecuencia de estos trabajaremos el análisis de la situación de riesgos y las necesidades que presenta tanto a nivel individual como familiar. A nivel personal realizaremos una valoración, un diagnóstico social y plantearemos el PIA (Plan de Intervención Familiar).

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

O una atención profesional, cuyo objetivo es preventivo o de inserción social, es decir, que el propio individuo se integre en el medio social y familiar de la manera más normalizada que nos sea posible.

Para un buen desarrollo de nuestra labor debemos tener presente claves como: formación de base, es decir, exigir una especialización en Salud Mental, así como una mejora de la satisfacción de los propios profesionales del ámbito para poder lograr una recuperación del reconocimiento que el TS tuvo durante años en SM.

Debemos distinguir cuatro funciones principales (Gutiérrez López, 2015)

- Función preventiva, de promoción e inserción social: lograr una plena integración y participación dentro de la sociedad.
- Función de atención directa: por y para los individuos, familias y grupos que presenta problemas de tipo social o los pueden llegar a presentar relacionado con un problema de salud.
- Función de coordinación: se le considera una especialidad de lo social y así como en las organizaciones y servicios sociales
- Función de investigación: explorar determinantes sociales relacionadas en el proceso de la enfermedad y las intervenciones sociales que serían más adecuadas y eficientes.

#### - **Papel del trabajador social en la actualidad**

En nuestro país, la atención en cuanto a Salud Mental se lleva a cabo en centros especializados, y estos se prestan o son concedidos a través de los servicios sociales especificados en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Tras lo recogido en este Real Decreto, queda definida la cartera de servicios sociales, y podrán ser las CCAA las que a través de sus competencias aprobarán sus

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

respectivas carteras de servicios comunes del Sistema donde debe garantizarse a todos los usuarios de este.

Por ello consiste en combinar: acciones de prevención y promoción en salud mental, trastorno mentales, así como su diagnóstico y tratamiento en los pacientes, desarrollo de la coordinación interinstitucional, y adopción de medidas para la inserción tanto social como laboral (Garcés, 2010).

El trabajador social llevará a la práctica la función de mediador entre la institución psiquiátrica y lo que demanden los pacientes y sus familiares. Además, debemos recalcar que nuestra labor no es solo la política destinada a la salud mental sino también lo que demandan los pacientes y sus familias.

Como profesionales debemos partir de los conocimientos básicos: sobre el paciente y su entorno, lo cual lo hemos obtenido de un proceso terapéutico.

Como resumen, el papel del trabajador social es clave en personas con enfermedad mental durante todo el proceso terapéutico.

- I estancias hospitalarias que se alargan no por motivos terapéuticos
- Fenómeno “puerta giratoria”
- Coordinación sociosanitaria

### **3.8. Marco Normativo**

Como toda persona independientemente de presentar una enfermedad mental o no, se deben tener en cuenta unas normas y documentos en los diferentes ámbitos de regulación de la atención en salud mental.

Dichas personas presentan derechos los cuales se encuentran recogidos en la legislación y debemos siempre tenerlos en cuenta:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

A nivel internacional con diferentes declaraciones y convenios, cuya finalidad es la protección de aquellas personas con problemas de salud mental y por consiguiente defender sus derechos.

- Declaración universal de los derechos humanos
- Declaración de Luxor
- Declaración de Madrid

Fue en el año 2009, cuando se aprobaron diferentes recomendaciones a cerca de la dignidad y derechos de las personas que presentan un trastorno mental

Por ejemplo: Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki (12 de enero de 2005)

En el caso de nuestro país, la legislación española proporciona unas garantías a la personas con discapacidad, incluidas aquellas que padecen una enfermedad mental, así queda recogido en la Constitución Española, donde se reconoce el principio de igualdad basado en los derechos humanos.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información de documentación clínica, cuyo objeto es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en relación a la autonomía del paciente información y documentación clínica.

#### - **Antecedentes ámbito nacional e internacional**

En los últimos 30 años, cogiendo como punto de inflexión el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril 1985, se han implementado en las diferentes Comunidades Autónomas sucesivos planes estratégicos destinados a implantar una red de Servicios de Salud Mental (SM) de acuerdo con la perspectiva comunitaria, la cual esta incorporada en el sistema público de salud.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

La regulación tanto en España como en el marco europeo en cuanto a salud mental ha recorrido una serie de etapas cuyo objetivo ha sido el intento de equilibrar el histórico desequilibrio de atención y derechos a aquellos pacientes afectados por un trastorno mental.

La Declaración y el Plan de Acción en Salud Mental favorecido por la Oficina Regional Europea de la OMS, estos aprobados y firmados en Helsinki (2005) por España y los países restantes de la región europea de la OMS (51), fue un importante hito a la hora de abordar los problemas de salud mental a nivel europeo.

En el caso de España, dando una mayor importancia entre otras estrategias de salud mental, se elaboró una Estrategia Nacional de salud Mental teniendo en cuenta la filosofía y los contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental.

Por lo tanto, esta estrategia fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y es el resultado de un esfuerzo consensuado entre el ministerio, asociaciones, sociedades y comunidades autónomas para lograr así una atención a las personas enfermas basadas en la excelencia clínica teniendo presente condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

En nuestro país se creó la Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013 con:

- Nueva evidencia científica disponible
- Análisis de los resultados de la estrategia anterior
- Recopilación de buenas prácticas de ámbito nacional
- Redefinición de objetivos
- Propuestas de acción
- Indicadores para el periodo marcado.

Pero dados los avances y la importancia que está tomando la salud mental en nuestros días, se procedió a una reforma de esta estrategia y fue presentada por el Ministerio de Sanidad el 3 de diciembre de 2021, cuyo *“objetivo era la actualización de la anterior estrategia para*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*construir un verdadero sistema de atención, con enfoque de género y derechos humanos, que atiende a los/las pacientes crónicos. Prestando especial atención, en colaboración con las diferentes comunidades autónomas, al diseño y desarrollo de una estrategia de prevención de la conducta suicida, que incluye un protocolo especial de actuación y que prevea la puesta en marcha de un número de teléfono de atención al público, entre otras medidas propuestas”*

Esta reforma viene tras casi 12 años desde la última actualización, y fue aprobada por unanimidad el jueves 2 de noviembre, en el Pleno Ordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Dicho plan es: Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19.

#### **- A nivel autonómico**

Como comunidades autónomas con competencias estas disponen de planes de salud mental de cara a sus ciudadanos.

Dada la importancia que está tomando la salud mental en estos últimos años, la gran mayoría de los planes son recientes, pero debemos destacar que algunos ellos no están vigentes.

Pero hay comunidades como es el caso de Castilla y León cuyo plan o estrategia de salud mental es muy antigua, como sucede con País Vasco (pero esta última lo compensa con planes actualizados de cada una de las tres de redes pertenecientes a cada provincia).

**Tabla 9. Plan de salud mental según Comunidad Autónoma y su vigencia**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLAN VIGENTE (2021)	ÚLTIMO PLAN VIGENTE
ANDALUCÍA	NO	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020
ARAGÓN	SI	Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021
ASTURIAS	NO	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020
ILLES BALEARES	SI	Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022
CANARIAS	SI	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023
CANTABRIA	NO	Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019
CASTILLA Y LEÓN	NO	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)
CASTILLA LA MANCHA	SI	Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025
CATALUÑA	NO	Plan director de Salud Mental y adiciones: estrategias 2017-2020.
Barcelona	SI	Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022
EXTREMADURA	NO	III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020
GALICIA	SI	Plan de Salud Mental Post Covid-19 2020-2024
LA RIOJA	NO	III Plan de Salud Mental de La Rioja 2016-2020
MADRID	NO	Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020
MURCIA	SI	Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022
NAVARRA	SI	III Plan Estratégico de Salud Mental 2019-2023
PAÍS VASCO	NO	Estrategia en Salud Mental del País Vasco 2010.
Araba	SI	Plan estratégico de la RSMA 2018-2022
Bizkaia	SI	Plan estratégico de la RSMA 2018-2021
Gipuzkoa	SI	Plan estratégico de la RSMA 2018-2022



COMUNIDAD VALENCIANA	NO	Estrategia Autonómica en Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020.
----------------------	----	---

Fuente: elaboración propia a partir del portal web Alansaludmental

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Método.

Esta investigación se ha realizado en la ciudad de Valladolid y la metodología que se ha utilizado para poder llevarla a cabo es de tipo cualitativo con el objetivo de obtener la información de forma directa a través del testimonio de personas afectadas por la esquizofrenia.

### 4.2. Participantes

Las personas que han participado en la investigación lo han hecho de forma voluntaria. En total, tres de los participantes han sido escogidos por el trabajador social del Hospital Nuestra Señora del Prado en Talavera de Reina (G1), otro paciente a través de la psicóloga Rosa Sanguino del Hospital San Luis en Palencia (G2) y dos familiares de dos amigos cercanos que se ofrecieron a participar encantados (G3)

G1: 3 personas: 2 mujeres y 1 varón.

G2: 1 personas: 1 varón

G3: 2 personas: 2 varones

Las entrevistas se han realizado de forma individual, en los lugares donde los participantes se han sentido más cómodos. En total los participantes han sido “6”

Dada la complejidad de la enfermedad, ha sido complicado encontrar algún participante más dado la aparición en varios de un brote psicótico haciendo inviable la opción de poder entrevistarlos.

- **Perfil sociodemográfico**

En el siguiente apartado se muestra un análisis descriptivo del perfil sociodemográfico de las personas con esquizofrenia que han participado de forma voluntaria en la investigación. Esta información ha sido recogida a través de una ficha (**Anexo III**), plasmando a continuación lo más importante y los datos con más relevancia:

***Tabla 10. Características de los participantes de la investigación***

<b>Entrevistado</b>	<b>Sexo/Genero</b>	<b>Edad</b>	<b>Nivel académico</b>	<b>Situación laboral</b>	<b>Edad a la que fue diagnosticada/o</b>	<b>Estado civil</b>
<b>E1</b>	Hombre	47	Estudios universitarios	Trabaja	1995	Soltero
<b>E2</b>	Hombre	47	Estudios básicos	No trabaja	1995	Soltero
<b>E3</b>	Mujer	52	Estudios FP	Trabaja	1995	Casada
<b>E4</b>	Mujer	78	Estudios básicos	No trabaja	1965	Casada
<b>E5</b>	Hombre	27	Estudios universitarios	No trabaja	2019	Soltero
<b>E6</b>	Hombre	36	Estudios universitarios	Trabaja	2019	Casado

A continuación, mostraremos los resultados obtenidos en función de los diferentes bloques que hemos marcado en las entrevistas llevadas a cabo.

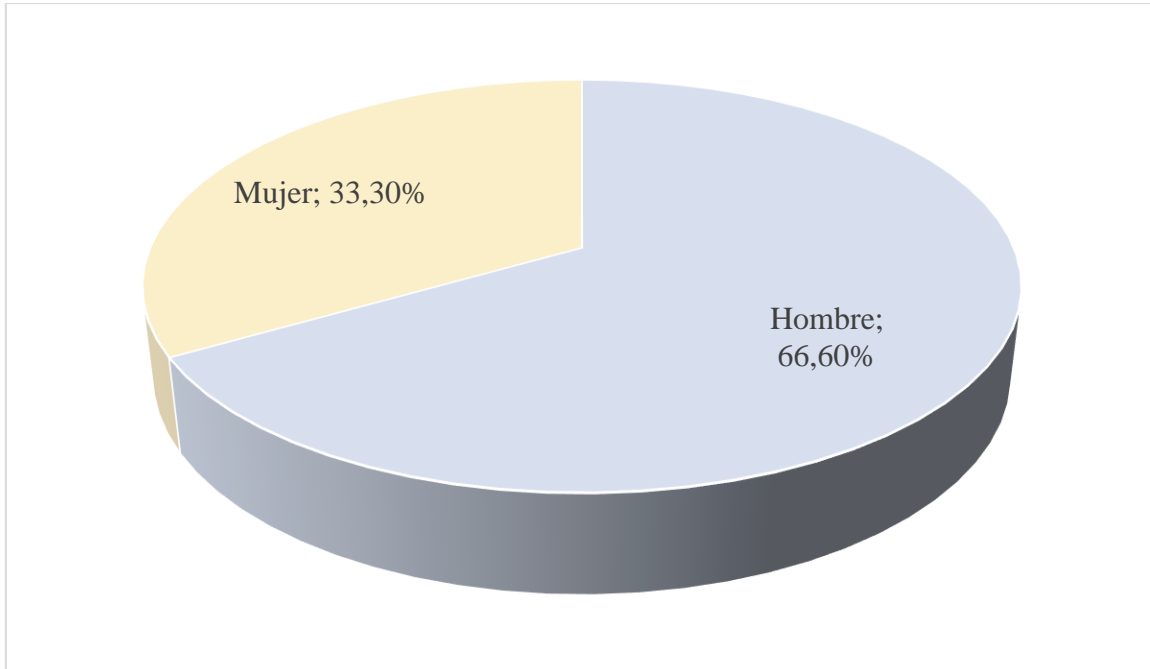
- **Edad**

Como podemos observar en la tabla, los afectados por esquizofrenia es de 47,83%, con un rango de edad desde los 25 hasta los 80, pero donde la mayor afección está entre los 45 y los 55.

- **Sexo**

Según los datos obtenidos, la prevalencia indica que el probabilidad de padecer esquizofrenia es mayor en los varones que en las mujeres, donde los varones representan el 66,6% con respecto al 33,3% de las mujeres que están afectadas.

**Gráfico 3. Prevalencia según el sexo a padecer esquizofrenia**



- **Estado civil**

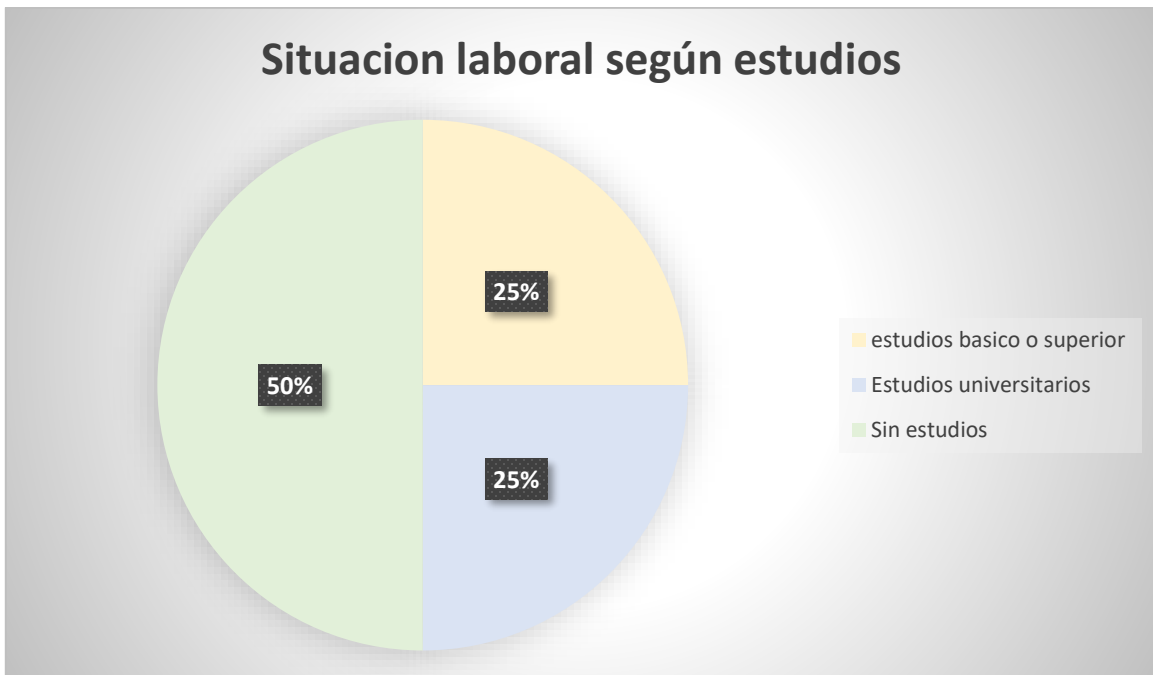
En relación al estado civil, se observa que las mujeres sí tienen una vida en pareja mientras que los varones permanecen solteros, exceptuando un caso de los entrevistados y conviven con sus respectivas familias o solos, según la situación.

- **Nivel de estudios y situación laboral.**

Todos los entrevistados presentan estudios ya sea de tipo básico o superior, el 50% presenta estudios universitarios, y de ellos solo uno trabaja en el ámbito de sus estudios.

El 50% de los entrevistados no trabaja, frente a un 25% que lo hace en lo estudiado, y el otro 25% que consiguió trabajo con los estudios que posee.

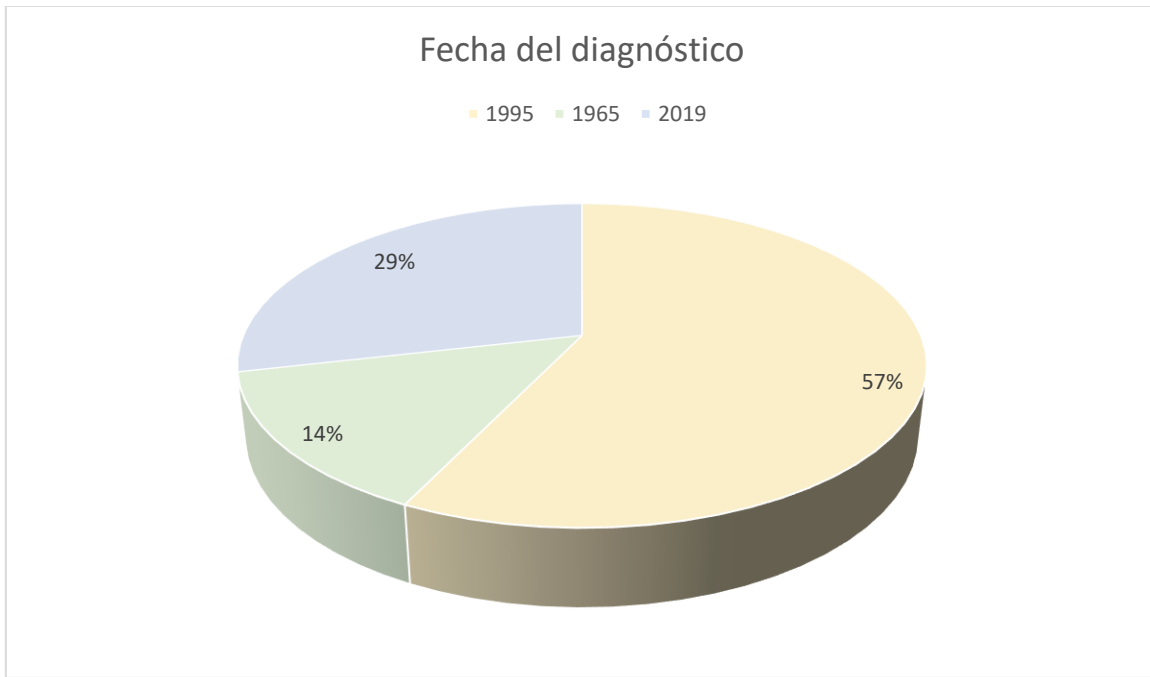
**Gráfico 4. Situación laboral según los estudios del entrevistado**



- **Fecha del diagnóstico**

Como se observa el 66,6% fue diagnosticado en el año 1995, frente a un 16,6% con un de los primeros diagnósticos de la enfermedad, y dos diagnóstico recientes que representan el otro 33,3%.

**Gráfico 5. Fecha en la que fue diagnosticado la esquizofrenia**



#### 4.3. Procedimiento y materiales

El estudio se ha llevado a cabo con las siguientes partes:

- Análisis de documentación de fuentes secundarias
- Elaboración de las preguntas para la entrevista
- Trabajo de campo relacionado con el método de investigación
- Análisis de las preguntas por si eran factibles para su realización
- Transcripción y análisis de los datos recogidos

En un primer lugar, se llevó a cabo un análisis de la documentación existente a cerca de la esquizofrenia en fuentes secundarias recogiendo y plasmando los aspectos más importantes y relevantes de la enfermedad.

Una vez recogida la información necesaria, se procedió a realizar la elaboración de las preguntas que se iban a emplear para poder realizar las entrevistas y que posteriormente se realizarían a los participantes. El guion de la entrevista (Anexo II) ha sido estructurado en 6 bloques con preguntas sencillas para que los participantes se sintieran cómodos y nos les resultara difícil su comprensión.

El trabajo de campo se realizó durante varios meses, comenzando a finales de marzo y finalizando a mediados de mayo de 2022.

Para poder realizar las entrevistas, envié previamente el guión de estas a los respectivos profesionales o familiares para que tuvieran constancia e información acerca de lo que se iba a preguntar y saber su opinión sobre la conveniencia de las citadas preguntas, saber si les parecían correctas y apropiadas para proceder a la realización de las entrevistas.

El contenido del guion para realizar las entrevistas constaba de 10 preguntas repartidas en 6 bloques: impacto social tras el diagnóstico; síntomas o necesidades percibidas y los cuidados requeridos; apoyo familiar/social; afrontamiento de la enfermedad; instituciones sociales; propuestas de mejora.

#### **4.4. Análisis de datos**

Una vez realizadas las entrevistas a los diferentes participantes, se procedió al análisis de sus contenidos y la información recogida. Para llevarlo a cabo primero se transcribieron las entrevistas mediante la exploración inicial de los datos obtenidos, para posteriormente realizar el análisis por las categorías/bloques establecidos. Por último, se hizo una descripción de los resultados obtenidos, y con ellos se realizó una clasificación en función de las preguntas realizadas.

#### **4.5. Consideraciones éticas**

Antes de proceder a realizar las entrevistas, se informó de forma verbal e individual a cada participante de que todo lo hablado y grabado sería tratado de forma confidencial, que sus nombres no aparecerían en la investigación, se mantendrían en el anonimato, y no solo esto, sino que además una vez escuchadas las respectivas grabaciones serían borradas de inmediato.

Como investigadores, mostramos el firme compromiso de mantener en todo momento la confidencialidad de la información aportada por los participantes y con ello su anonimato, utilizando solo aquella información necesaria y de utilidad para la investigación y respetando los principios de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Durante la investigación para poder identificar a cada participante, pero manteniendo su anonimato empleamos unas iniciales:

- El nombre del participante que será entrevistado y se representa con una (E)
- Para saber a cuál de los participantes se refiere, se establecerá un número acompañado de E, será por ejemplo E1
- Por último, se hace referencia a si el entrevistado es hombre o mujer (M o H)

Como conclusión, la representación sería de la siguiente forma: E1H o E3M.

## 5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1 Impacto social tras el diagnóstico

#### - Adaptación tras el diagnóstico

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad de estas características es un golpe muy duro que hay que saber asimilar y gestionar, tanto si no hay antecedentes familiares como si los hay –siempre pensamos que a nosotros no nos va a tocar-. Cómo la persona empieza a gestionar todo lo que pasa por su cabeza y como va a enfocar su vida ahora que sabe que padece esquizofrenia es la tarea más importante a raíz del diagnóstico.

*“Mi vida cambio cuando me “estalló la mente”, porque fue en ese momento cuando me vino la enfermedad, pero fue algo que me arreglo la vida. Me ha afectado para bien, porque no trabajo, cobro la pensión y soy feliz.” (E1H)*

*“Al principio no fue traumático por la falta de información respecto a la enfermedad,, los médicos no sabían con certeza que podía ser. La época del diagnóstico hacía que los tratamientos fueran escasos y complicados” (E4M)*

*“No fue tan raro ya que en mi familia hay más casos con esta misma enfermedad como el caso de mi abuela” (E3M)*

*“Voy a tener un etiqueta que me va a acompañar toda mi vida, un estigma con el que voy a tener que vivir, y es algo que a nivel personal me afecta” (E6H)*

#### - Toma de la medicación

Cada uno de los entrevistados toma una mediación diferente que es acorde a su persona y a sus características y al grado de afección por la enfermedad que presenta. Algunos de los síntomas son debilidad, sin fuerzas para afrontar el día a día, cansancio...



Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Las personas que padecen depresión, ansiedad, destacan la importancia de intentar salir de esa situación y hablarlo con el médico para buscar otra alternativa que no limite su día a día con los efectos secundarios.

*“Cuando estoy afectado de depresión, necesito ayuda para todo, en mi caso necesito de la ayuda de mis padres para poder realizar las ABVD” (E1H)*

*“Me afecta a nivel emocional, y en muchos casos me dominan y no consigo controlar las emociones que se me manifiestan, y al final me controlan mi vida” (E3M)*

*“La toma de ansiolíticos me provocan cansancio, sueño lo que hace que me pase varios días durmiendo y metido en la cama” (E6H)*

En el caso de otra paciente, la mediación tuvo otra afección (una secuela renal), ya que dada su edad el tratamiento que recibió fue de los primeros con los que se empezó a tratar la esquizofrenia.

*“Como consecuencia de un prologando consumo de litio para tratar la enfermedad me ha dejado secuelas renales que a día de hoy arrastro” (E4M)*

También hemos podido observar aquellos que no toman la medicación porque no la necesitan o aquel que no ve problemas secundarios.

*“No tomo la medicación porque no la necesito porque no estoy enfermo, no lo tengo claro que sea esta enfermedad, y como pienso eso pues no la tomo” (E5)*

*“Dejé el tratamiento para poder continuar con mi vida, pero después de 3 años sin tomarla, la retomé y hasta día de hoy tengo un control y cada 3 semanas voy a pincharme para poder seguir con mi vida” (E2H)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“Ojalá me dieran una pastilla que hiciera que ya no tuviera ningún brote, eso me haría muy feliz y podría vivir tanto yo como mi mujer con la tranquilidad de que voy a estar bien y sin brotes” (E6H).*

## **5.2 Síntomas y necesidades percibidas y los cuidados requeridos**

### **- Como reconocer posible brote**

En cada persona la enfermedad puede presentarse de diferente forma, o “anunciarse” en silencio, es por ello por lo que los entrevistados explican sus diferentes puntos de vista en cuanto a cómo proceder, reaccionar o actuar.

*“El autorreconocimiento es importante para anticiparse a ese posible brote y saber actuar para prevenirlo” (E3M)*

*“Saber diferenciar lo que piensa y lo que se puede decir, lo que es una realidad o un delirio, y saber actuar en el caso de un deliro” (E1H)*

## **5.3 Apoyo familiar**

### **- Aceptación familiar**

Cuando a una persona le diagnostican una enfermedad hay también una afección a personas que se consideran secundarias pero que también son los principales afectados, hablamos de la familia, ya que vivirán y convivirán con ellos y serán el pilar y apoyo de los enfermos. Por ello es importante saber cómo les afectó y como reaccionaron ante el diagnóstico.

*“Mi familia por ejemplo acepta la enfermedad, pero la oculta a los demás, incluso no me dejan hablar de ello, o no les parece bien que vaya al psicólogo u otros profesionales” (E1H)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“Para mi madre fue duro, pero es la que más me ha arropado y ayudado, al igual que mis hermanos que me han apoyado y estado en todo momento” (E2H)*

*“Sin ellos no lo habría superado, han sido mi pilar y apoyo en todo el proceso” (E3M)*

*“Tengo una familia muy larga, al principio fue duro, pero han estado en todo momento, me han ayudado con los niños, a organizar la casa y a que yo en todo momento estuviera bien” (E4M)*

*“No fue fácil la aceptación, porque no fui un enfermo que se lo pusiera fácil, porque decían que era estrés, ansiedad..” (E6H)*

Hay casos, en los que es la familia la que sabe que el problema existe, pues el paciente no acepta la enfermedad, y al final la familia se lleva la peor parte, siendo la que más sufre la enfermedad sin poder ayudar al enfermo puesto que no se deja al no aceptar su enfermedad.

*“Mi familia creo que me intenta ayudar, pero es que se meten mucho en mi vida y no me gusta” (E5H)*

*“Siento que mi familia no se ha adaptado, no me siento comprendido, más bien me siento cuestionado por padecer la enfermedad” (E6H)*

#### **- Relaciones familiares**

Además de conocer cómo afecta en primera persona a la familia también debemos ir más allá y entender cómo afecta con el paso del tiempo a las relaciones que se mantienen entre el enfermo y familia / amigos.

*“Mis amigos conocen mi enfermedad y me apoyan. Quedamos y me tratan como uno más, dejando a un lado la enfermedad” (E1H)*

*“Mi marido ha sido mi pilar, conoce mi enfermedad, y estuvo siempre, acompañándome al médico, revisiones, al trabajo..” (E3M)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“La relación con mi madre ha cambiado, está muy distante, no acepta que tenga esta enfermedad” (E6H)*

#### **5.4 Afrontamiento de la enfermedad**

##### **- Gestión de la emociones**

Una parte importante cuando nos diagnostican una enfermedad es la gestión de las emociones que nos provoca la enfermedad y en este caso las que provoca la esquizofrenia como por ejemplo cuando hay un brote, en ese momento de vemos llevar a cabo esa gestión.

*“Es complicada, cuando estoy bien, me siento una persona normal, pero cuando estoy mal, la cabeza me hace pensar cosas que no son reales” (E4M)*

*“En cuanto a la gestión de la emociones, no me cuestiono grandes cosas” (E3M)*

*“Para mí es complicado no me doy cuenta de que estoy sufriendo un brote y que no me estoy comportando de una manera normal” (E5H)*

*“El miedo a tener otro brote, vivo con incertidumbre, con inquietud de que el cualquier momento me pase” (E6H)*

##### **- Resignación**

Cuando una persona puede convivir con la enfermedad pueden parecer dos sentimientos, el sentimiento de no me queda otra que aceptarla o tener positividad y aceptarla.

En el caso de aquellos que es una resignación negativa:

*“Se que tengo la enfermedad y que tengo que vivir con ella, por lo que no me queda otra que adaptarme.. prefiero no pensarlo mucho” (E3M)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“No he aceptado la enfermedad, creo que no la puedo controlar” (E4M)*

*“No he aceptado la enfermedad, me gustaría, pero no soy consciente o tengo la sensación de haber convivido con ella” (E6H)*

Pero también tenemos casos en los que son los propios afectados los que hablan de la enfermedad y su aceptación de forma “positiva”

*“La esquizofrenia es algo muy divertido, te sientes como el centro del universo” (E1H)*

*“La enfermedad al final te enseña y con ella aprendes a diferenciar lo que es la realidad de verdad que lo es la realidad imaginaria” (E1H)*

*“Es un gen, lo tengo claro, pero a mí me ha beneficiado y es algo que llevo bien” (E2H)*

*“Al principio no era consciente de que estaba enfermo, pero al final me di cuenta de que el problema lo tenía yo, y decidí tratarlo” (E1H)*

## **5.5 Respuesta de la instituciones sociales**

### **- Trato recibido**

Los profesionales tienen un papel muy importante a la hora de intervenir con los enfermos y es importante también tener en cuenta como han visto los pacientes el trato que han recibido.

Algunos tienen una visión no negativa, pero si, en desacuerdo con el trato recibido

*“El trato que he recibido ha sido regular, con los psiquiatras he tenido mis más y mis menos por el trato que recibido” (E1H)*

*“Al principio del diagnóstico no recibí el mejor trato” (E4M)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“En un principio los especialistas no tenían claro el origen de los brotes, y fue un poco caos, hasta que consiguieron dar con el diagnóstico de la enfermedad” (E3H)*

*“No he recibido un correcto trato por parte de un profesional psicológico que me diera pautas de cómo actuar en caso de brote ...” (E6H)*

Incluso los mismos que en un primer lugar dijeron que el trato no fue acorde, cambia y explican como lo han visto de otra forma.

*“Ahora pienso y justifico la actuación de los profesionales, ya que era lo que tenían que hacer y era la actuación más correcta con respecto a mi persona” (E1H)*

*“De forma general, bastante bien, y gracias a la toma de la mediación he mejorado mucho y la enfermedad es más llevadera” (E3M)*

#### **- Función del trabajador social**

El papel del trabajador social no se asocia a intervenir con este tipo de paciente, y se cuestiona como actúan, por ello hemos querido saber el contacto y el trato que han tenido con el profesional.

En relación a la enfermedad varios explican que no ha sido directa con respecto al tratarla o gestionarla.

*“En relación a la enfermedad no mucho” (E3M)*

*“Cuando estuve en el CRP sí, pero no me sirvió de nada, fui a perder mi tiempo porque no me ayudo y por eso deje de ir” (E2H)*

*“Si por supuesto en FEAFES, con un trato respetuoso, humano, presentes en los malos momentos”. “Se preocupan más por nosotros de lo que deberían preocuparse” (EH1)*

*“La verdad que sí que me ha orientado en temas laborales, a poder ver más allá de cara a mi futuro y que la enfermedad no me impidiera frenar mi vida” (E5H)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“Si he contado con la ayuda de un profesional de trabajador social, me ha acompañado y apoyado de forma social” (E6H)*

Pero sí en muchos casos explican el papel que ha tenido el trabajador social a la hora de gestionar ayudas o procedimientos burocráticos.

*“He contado con su ayuda para la gestión de la minusvalía y la tramitación de una pensión no contributiva, para nada en relación con la enfermedad” (E3M)*

*“Me ha ayudado en los tramites de la discapacidad, aunque no estoy muy de acuerdo con ello, porque sigo diciendo que no padezco la enfermedad, entonces me han gestionado algo con lo que no estoy de acuerdo” (E5H)*

*“Me han gestionado ayudas económicas, guarderías, pensiones, subsidio por desempleo, ayuda de alimentos” “Esta muy agradecida” (E4M)*

*“También me ha ayudado en la gestión de recursos, asesorado en relación a las ayudas a las que podía tener acceso” (E6H)*

## **5.6 Propuestas de mejora**

### **- Visibilización**

Es importante que las enfermedades desconocidas por la población o que no hay conocimiento sobre ello, se visibilicen y que la sociedad entienda que padecer estas enfermedades no es excluyente y que se puede hacer vida normal si se está controlado.

*“Informar al resto de la población que no somos “bichos raros” (E3M)*

*“Campañas de sensibilización en los medios son importantes por su poder de información y concienciación” (E3M)*

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

*“Es necesario invertir más dinero, más profesionales en cuanto a material. también más información en televisión en los libros ... visibilizar en la sociedad” (E1H)*

*“Hay mucho que hacer aun en la sociedad con el estigma, porque se nos ve como enfermos mentales que damos miedo y no es así” (E6H)*

#### **- Anticiparse desde la infancia**

No es algo común pero la esquizofrenia puede desarrollarse en menores y ya no solo eso si no que se puede evitar si desde la infancia se trata la salud mental y se puede evitar que en un futuro pueda desarrollar una enfermedad mental.

*“La psicoterapia es importante desde pequeños, psicólogo en los colegios incluso el trato desde pequeños” (E1H)*

*“Tratar a la gente de joven es mejor con un diagnóstico preventivo, permitirían evitar la aparición” (E1H)*

*“Grupos de autoayuda en los colegios, institutos, son necesarios para poder evitar de cara a futuro enfermedades relacionadas con la salud mental” (E6H)*

#### **- Servicios para el apoyo al tratamiento**

Dada la escasez de asociaciones y servicios dedicados a la esquizofrenia es importante explicar la necesidad de estas para las personas que lo padecen.

*“Mas servicios específicos dirigidos a personas con esquizofrenia” (E4M)*

*“Que haya más asociaciones en relación a la esta enfermedad” (E4M)*

*“Pienso que mi enfermedad se podría haber evitado” (E1H)*

*“Mas apoyo por parte de los profesionales de la psicología” (E6H)*



## **6. CONCLUSIONES**

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que se trata desde el área de salud mental dentro del sistema sanitario, teniendo en cuenta los factores que pueden influir como sociales, ambientales, culturales, genéticos. Llevar a cabo esta investigación me ha permitido conocer más a fondo la enfermedad y conocer en primera persona como es vivir con ella y que debemos tratarles con la misma naturalidad que tratamos a otras personas que no están enfermas, porque la esquizofrenia controlada te permite llevar una vida normal adecuada a la enfermedad.

No solo el tratamiento con la medicación acorde a la persona es suficiente, es necesario un apoyo social por parte de profesionales como el psiquiatra, psicólogo... Hemos podido comprobar que el apoyo e intervención a edades tempranas es primordial porque hay casos en los que se puede evitar, y que además hay medios que no están al alcance de todos.

Para las personas con esquizofrenia su principal apoyo es su círculo familiar (pareja, padres..), los cuales ejercen la función de cuidadores no profesionales, estando pendientes de la toma de la medicación, ayudándole a realizar las ABVD cuando presentan un brote y estando siempre ahí como figura principal.

El papel del trabajador social ha ido cambiando a lo largo de la historia, y las actividades que anteriormente desempeñaba han evolucionado y ahora ha obtenido la importancia dentro de la especialidad de salud mental que merecía.

El problema es que esta enfermedad es muy desconocida en nuestra sociedad al igual que el papel del trabajador social dentro de esta y es más complicado poder conocer más a fondo porque apenas hay documentos que nos puedan informar.

Y no solo esto, es necesario que en la comunidad de Castilla y León se renueve el Plan de Estrategias de salud mental ya que el último existente data de 2003-2007 y es algo que no se debería de consentir dada la importancia que se le está dando a la salud mental en estos últimos años.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Desde mi punto de vista es necesario cambiar muchas cosas, y entre ellas involucrarse, conocer y estar informados acerca de esta enfermedad y no quedarse con los tabús antiguos, porque al igual que la sociedad evoluciona esta enfermedad también, permitiendo que las personas que lo padecen puedan llevar una vida digna. Por ello, es necesario la creación de asociaciones dedicadas a esta enfermedad, para que se sientan comprendidos, incluidos, y poder informarles y orientarles en lo que necesiten para que puedan volver a incluirse o sentirse incluidos dentro de la sociedad.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

AMAFACE (s.f). Acercádonos a los síntomas psicóticos. Recuperado de: <https://www.amafe.org/conociendo-la-esquizofrenia-y-la-psicosis>

Alansaludmental (s.f). Recuperado de: <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/planes-de-sm-cc-aa/>

Álvarez Pérez, M, Montes, García, J Mª (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. Apuntes de psicología, Vol.24, nº1-3, págs. 11-29. Recuperado de: [https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10952/entendimiento\\_filos%C3%B3fico.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10952/entendimiento_filos%C3%B3fico.pdf)

ARFES (s.f). ¿Qué es la salud mental?. Recuperado de: <http://www.arfes.org/quienes/organizacion.htm>

ARFES (s.f). La enfermedad mental crónica. Recuperado de: <http://www.arfes.org/quienes/organizacion.htm>

Blanc, Mas-Bagà, M, Mur de Víu, C, (2021). ¿Qué síntomas produce la esquizofrenia?. C.A.T Barcelona. Adicciones y problemas psíquicos. Recuperado de: <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-sintomas-produce-la-esquizofrenia/>

Carrasco, Silvia (2019). *El papel del trabajo social en la salud mental*. La mente es maravillosa. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/el-papel-del-trabajo-social-en-la-salud-mental/>

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Recuperado de: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>

Equipos de trabajadores sociales USM, USMI, UME,HD y UR. Intervención del/la trabajadora social en las unidades de apoyo de salud mental. Recuperado de: [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf)

Esquizofrenia (s.f). Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>

Europa Press (17 de mayo de 2005). El perfil del paciente con esquizofrenia en España es un varón de 37 años con bajo nivel de estudios e inactivo. Recuperado de: <https://www.europapress.es/ciencia/laboratorio/noticia-perfil-paciente-esquizofrenia-espana-varon-37-anos-nivel-estudios-inactivo-20050517210011.html>

Fernández Sanz, J, Marín Rubio, T, Leal Eizaguirre, R, Ballesteros Cavero, J A, Equipo técnico, colaboradores. Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha. (2018-2025). Recuperado de: <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/pla-n-de-salud-mental-de-castilla-la-mancha>

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Garcés, Trullenque, Eva María, (2010). *“El trabajo Social en salud mental”*. Cuadernos de Trabajo Social (23), 333-352. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/cuts1010110333a/7489>

García Miguel, F, Reyes Calvo, M<sup>a</sup> C, Cobo, Rodríguez; I, (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Hidalgo, Escaño, A. (16 de junio de 2020). Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/sintomas-positivos-y-negativos-de-la-esquizofrenia/>

Informe “Gestión de casos en salud mental: Proceso de atención al al paciente crónico complejo de SM”, Gerencia Regional de Salud. Dirección General de asistencia sanitaria, Junta de Castilla y León. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf>

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Junta de Castilla y León. (2003). Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Recuperado de: [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan\\_salud\\_mental\\_Castilla\\_Leon.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_Castilla_Leon.pdf)

Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5ª. Edición. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>

Moller, Rebolledo. S, Rodríguez, Lobato, Mª J. Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Grupo Aula Medica. 2005. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>

Moreno-Küstner B, Martín C, Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. Salud Mental. 2014;37(2):127-138. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam142f.pdf>

Newtral (3 de diciembre de 2021). *Actualizar la estrategia de Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.newtral.es/medida-pck/pactochek-estrategia-salud-mental-actualizacion/>

Novella, Enric, J, Huertas, R. (2010). *El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia*. Clínica y Salud vol.21 nº3. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002)

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Organización Mundial de la Salud, (17 de junio de 2022), Salud Mental. Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (8 de junio de 2022). Trastornos mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Rivera Roda, C (16 de junio de 2020). *Antipsicóticos: funcionamiento y tipos*. La mente es maravillosa. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/antipsicoticos-funcionamiento-tipos/>

Salud Mental FEAFES Galicia (s.f). Recuperado de: <https://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>

Servicio Murciano de Salud. *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Región de Murcia. 2009. Recuperado de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)

Smith, J (9 de agosto 2021). *¿Cuáles son los distintos tipos de esquizofrenia?*. MedicalNewToday. Recuperado de: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/tipos-de-esquizofrenia#clasificacion-dsm-5>

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

Vázquez Rodríguez, M. La esquizofrenia y el papel del trabajador social en salud mental. Universidad de Valladolid. Facultad de educación y trabajo social. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32587/TFG-G3271.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



## 8. ANEXOS

### Anexo I

En la siguiente tabla se recoge la antigua forma de clasificar el tipo de esquizofrenia que presenta la persona.

**Tabla 11. Antigua clasificación de la esquizofrenia**

Tipo de esquizofrenia	Síntomas que presentan cada tipo de esquizofrenia
E. PARANOIDE	El más frecuente. Ideas delirantes relativamente estables, junto con alucinaciones.  Trastornos afectivos: voluntad, lenguaje, psicomotrices (poco llamativos)
E. HEBEFRÉNICO	Trastornos afectivos importantes (ideas delirantes/alucinaciones), transitorias y fragmentarias donde el comportamiento sea irresponsable e imprevisible.  La afectividad es superficial e inadecuada (risas insulsas, modo de actuar despectiva, muecas, burlas ...)  Pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente  Aislamiento de la persona y sin propósitos dando lugar a embotamiento afectivo y abulia (casos extremos de evolución).
E. CATATÓNICA	Trastornos psicomotores graves (inquietud u obediencia automática) al negativismo.  Episodios de intensa excitación
E. ESQUIZOAFECTIVO	Trastornos episódicos, síntomas afectivos (depresión o manías)
E. RESIDUAL	Forma crónica con síntomas negativos, falta de actividad, pasividad y embotamiento.
E. SIMPLE	Incapacidad a la hora de afrontar las demandas de la vida social y disminución del rendimiento en general. Puede llevar a un vagabundeo, encerrarse en sí mismos, cambian.

Tabla de elaboración propia. Fuente: CIE-10, citado en "Como afrontar la esquizofrenia"

## Anexo II

### ANEXO II: VALORACIÓN SOCIAL EN SM

FECHA: .....
NOMBRE: .....
DIRECCION: .....
LOCALIDAD: .....
EMPADRONAMIENTO: .....
TELÉFONO: .....
DISTRITO DE S. M. REFERENCIA .....
PSIQUIATRA DE REFERENCIA: .....
TRABAJADOR SOCIAL DE REFERENCIA: .....
SERVICIO: ..... CAMA: .....
INCIDENCIAS: .....
Gestor de caso ..... F. de inclusión .....

✓ Incapacidad laboral reconocida:

- Ninguna
- Permanente total
- Permanente absoluta
- Gran invalidez
- Pendiente de resolución.

**Problemática legal**

**2. Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación del cuidador familiar)**

✓ Convivientes:

- Vive solo
- Vive con familia que cuida
- Vive con familia que no cuida
- Otros:

Detalle de otros convivientes (nombre, relación, nº miembros unidad familiar, situación laboral):

✓ Es cuidador:

sí  no

✓ Tiene cuidador:

sí  no (hace referencia a cuidadores familiares)

- Cuidador principal: Parentesco, tipo de apoyo
- Texto libre: nombre y apellidos, dirección, teléfonos de contacto y correo electrónico. Capacidad para cuidar, relación de apoyos...Estado de salud del cuidador:- Salud física, necesidades psíquicas, conocimientos, riesgo claudicación
- Otros cuidadores secundarios
- \_\_\_\_\_

# Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

✓ **Dinámica del núcleo de convivencia:**

- Buena
- Conflictiva
- Riesgo de conflictos

Abierta: Identificación de conflictos

Nivel de comunicación:

✓ **Valoración sociofamiliar Escala Gijón: poner puntuación**

**A. SITUACIÓN FAMILIAR**

1. Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos.

**B. SITUACIÓN ECONÓMICA (\*)**

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI).
2. Del salario mínimo a 1,5 veces.
3. Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.
4. Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS.
5. Menos del apartado anterior.

**C. VIVIENDA**

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.
4. Ausencia de ascensor/teléfono.
5. Vivienda inadecuada.

**D. RELACIONES SOCIALES**

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

**E. APOYOS DE LA RED SOCIAL**

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de residencia geriátrica
5. Tiene cuidados permanentes

Buena/aceptable situación social (5-9 puntos).  
Riesgo social (10-14 puntos)  
Posible problema social (mayor = 15 puntos)

**Recursos sanitarios y sociales que le han atendido con anterioridad:**

---

---

---

**3. Apoyos formales/recursos de servicios sociales**

- Servicio de ayuda a domicilio (SAD)
- Prestación de cuidados en el entorno familiar
- Estancia diurna
- Teleasistencia
- EPAP
- PISOS PROTEGIDOS
- VIVIENDAS TUTELADAS
- MINIRESIDENCIA
- CENTRO DE DÍA
- CENTRO OCUPACIONAL
- C.E.E.

**4. Otros apoyos formales: (O.N.G., Cáritas, fundaciones)**

---

---

**5. Red social informal: (vecinos, asociaciones, voluntarios, amigos...) Descripción de tipo de apoyos**

---

- 
- Patrón de relaciones /Cúanto sale, con quien, etc) \_\_\_\_\_
  - Aficiones \_\_\_\_\_
  - Participación social \_\_\_\_\_

**6. Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas**

✓ Domicilio tipo:

- Domicilio familiar estable
- Domicilio familiar rotatorio
- Institución
- Sin techo
- Otros (pensión, hotel...)

✓ Vivienda Adecuación:

- Adecuada a sus necesidades
- Adecuada pero precisa mejoras
- No adecuada
- Sin vivienda

✓ Tipo Entorno comunitario

- Rural                       Semiurbano                       Urbano

Accesibilidad a los recursos necesarios  
Características del entorno

---

---

# Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

## 7. Situación laboral

Profesión

---

Descripción del último trabajo

---

Fecha del último trabajo \_\_\_\_\_

Experiencia y trayectoria laboral

---

Situación laboral actual

- Desempleado
- Demandante de empleo
- Sin ocupación retribuida
- Trabajo inestable
- Trabajo estable
- Jubilado
- Otra

Nivel de estudios

- Sin estudios
- Primarios
- Secundarios
- Bach
- Grado medio
- Grado superior
- Universitarios
- Último curso completo finalizado

## 8. Capacidad económica individual y familiar

✓ Ingresos mensuales propios

---

---

✓ Personas a su cargo

---

---

---

✓ Capacidad económica familiar:

- Sin ingresos suficientes
- Ingresos suficientes
- Ingresos elevados
- Deudas contraídas

✓ Gestión adecuada de los recursos económicos:  Si  No

---

## 9. Situación ocupacional:

✓ Actividades que realiza

---

# Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social

✓ Rutina diaria

## 10. Expectativas interesado

---



---

## 11. Expectativas de la familia

---



---

## 12. Resultados de Escala MOS (para investigar el apoyo social)

Familiares de apoyo: Quienes son

Apoyo emocional/informacional:	Nº	Media	24
Instrumental:	Nº	Media	12
Interacción social:	Nº	Media	12
Afectivo:	Nº	Media	09
Índice global:	Nº	Media	57

## 13. Resultados de escala SSQ-6 (calidad del apoyo social)

---



---

## Diagnósticos sociales

Manual de indicadores del diagnóstico social

Necesidades básicas	Adecuada	Deficitaria	muy deficitaria
Información			
Habilidades Sociales			
Autonomía psíquica/física			
Relación convivencial			
Organización unidad convivencial			
Recursos económicos			
Trabajo/ocupación			
Formación/educación			
Vivienda			
Participación social			
Aceptación social			

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: estudio cualitativo sobre las necesidades, apoyo e intervención social



**14. Plan de intervención**

<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>actividades o tareas programadas</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**15. Destino al alta (registrar solamente en JIMENA)**

\_\_\_\_\_

**Anexo III**

**GUIÓN DE LA ENTREVISTA**

**BLOQUES**

**Impacto social tras el diagnóstico**

1. ¿Cómo cambió su vida después del diagnóstico?

**Síntomas/necesidades percibidas y los cuidados requeridos**

2. ¿Qué necesidades crees que son importantes para que te encuentres bien?
3. ¿Qué cuidados necesitas en tu día a día?

**Apoyo familiar/social**

4. ¿Ha contado con el apoyo de su entorno?
5. ¿Cómo afectó a su entorno (familia)? ¿la adaptación fue dura?

**Afrontamiento de la enfermedad**

6. ¿Cómo gestiono las emociones de asumir que padece dicha enfermedad?
7. ¿Qué supuso aceptar convivir con dicha enfermedad?

**Instituciones sociales**

8. ¿Cree que ha sido tratado de manera correcta (de forma correcta) su enfermedad?
9. ¿Ha contado con la ayuda/ trabajado con un/a trabajador/a social?

**Propuestas de mejora**

10. ¿Qué crees que mejoraría la atención a las personas con alguna enfermedad mental/esquizofrenia?