

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HABILIDADES SOCIALES EN EL PACIENTE

ESQUIZOFRÉNICO: EL PAPEL DE LA ENFERMERA

**TESIS QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTAN:**

**GABRIEL ANTONIO ESCORZA FRAGOSO
Y**

MOISÉS ROSALES RIVAS

JURADO DE EXAMEN

DIRETOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA.

**REVISOR: DR. ARIEL VITE SIERRA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
MTRA. NELLY FLORES PINEDA**

México, D.F. OCTUBRE, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HABILIDADES SOCIALES EN EL PACIENTE

ESQUIZOFRÉNICO: EL PAPEL DE LA ENFERMERA

**TESIS QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTAN:**

GABRIEL ANTONIO ESCORZA FRAGOSO

Y

MOISÉS ROSALES RIVAS

México, D.F. OCTUBRE, 2010.

ubriacomayor@hotmail.com
nenebierero@hotmail.com

La elaboración de la presente tesis estuvo subsidiada por el proyecto
IN-303907 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación
e Innovación Tecnológica de la UNAM

AGRADECIMIENTOS

Mi más grande agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por forjar mujeres y hombres con valores tan sólidos como la piedra en la que fue construida.

Al Doctor Juan José Sánchez Sosa por su apoyo profesional y personal cuando más lo necesitaba.

Gracias a el psicólogo, Nicolás Alejandro Hernández Lira el cual no solo fue mi mentor si no mi amigo y compañero.

A la Maestra Claudia Hernández Salinas por su gran apoyo y aportación a mi trabajo y la comprensión que tuvo hacia mí.

A mi compañero Moisés Rosales Rivas el cual me ha acompañado en todo este trayecto hasta este momento sin dejar de apoyarme gracias Bro.

A Maria cristina por ser no solo una excelente psicóloga si no una gran amiga y confidente que me ayudo cuando por poco tiro la toalla, gracias.

A todo el gran equipo de la investigación de cáncer: Cinthya, Haydee, César, Aime, Ivonn y Cristina son excelentes.

A mis amigorocks La jefe, El gordo, Víctor, Yuru, Risa, Bonilla y la tronko family.

A todos los amigos que hice en la Facultad de Psicología en especial a los del salón 9 y a mi pandilla de la barranca, como los extraño.

A toda mi familia por que se que en algún momento creyeron en mi, se los agradezco de todo corazón.

Y a todos las personas que olvide nombrar y que estoy seguro que me aportaron un granito de arena en esta etapa que llamamos vida gracias.

DEDICATORIAS

Primero que a nadie a Dios que me permitió seguir en la tierra disfrutando y aprendiendo de todo lo que me rodea.

A mi madre y hermana que gracias a ellas soy lo que soy, y que ya no alcanzaron a ver mis logros pero se que han estado conmigo siempre en todos los momentos de mi vida y aun en los mas difíciles y duros me dieron fuerza para seguir, las amo y extraño con toda el alma.

A mi padre de espíritu inquebrantable y el alma mas noble que he tenido el gusto de conocer, siempre estas conmigo aunque no lo merezca, tu me has enseñado a no rendirme y a luchar siempre te amo papa.

A Megan y Sandra y que no las separe por que es como si separara mi corazón ya que son una unidad, su amor y apoyo siempre me han impulsado a seguir esto es solo una pequeña muestra de gratitud por todo lo que hacen por mi.... y como me cuido mi Sandunga cuando todos pensaron que ya no podría seguir, hermoso corazón y Meg que me recordó que hay que colgar los sueños en las estrellas, estoy muy orgulloso de las dos las amo muchísimo.

A mi hermanito que aunque menor me demuestra a diario su madurez y fuerza ya que nada lo ha podido detener "mucho miky" y a mi no menos importante Mary mi niña hermosa que siempre esta soñando, no lo dejes de hacer eso te hace especial.

A don Carlos y doña Margarita, muestra de fuerza y tenacidad, mis hermanos Bite, Staff, y Beuk y no olvido a Benny, Gabota y mis niños Diego y Vielka

Agradezco a ellos que son toda mi familia y por quien voltearía el mundo, recuerden que los sueños son tan pequeños como un grano

de arena pero se van haciendo más grandes cuando casi los alcanzamos, gracias a todos por existir y estar en mi duro camino.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la vida por darme el privilegio de disfrutarla y la oportunidad de seguir aprendiendo de mis errores.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser una gran institución que se convirtió en mi fortaleza y segundo hogar en el cual me formé, a la Facultad de Psicología por su enseñanza invaluable.

Al Doctor Juan José Sánchez Sosa por apoyar este proyecto y concluirlo satisfactoriamente.

Al Maestro Alejandro Nicolás Hernández Lira, por ser un gran psicólogo, apoyarme y brindarme su amistad y conocimientos.

A los Hospitales Psiquiátricos “San Fernando” (IMSS) y “Fray Bernardino Álvarez” (SS), por brindarnos su apoyo, y en especial al equipo de enfermería que participó en este estudio.

A mi compañero y amigo Gabriel por emprender este proyecto juntos, y que a pesar de los obstáculos no lo dejamos de lado.

A todos mis amigos con los que compartí este periodo de la universidad y que nunca los olvidaré, Migay, Richard, Hector, Juanga, Jordan, Sandra, Cris, Itza, Vanyely, Pablo, Tania, Chucho, Maoh, Hernand, etc. y demás que no mencioné del salón 9, la barranca y el CELE.

A todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron en este proyecto y mi formación.

DEDICATORIAS

A mis Padres que nunca dejaron de confiar en mí y siempre me han apoyado, los amo.

A mi hermanita Diana que me dio el ejemplo de la perseverancia, siempre pienso en ti.

A mi bebe Pubito y mi esposa Anahi, que las amo y son un pilar fundamental en mi vida.

A mi familia, a mis tíos Leo, Jaci, Andrés, Julián, Goyo, Ana, Lencha, Gude, Queta, la familia Rosales y Rivas en general, a mis primos, Bony, Jesús, Fer, Zai, Vic, Ro, Mike, Alina, Gregory, Cesar, Miguel, Josué, etc. Y en especial a mi prima Erika que aunque ya no nos acompaña vive en mis pensamientos.

CONTENIDO

Resumen	8
Introducción	9
Fundamentación general.....	12
Objetivo.....	14
Antecedentes	14
La esquizofrenia y sus necesidades de atención.....	14
Las Habilidades sociales.....	33
De la Enfermería a la Enfermería psiquiátrica.....	49
Justificación	67
Método	68
Participantes.....	68
Validación y Medición.....	68
Recolección de datos.....	69
Resultados	70
Discusión	71
Propuesta de un módulo de capacitación	76
Referencias	81
Anexos	89

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad que causa muchas deficiencias y discapacidades en las personas que la sufren, solamente en México se estima que entre 500 y 600 mil personas la padecen y se ha convertido en un problema de salud pública.

El propósito del presente trabajo consistió en determinar las necesidades de capacitación del personal de enfermería psiquiátrica con respecto al trato del paciente esquizofrénico, por medio de una encuesta dirigida al personal de enfermería psiquiátrica (50 participantes) aplicada en dos Hospitales Psiquiátricos públicos (San Fernando del IMSS y Fray Bernardino A. de la SS). Conjuntamente se revisaron los orígenes y desarrollo del “Entrenamiento en Habilidades Sociales”, las características y aplicaciones en distintos contextos, su función y finalidad, así como de los beneficios de llevar a cabo un tratamiento del paciente esquizofrénico con dicho programa. Consecuentemente se consideraron los datos más importantes del origen de la enfermería, hasta llegar a lo que en la actualidad se conoce como enfermería psiquiátrica, incluyendo las funciones específicas y generales de esta disciplina.

Tomando en cuenta lo anterior y los resultados del instrumento (encuesta) se concluye en la propuesta de un programa de capacitación en habilidades sociales para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, habilidades sociales, enfermería psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

El objetivo general del presente estudio fue explorar las bases para elaborar un programa de entrenamiento sobre habilidades sociales para el personal de enfermería psiquiátrica. La información recolectada de diversas bases de datos en el área de la salud mental ha permitido identificar algunos de los problemas más comunes en el trabajo de enfermería psiquiátrica. Una síntesis de esta información condujo a la proposición de que hacía falta un instrumento básico que explorara algunos de los sesgos más comunes en enfermeras que atienden a este tipo de paciente al respecto de las habilidades sociales.

Probablemente la mayoría de los profesionales en salud mental que trabajan con pacientes que padecen esquizofrenia están familiarizados con el hecho de que éstos presentan tasas muy altas tanto en recaídas como en reingresos. Situaciones que suelen añadirse a estos acontecimientos incluyen el estrés social que sufren al egresar de los hospitales, una adhesión terapéutica deficiente al tratamiento farmacológico, y el estigma de ser pacientes psiquiátricos (Tarrier, 2008).

Se hizo un sondeo con un grupo de enfermeras psiquiátricas a fin de valorar, sobre la base de sus conocimientos en el tema específico (habilidades sociales en el paciente esquizofrénico) la posibilidad de

identificar déficits o sesgos en la información con vistas a la elaboración de un cuestionario más estructurado. El cuestionario resultante se aplicó a 50 participantes, del personal de enfermería psiquiátrica en distintas sedes hospitalarias especializadas; este procedimiento se aborda en detalle en la sección sobre reclutamiento de participantes y recolección de datos. Un análisis de la información recabada sirvió para derivar una propuesta inicial de una posible intervención, proceso que se describe en las secciones que incluyen el análisis de datos, resultados y desarrollo de una propuesta de programa.

Parte de un contexto más general en el cual se ubica el presente trabajo, es la propuesta de que hay factores que contribuyen a la preservación, pérdida o recuperación de la salud. Cinco condiciones fundamentales incluyen 1. Herencia, 2. Nutrición, 3. Calidad del medio ambiente, 4. Acceso y calidad de servicios de salud, y 5. Comportamiento humano. Este último componente engloba los principales factores desde el punto de vista de la psicología. Todos estos elementos actúan de manera simultánea durante la vida del individuo. Así, la probabilidad de permanecer sanos, enfermarse, recuperar la salud, o morir prematuramente dependerá del peso relativo o contribución de esos factores en combinaciones diferentes en alguna época del proceso de crecimiento o envejecimiento (Sánchez Sosa, 2002).

En el caso de la esquizofrenia, si bien las ciencias biomédicas han logrado avances en el sentido de explicar su desarrollo a partir de

variables biológicas, no se dispone de información confiable acerca de cómo diversos factores de riesgo, relacionados con los cinco aspectos enumerados en el párrafo anterior contribuyen al desarrollo del cuadro clínico. Es muy probable que el peso de factores como la crianza y la interacción familiar (especialmente en la niñez y la adolescencia) tengan una contribución medular en el desarrollo de muy variados problemas de adaptación o funcionamiento psicológico (Bohon, Santos, Sánchez Sosa y Singer, 1994).

Fundamentación General

En las últimas dos décadas se ha observado la integración de psicólogos, sociólogos y más recientemente, terapeutas ocupacionales, y terapeutas familiares, participando en la atención que tradicionalmente parecía corresponder sólo a los enfermeras y médicos (Cáceres, 1998). En este contexto y para efectos de la atención al paciente esquizofrénico hospitalizado, la contribución profesional de la enfermera especializada reviste especial importancia. Esta contribución se deriva no sólo del hecho de que es el personal de enfermería el ejecutor directo de las instrucciones médicas, sino de que normalmente es el personal que más tiempo está en contacto con el paciente y, en ocasiones, con su familia (Cirianni y Percia, 1998).

En la educación permanente en salud que considera las funciones sociales que corresponden al personal de enfermería, se incluye la forma en que este personal puede interactuar con sus pacientes de manera eficaz (Cirianni y Percia, 1998).

Así en la manera en que la demanda de servicios de salud mental constituya una de las principales presiones para el sistema de salud (medio millón de adultos sufren esquizofrenia), es necesario actualizar y/o fortalecer los modelos de atención e intervención, ya que los padecimientos mentales constituyen una de las principales

causas de pérdida de años de vida saludable en el país (Cámara, 2004).

El presente trabajo busca hacer una contribución a la labor que realiza el personal especializado en enfermería psiquiátrica ya que son parte fundamental en el conocimiento y realización de actividades del paciente dentro del hospital y un elemento crucial para la restitución de los pacientes psiquiátricos a la sociedad. También busca integrar o reintegrar estas habilidades en su quehacer cotidiano y sumar esfuerzos otros profesionales de la salud mental para dotar a los pacientes de mejores recursos y así evitar o disminuir sus reingresos a instituciones psiquiátricas.

Objetivo

Recopilar información sobre la importancia de las habilidades sociales en el paciente esquizofrénico, y habilidades sociales para presentarlo como base del diseño de programas para la instrucción del personal de enfermería psiquiátrica en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. A manera general el programa contribuirá al implemento de nuevos conocimientos y estrategias que el personal de enfermería podrá utilizar en la ayuda de los pacientes con esquizofrenia.

ANTECEDENTES

La Esquizofrenia y sus Necesidades de Atención

| Algunos datos epidemiológicos

Según información de la Secretaría de Salud. (SS) se estima que en México hay entre 500 y 600 mil personas con esquizofrenia de los cuales sólo diez por ciento recibe atención médica hospitalaria. Este trastorno suele presentarse más entre los 15 y 25 años de edad, aunque también puede aparecer después de los 30. El padecimiento se caracteriza por provocar cambios muy importantes en el funcionamiento del individuo y genera una grave desadaptación interpersonal, laboral, académica e incluso en relación con cuidados básicos de higiene (SS, 2001).

En sentido de atención médica o psicológica, México se encuentra rezagado en la asistencia que brinda a la salud mental, si bien se estima que alrededor del 15% de la población del país padece algún trastorno mental, sólo 2.5% de los pacientes se encuentra bajo supervisión de un especialista (Cámara, 2004). En nueve estados del país la atención psiquiátrica es prácticamente inexistente, a pesar de que algunos cálculos recientes señalan que los trabajadores mexicanos pierden en promedio 14 días laborales al año y reducen su productividad en un 40% debido a problemas de salud mental tales como la depresión (Cámara, 2004). En este contexto general, y dado deterioro extremo que genera la esquizofrenia, lo más probable es que el daño al funcionamiento humano y sus repercusiones en todas las áreas de la vida del individuo y su familia sea mucho más grave.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende al año 450 000 pacientes con esquizofrenia la cual se dice que afecta a una de cada cien personas y ocasiona, como se ha dicho, alteraciones graves de adaptación con deterioro en la forma de percibir la realidad e incluyendo desde alucinaciones auditivas y visuales hasta delirio de persecución y sensación incontrolable de peligro (IMSS, 2009).

En sentido institucional se ha propuesto que los sistemas de salud incluyen: mejorar las condiciones de salud, ofrecer un trato adecuado y garantizar protección financiera (Murray y Frenk, 2001).

En este contexto, se dice que la rehabilitación integral es el conjunto de acciones y programas dirigidos a: **a)** la utilización del potencial máximo de crecimiento de un individuo, **b)** superar desventajas adquiridas a causa de su enfermedad, **c)** promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y **d)** promover la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural. En el contexto más específico de la esquizofrenia los psicólogos dentro de las instancias psiquiátricas tienen la función de diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes, con el personal de la institución, familiares, la comunidad y amistades del paciente, que promueven el proceso para su reinserción social mediante distintas actividades (SS, 1994).

Se ha propuesto que la calidad de los servicios de salud consiste en el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes (Frenk, 2001). Como contexto social se ha señalado que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que un país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población (SS, 2001).

En el caso de la esquizofrenia, las habilidades interpersonales y sociales del paciente resultan a la vez indicador hacia el pronóstico

en la evaluación y factor determinante para la mejoría en el tratamiento. En efecto, mientras menos competente es el paciente (desde sus antecedentes familiares) en el ámbito de la interacción interpersonal y social, las probabilidades de una recuperación satisfactoria son menores y por tanto, el pronóstico es menos positivo.

Durante siglos, se ha atribuido una buena parte de lo que sucede al individuo y su voluntad personal. En sentido histórico, previamente se consideraba que la locura era resultado de la influencia maligna de algún enemigo real o imaginario. De acuerdo con la visión del mundo imperante en Mesopotamia alrededor del año 2000 A.C., los demonios malignos eran responsables de las enfermedades y la fuente de curación era el dios benefactor adecuado (Alexander y Selesnick 1996).

Aunque en Grecia también se sostuvieron las teorías mágicas religiosas, varios pensadores. Homero, quien escribió sus obras alrededor del año 1000 AC. buscaba proporcionar una explicación coherente con la visión del mundo de la época pero no se escapaba de conceptos metafísicos. Una percepción distinta sobre los orígenes de las teorías biológicas simplistas, que todavía se valora actualmente se basa en la idea de que los griegos empezaban a ser conscientes de los conflictos humanos, no sólo de los conflictos internos, como el dilema de la "razón" frente al "deseo" que Platón (427-347 AC.) identificó 2,300 años antes que Freud; sino también los

conflictos entre el individuo y las exigencias de la sociedad (Ducey y Simon, 1975).

Emil Kraepelin y Eugen Bleuler, dos de los padres de la psiquiatría moderna, son los responsables de la invención del término "esquizofrenia" (del griego, schizo: "división" o "escisión" y phrenos: "mente"). En su primer intento, en 1893, Kraepelin proclamó que había descubierto un grupo de personas cuyo deterioro se había iniciado durante su adolescencia y había continuado, de manera inevitable, hasta un "estado permanente de debilidad psicológica", de ahí el nombre de "demencia precoz", Kraepelin creó así, un término aglutinador que la comprendía y renombraba (Read, Mosher y Bentall, 2006).

Otro concepto, el de vulnerabilidad alude a determinados rasgos biológicos (y por tanto relativamente permanentes) que deben su origen a la disposición genética y confieren la predisposición a padecer una enfermedad física o un trastorno psicológico. Cuando se utiliza en sentido amplio, la vulnerabilidad representa la condición antecedente necesaria para desarrollar un trastorno, tanto biológico como psicológico, éstas se consideran características internas de la persona, cuya base podría ser tanto genética como bio-ambiental; de modo que los factores genéticos incluyen procesos neurobiológicos y dimensiones del denominado temperamento; mientras que los factores de base ambiental son más amplios y abarcan desde el daño del Sistema Nervioso Central (SNC), como consecuencia de complicaciones obstétricas o del parto, hasta

características adquiridas mediante la socialización y los procesos de aprendizaje (Perona, Cuevas, Vallina, y Lemos 2003).

Los factores genéticos son prominentes pero no completamente determinantes del trastorno. Los factores biológicos pre y perinatales pueden aumentar el riesgo creado por los factores genéticos u originar nuevo riesgo directo dañando los nuevos sistemas cerebrales implicados. Aparentemente algunas patologías cerebrales específicas producen ciertas tendencias al trastorno de la personalidad esquizotípica, que es el sustrato potencial a partir del cual surgen los síndromes de esquizofrenia. La patología cerebral o la ausencia de interacciones socio-emocionales positivas durante los primeros años de vida pueden intensificar la conducta social inadecuada y trastornos en la comunicación que, a su vez, conduce al rechazo por los familiares y compañeros, de modo que se intensifica el trastorno cognitivo y conductual en un proceso de retroalimentación (Perona, Cuevas, Vallina, y Lemos 2003).

Hoy, investigadores y especialistas forenses trabajan sobre el supuesto de que la esquizofrenia es un trastorno neuro-cognitivo y están conscientes que los déficits cognitivos en la esquizofrenia son más perdurables que los síntomas psicóticos y son responsables del fracaso de pacientes o de funcionamiento psicosocial deteriorado incluso cuando sus síntomas psicóticos están en remisión (Kremen, et al., 2010).

Así, la esquizofrenia es un trastorno causado por diversos factores biopsicosociales que interactúan, creando situaciones que pueden ser favorables o no en la aparición del trastorno. Los factores biológicos serían aquellos ligados a la genética, aquellos que son debidos a una lesión o anomalía de estructuras cerebrales y deficiencia en neurotransmisores. Los factores psicosociales son aquellos ligados a un individuo, desde el punto de vista psicológico y de su interacción con su ambiente social, tales como: ansiedad intensa y sostenida, reacciones a estrés elevado, fobia social y situaciones sociales y emocionales intensas. Los individuos con predisposición pueden desarrollar la enfermedad cuando son estimulados por factores biológicos, ambientales y emocionales. (Figueira, 1992; Lima, 1995).

También se ha caracterizado a la esquizofrenia como una enfermedad cerebral compleja en la que existe un funcionamiento defectuoso del Sistema Nervioso Central (SNC) por un desequilibrio entre los neurotransmisores dopamina y serotonina. Por consiguiente, se ven afectadas algunas funciones que rigen el pensamiento las cogniciones y la conducta. En sentido epidemiológico se le concibe como una enfermedad frecuente pues algunos datos señalan que afecta al 1% de la población general (Bernardo, 2004).

La aproximación neuropsicología de la esquizofrenia no hace el intento de explicar el proceso de la formación de síntomas en la esquizofrenia. De hecho, esto realmente concierne con las

características clínicas de todo el desorden. En cambio, lo que se conoce sobre la forma en que diversos trastornos psicológicos afectan a las funciones denominadas como "superiores" ocurre en pacientes esquizofrénicos a quienes simplemente se los tipifica por la evidencia de daños similares. Establecer que un déficit neuropsicológico es específico, que afecta un área de la función neuropsicológica mientras que deja a otras intactas, no es una tarea fácil respecto a la esquizofrenia. Los antecedentes del grado de daños intelectuales generales tenderán a desalentar el uso de puntajes en muchos tests de alcances similares. Es bien conocida la tendencia del paciente esquizofrénico hacia la pobre ejecución en todas las tareas cognitivas. Las áreas tradicionales de las funciones neuropsicológicas incluyen: percepción, lenguaje, memoria, y función ejecutiva frontal (McKenna, 2005).

Hasta recientemente el tratamiento en la esquizofrenia se ha basado en la farmacoterapia con antipsicóticos convencionales, rehabilitación social no especificada y psicoterapia de apoyo orientada al *insigth*. La Terapia Psicológica Integrada (TPI) es un programa basado en la Terapia Cognitivo Conductual que integra la reestructuración cognitiva con la rehabilitación psicosocial (Roder, Mueller, Mueser, y Brenner, 2006). Un cambio de paradigma en el locus del tratamiento del hospital hacia la comunidad (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006).

Cuando se habla de una enfermedad mental se deberían satisfacer criterios de inclusión, de exclusión, así como poseer un curso clínico más o menos predecible, estudios familiares y de laboratorio (Vázquez, 2005). La esquizofrenia es, en la actualidad, uno de los principales problemas de salud ya que exige considerable inversión de los sistemas de salud, los costos del tratamiento de la esquizofrenia son altos e inaccesibles para las familias afectadas, ya que por un lado se requiere de medicamentos que serán utilizados toda la vida y por otro, muchos pacientes, en algún momento requerirán de internamientos de por lo menos tres semanas en alguna institución psiquiátrica (SS, 2002). La intervención en el primer episodio del trastorno ofrece una oportunidad única en el tratamiento de la esquizofrenia ya que influye en el resto del curso de la enfermedad (Figueira, 1992; Lima, 1995).

La esquizofrenia se diagnostica cuando se observan alteraciones en las principales funciones psicológicas: percepción, pensamiento, emociones, movimiento, capacidades cognitivas (atención, memoria, etc.) y control de la conducta. Estas alteraciones no están presentes en todos los casos, sino que se combinan en formas muy diversas (Aznar y Berlanga, 2004). En cuanto a su edad de inicio, suele aparecer entre los 14 y los 25 años, por igual en ambos sexos y más frecuente en varones a edades más precoces (Chinchilla, 2000).

Existen varias razones por las que la esquizofrenia se puede presentar en la adolescencia. Ésta representa una fase importante del desarrollo del sistema nervioso central, además de que durante

la adolescencia se desarrollan acontecimientos psicológicos significativos que probablemente interactúan con factores de riesgo o el inicio de la esquizofrenia o está alterada por ellos, situación que requiere programas clínicos específicos (Arango et al., 2009).

Los estudios de análisis retrospectivo sugieren que los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia de inicio en la infancia pueden incluir retrasos en el desarrollo, trastornos del comportamiento, déficit tanto en el lenguaje expresivo como en el receptivo, alteraciones de la motricidad gruesa, problemas de aprendizaje y académicos, un CI limítrofe o por debajo (como promedio) y síntomas transitorios de un trastorno generalizado del desarrollo (Zipursky y Schulz, 2003).

En los primeros episodios psicóticos se pueden presentar los siguientes pródromos:

Dificultad para el sueño, dificultad e intolerancia a mínimas cargas cotidianas, marcada preocupación o rumiación por viejas ideas, pérdida variada de expresión emocional, empobrecimiento marcado de pensamiento y lenguaje, miedo y suspicacias y, a veces, ideas de referencia y suelen darse tres posibilidades de evolución en general: a) progresiva (sigue un curso cronológico); b) en brotes, con alteración residual de la personalidad (se presenta cada cierto tiempo afectando la personalidad), y c) en fases sin residuos (ej. cada mes y sin síntomas)-(Chinchilla, 2000).

La presencia de alteraciones cognitivas durante el espectro evolutivo de la esquizofrenia (infancia antes del inicio de la psicosis, infancia después del inicio de la psicosis, adolescencia, primer episodio en la edad adulta y pacientes adultos crónicos) parece corroborar la explicación neuroevolutiva de estos déficits, los cuales están presentes desde edades muy tempranas y continúan durante la pubertad, adolescencia y en todos los estadios del desarrollo cronológico. Los déficits cognitivos antes del inicio de la psicosis predicen el desarrollo de esquizofrenia y la esquizofrenia de inicio temprano parece ser una forma de la enfermedad más insidiosa que la de inicio tardío, y provoca alteraciones cognitivas más profundas (Kenny, et al., 1997).

En general, los pacientes en su primer episodio de esquizofrenia responden muy bien al tratamiento con fármacos antipsicóticos, y su pronóstico es bueno. El elevado índice de recurrencia, el mayor tiempo y la disminución de la proporción de pacientes que consiguen la remisión de los síntomas en los siguientes episodios psicóticos reflejan, la progresión de la enfermedad (Lieberman et al., 2001).

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos peculiares tanto positivos que consisten en alucinaciones y delirios, así como negativos que incluyen funcionamiento social deficiente, afecto abatido, anhedonia, abulia y apatía; que han estado presentes durante un periodo significativo de tiempo, un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito)

y con algunos signos del trastorno que han persistido durante seis meses o más (DSM-IV, 1994).

No es fácil definir la sintomatología y el curso de la esquizofrenia por su polimorfismo sintomático, variaciones de cuadros de inicio y evolutivos, ya que se da en todas clases sociales, aun que con mayor frecuencia en las más bajas, en todas las culturas y etnias, con predominio de hábito leptosomático (introvertido, personalidad retraída y seria), así como de personalidad previa esquizoide (restricción en expresión emocional) en el 50% de los casos (Chinchilla, 2000).

Síntomas importantes de la esquizofrenia incluyen: trastorno del pensamiento, disgregación, pérdida de la conexión lógica, decadencia mental, ideas delirantes; vivencias de interpretación morbosa, de persecución, de grandeza, perturbaciones del lenguaje “ensalada de palabras”, verborrea (que habla mucho), énfasis peculiares al hablar; trastornos sensoriales, alucinaciones, ilusiones, especialmente voces, y también, en muchos casos, falsas percepciones internas, perturbaciones en los movimientos, amaneramientos, catatonía (rigidez en movimiento involuntario), flexibilidad cética (parecido a la cera), y estereotipias (Dorsch, 1994). Los síntomas específicos como alucinaciones y delirios, también son más frecuentes entre personas que crecieron en relativa pobreza (Brown, Susser, Jandorf, y Bromet, 2000).

Dentro de la sintomatología evolutiva se presentan: Alteración del carácter y rareza de comportamiento, merma en rendimientos, retraimiento y aislamiento social, marcado deterioro en el normal desempeño de su actividad (empleo, estudios), conducta sumamente peculiar (coleccionar basura, hablar solo en público), abandono del cuidado y aseo personal, afectividad embotada (sin expresión) o inadecuada, lenguaje disgregado, vago, circunstancial, sobre-elaborado, pobre, y sin contenido, ideación extraña, pensamiento mágico (clarividencia, telepatía, sexto sentido), experiencias perceptivas inhabituales ("sentir la fuerza" de una persona que no está presente), alteración de la personalidad, cuadros confesionales: extrañeza, vagos, ausentes, labilidad funcional, cuadros alucinosos-delirantes, alucinosis y abolición del sensorio (incapacidad de percibir sensaciones), retraimiento, e indiferencia (Chinchilla, 2000).

Las alteraciones aparecen por distorsión o exceso de las funciones mentales (síntomas positivos) o por su defecto o pérdida (síntomas negativos). Con frecuencia los síntomas negativos se confunden con características de personalidad o con el ánimo de fastidiar (Aznar y Berlanga, 2004).

Los síntomas positivos suelen incluir: Alucinaciones de tipo auditivas, cenestésicas, olfatorias y visuales, ideas delirantes de persecución, de celos, culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia, de control, irradiación, difusión de pensamiento, y robo de pensamiento, comportamiento extravagante como el vestido y

apariencia, comportamiento social y sexual agresivo, conducta repetitiva, y trastornos formales del pensamiento como descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, ilogicidad, circunstancialidad, presión del habla, distractibilidad, y en las asociaciones fonéticas (Chinchilla, 2000).

Los síntomas negativos suelen incluir, Pobreza afectiva como: expresión facial inmutable, escasez de ademanes expresivos, escasez de contacto visual, ausencia de respuesta afectiva, ausencia de flexiones vocales, Alogia: pobreza de contenido de lenguaje, bloqueo, Abulia-Apatía: Falta de aseo e higiene, falta de persistencia en el trabajo o escuela, anergia física, Anhedonia-Insociabilidad: disminución de interés en actividades, como: actividad sexual, capacidad de sentir intimidad, de relaciones con amigos y semejantes, Déficit de atención: distracción social. En general, lo paranoide se centra sobre el pensamiento; lo catatónico sobre la voluntad y psicomotilidad, la hebefrenia sobre la afectividad y lo simple sobre las conductas y mermas (Chinchilla, 2000).

Existen síndromes psiquiátricos que aparecen concurrentemente con la esquizofrenia y dentro de los más comunes se observan: la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno de angustia (Hwan y Bermanzohn 2003).

Soni, et al. (1992) observaron que los pacientes esquizofrénicos que vivían en la comunidad presentaban más depresión y ansiedad que

los que estaban hospitalizados, el hallazgo se atribuyó al mayor estrés que supone vivir en la comunidad.

Las personas esquizofrénicas pueden sentirse tan decepcionadas o más con el curso que toma su vida como con las personas no esquizofrénicas, y sus dificultades interpersonales o en la comunicación pueden hacer más difícil en estos casos la distinción entre esta situación y la depresión que pueden sufrir en algunos momentos de su vida. También pueden verse síntomas obsesivos-compulsivos en pacientes con esquizofrenia y la distinción entre obsesiones e ideas delirantes se realiza claramente en función de la preservación del juicio crítico y la capacidad del paciente de resistirse a los pensamientos y/o comportamientos intrusivos (Hwan y Bermanzohn, 2003).

La angustia es un síndrome psiquiátrico común que puede considerarse asociado en la esquizofrenia y que suele presentarse en las ideas delirantes persecutorias ya que son creencias por lo general falsas y persistentes, por lo que se hace evidente el espectro que va de la preocupación poco realista y excesiva al franco pensamiento delirante (Hwan y Bermanzohn, 2003).

Existen muchos modelos cognitivos de la psicosis (Read, Mosher, Bentall, 2006), los cuales sugieren que lo que produce la angustia y la discapacidad es la manera en que las personas interpretan los fenómenos psicóticos y no las experiencias psicóticas en sí. Esto conduce a la idea, relativamente simple de que cada uno de los tipos

principales de atribuciones tiene una implicación diferente para la salud mental. Así frente a un suceso negativo, una atribución interna nos hará sentir más deprimidos; una atribución externa-situacional nos hará sentir algo menos mal; y una atribución externa-personal, aunque en cierta medida conserva la autoestima, alimentará una visión del mundo paranoica (Read, Mosher, Bentall, 2006).

La esquizofrenia en sí misma, e independientemente del marcado deterioro social que conlleva, puede tener un efecto biológico lesivo sobre el cerebro, de tal forma que si se retrasa el inicio del tratamiento, ese proceso mórbido producirá alteraciones a nivel biológico que a la larga generarán mayores disfunciones y una peor evolución de la enfermedad (Vázquez, 2005). Se presenta un buen pronóstico si existe una buena adaptación previa, al igual que si no hay una personalidad esquizoide (Chinchilla, 2000).

El predominio de síntomas negativos en los hombres se confirmó recientemente en un estudio general de la población a más de 7,000 personas (Maric et al. 2003). Así los hombres tienden "cerrarse" emocional y socialmente, a tener problemas para pensar con claridad, intentan medicarse ellos mismos y, a veces, se creen extremadamente importantes (Read, Mosher, Bentall, 2006). En lo referente a los síntomas negativos muestran una fuerte correlación con el CI verbal bajo (Gold et al., 1999).

Las relaciones interpersonales son, en general, un elemento fundamental para lograr el desempeño adecuado en los diversos papeles sociales, y son un factor determinante para la integración social y la adaptación a largo plazo, motivo por el cual se necesita disponer de un repertorio de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permitan y faciliten la convivencia y el intercambio social (Bellack, Morrison y Muesler, 1984). Quizá más importante para la persona con esquizofrenia es la dificultad para desarrollar y mantener relaciones cercanas o íntimas: poca gente con psicosis se casa o mantiene relaciones de pareja duraderas, y muchos se encuentran aislados y marginados de las redes sociales (Harrison et al 2001). Los intereses y contactos sociales, están mermados, se tornan personas incompetentes en lo psicosocial; el pensar y el querer se dificultan, y la inteligencia está o adquiere características de rigidez notoria (Chinchilla, 2000).

Frecuentemente el paciente se encuentra muy retraído y reticente a estar con otras personas, tiende a aislarse y no se muestra interesado por el contacto con los demás; se aísla de amigos y familiares, y pasa mucho tiempo solo, encerrado en su habitación. De la misma manera las relaciones entre las personas conllevan siempre un reconocimiento implícito de los comportamientos tolerables e inadmisibles, en el esquizofrénico las normas para relacionarse se vuelven difusas y cambiantes, propiciando problemas de interacción. Puede mostrar comportamientos inaceptables consecuencia de la desorganización de su conducta y de los síntomas propios de la enfermedad, por lo que con el tiempo se

deterioran seriamente sus relaciones sociales (Aznar y Berlanga, 2004).

La presencia de trastornos emocionales tales como: depresión, ansiedad social, desasosiego y síntomas traumáticos aumenta la probabilidad de una recaída temprana (Starkowski 1995). Dentro de los problemas de convivencia más difíciles de afrontar se encuentran: el aislamiento social, y comportamiento inapropiado o inaceptable (Aznar y Berlanga, 2004). De una u otra forma siempre predominara la conducta parasocial o asocial, lo que no implica necesariamente que no sean receptivos (Chinchilla, 2000). Las personas con esquizofrenia tienen déficits significativos en las habilidades sociales, lo cual puede producir interacciones incómodas y/o aversivas con otros y empeorar el cuadro clínico (Barrowclough, Tarrier, y Mueser, 1998).

La impresión social de que las personas con esquizofrenia son peligrosas y las etiquetas usadas para describir la enfermedad mental están en alguna extensión fuera del control de la persona estigmatizada, así las personas con conducta social esquizofrénica suele derivar en estigma psiquiátrico (Penn , Kohlmaier y Corrigan, 2000).

Se sospecha de recaída ante los siguientes síntomas prodrómicos: Distimia, tensión, ansiedad, alteraciones del sueño, y del apetito, merma en rendimientos, e intolerancia o dificultad adaptativa (Chinchilla, 2000). Los indicadores de un buen pronóstico suelen

incluir: reajuste psicosocial, escolar o laboral previo bueno, y acceso a programas complementarios de rehabilitación psicosocial y psicoeducativos desde el inicio (Chinchilla, 2000).

En síntesis, el deterioro interactivo, interpersonal y social del paciente esquizofrénico entraña componentes tan importantes para su tratamiento o rehabilitación, que las ciencias del comportamiento en general y la psicología clínica en particular requieren basar una buena proporción de sus intervenciones en el propósito de dotar al paciente de dichas destrezas. En virtud de que la enfermera psiquiátrica es el profesional con más contacto con el paciente, su formación requiere incluir de manera medular un conocimiento del papel clínico de disponer o carecer de habilidades sociales interpersonales en el repertorio del paciente.

Las Habilidades Sociales

El EHS es muy importante por dos razones fundamentales: reconoce y hace énfasis en la estrecha relación que existe entre las dificultades de un sujeto en sus relaciones interpersonales y el riesgo de presentar un trastorno psicopatológico y tiene numerosas áreas de aplicación. En cualquier relación interpersonal un sujeto persigue, entre otros, tres objetivos generales: Alcanzar la meta que se ha marcado, fomentar una relación positiva con la otra persona, y mantener su autosatisfacción (Vallina y Lemos, 2003). Se enseña mediante una combinación de la función de modelo del terapeuta, representación del rol por parte del paciente, generalmente para ensayar una determinada habilidad en una interacción simulada, realimentación (feedback) positiva y correctora para el paciente, y tareas en casa, en las que el paciente puede practicar una técnica fuera de la sesión de entrenamiento (Marder et. al., 1996; Dobson et. al., 1995).

El objetivo del ejercicio de estrategias o habilidades sociales es poner remedio a déficits específicos de la función de rol de los pacientes. El entrenamiento de estas técnicas puede realizarse de manera individual o en grupos. Es un enfoque altamente estructurado que implica una enseñanza sistemática a los pacientes de conductas específicas que son esenciales para su éxito en las interacciones sociales. También puede incluir para enseñar a los pacientes la forma de utilizar los medicamentos antipsicóticos, identificar sus efectos secundarios, detectar las señales de alarma de

recidiva (recaída), negociar la asistencia médica y psiquiátrica, expresar sus necesidades a organismos de la comunidad o realizar una entrevista de selección laboral (Lieberman, DeRisi y Mueser, 2001).

La finalidad es ayudar a los pacientes a mejorar la conducta interpersonal, el autocuidado y la adaptación a la vida en la comunidad, mediante la adquisición de habilidades instrumentales; se desarrolló al evidenciarse que los déficits sociales persistían incluso durante la remisión de los síntomas clínicos. Las habilidades adquiridas durante las sesiones individuales o grupales parecen mantenerse durante periodos prolongados, aunque la generalización a situaciones sociales reales no es fácil (Cervilla, 2002). Este tipo de programa emplea una combinación claramente especificada de apoyo, entrenamiento de habilidades cognitivas y de habilidades sociales, diseñadas para tratar los déficits específicos de las personas con esquizofrenia y que también se ofrecen para mejorar la adhesión farmacológica (Cervilla, 2002).

En los orígenes del movimiento del entrenamiento asertivo (EA) se encuentra el trabajo del Salter (1949) que se fundamenta en los hallazgos de Pavlov sobre el reflejo condicionado. Más tarde Wolpe denominó entrenamiento asertivo a su método para tratar la ansiedad y facilitar la expresión de sentimientos (Del Prette y Del Prette 2002).

Casi simultáneamente al nacimiento del EA en Estados Unidos, un nuevo movimiento se iniciaba en Inglaterra, más específicamente en la Universidad de Oxford, con Argyle, et al. (1967/1994, 1975, 1974, 1978) quienes difundían el término "Habilidades sociales" y a partir de 1980-89, se observó un aumento constante de trabajos publicados sobre esta denominación (Del Prette y Del Prette 2002).

Las habilidades sociales suelen definirse como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente (Kelly, 2000). El término entrenamiento en habilidades sociales consiste en aplicar los principios del aprendizaje para incrementar las competencias interpersonales de los individuos; las intervenciones clínicas tienen por objeto un tipo específico de habilidad (oposición asertiva, habilidad conversacional, iniciación de citas o habilidades para entrevistas de trabajo) y basarse en la naturaleza exacta de los déficits y necesidades del paciente (Kelly, 2000).

El ejercicio de estas estrategias o habilidades sociales se define por el empleo de técnicas cognitivo-conductuales que permiten a los pacientes adquirir habilidades instrumentales y afiliativas en los campos que se consideren necesarios para satisfacer las demandas de la relación interpersonal, el autocuidado y el afrontamiento de problemas en la vida comunitaria. (Lieberman 2001).

El estudio más sistemático en este contexto, de las habilidades sociales tiene dos fuentes, la primera, deriva de la terapia de conducta, se le atribuye a Salter (1949) quien describe y explica las ventajas de la conducta asertiva; posteriormente Wolpe (1958) acuña por primera vez el término conducta asertiva, siendo el precursor del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) en la modificación de conducta (Wolpe, 1958).

En los pacientes con esquizofrenia resultan útiles diversos tratamientos, entre los que se destacan la medicación y las intervenciones psicosociales. Es frecuente que los efectos psicosociales de la esquizofrenia dejen a muchos pacientes con problemas emocionales, sociales, familiares, académicos, laborales y económicos que requieren ayuda terapéutica específica (Herz, 1985). El tratamiento psicosocial se suma a los efectos de la medicación para después intentar superar las limitaciones del tratamiento farmacológico (Hogarty y Ulrich, 1998).

El tratamiento psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para el control de los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, no parece eficaz para disminuir los síntomas residuales cognitivos y los déficits sociales. Además, no supone un remedio eficaz para afrontar los conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas (previas al desarrollo del cuadro), ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o estrategias de defensa. Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones

psicoterapéuticas que compensen las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico (Chamorro, 2004).

La eficacia de los antipsicóticos convencionales y nuevos, se ve potenciada en el medio plazo por el abordaje psicosocial dentro de una estrategia integrada, que redundará no sólo en la eficacia clínica, sino en la calidad de vida del paciente (Cervilla, 2002). Un paciente que haya pasado por una institución psiquiátrica y que presente un déficit notable de habilidades sociales encontrará terriblemente difícil establecer relaciones sociales adecuadas en la comunidad, especialmente si para la mayoría de la gente ajena a la institución tiene aspecto de ex-paciente psiquiátrico (Kelly, 2000). El resultado final más probable es la evitación de situaciones, el aislamiento social o la renuncia a esos objetivos deseados, pero inalcanzables (Kelly, 2000).

Los fracasos repetidos pueden ser desmoralizantes y estresantes para los individuos, y los terapeutas deben establecer objetivos realistas y seleccionar a los pacientes para quienes sea apropiado este enfoque de rehabilitación (Lieberman, De Risis, Mueser, 2001). La mayoría de los costes de la esquizofrenia están relacionados con hospitalizaciones evitables debidas a que no se ha realizado un tratamiento psicosocial después de la etapa de estabilización y recuperación neuroquímica (Spitzer, First, Gibbon, y Williams, 2005).

El EHS emplea técnicas conductuales que permiten al individuo esquizofrénico adquirir habilidades sociales que le capacitan a tratar con los demás, con características de terapia conductual y educativa. Se puede llevar a cabo dos veces por semana con grupos de entre 4 y 10 pacientes, en una oficina o sala de juntas, un centro de salud mental o en alguna dependencia hospitalaria o de servicios sociales. En general, existen resultados de que el entrenamiento en habilidades sociales es un método eficaz en para ayudar a los esquizofrénicos a reintegrarse a la comunidad (Nathan, 1999).

La elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia obliga a tener en cuenta muchas cuestiones, algunas de ellas transversales (por ejemplo el estado clínico actual) y otras longitudinales (por ejemplo la frecuencia, gravedad, tratamientos, y consecuencias de episodios anteriores) (APA, 2003).

Se han propuesto tres sistemas de respuesta en las características observables de las habilidades sociales: motoras o conductuales, cognitivos y fisiológicos (Trianes y Fernández, 2001).

En el ámbito del comportamiento interpersonal, el feedback proporcionado por los interlocutores determina el direccionamiento o ajuste, en su caso, de las repuestas para adecuarse a las exigencias de la interacción (Luca, Rodríguez y Sureda, 2001). La relación de comportamientos en las habilidades sociales presenta tres clases más amplias de elementos:

1.- Los conductuales:

a) De contenido verbal: Hacer y responder preguntas, pedir cambio de comportamiento, lidiar con las críticas, pedir y dar retroalimentación, opinar, concordar, disentir, elogiar, recompensar, gratificar, agradecer, hacer peticiones, rechazar, justificarse, usar autorrevelación, usar adecuadamente el pronombre "yo", usar contenido con humor.

b) De forma verbal: Latencia y duración, regulación: bradilalia (emisión lenta de la palabra), taquilalia (emisión rápida de la palabra), volumen, modulación, trastornos del habla.

c) No verbales: Mirar y contacto visual, sonrisas, gestos, expresión facial, postura corporal, movimiento con la cabeza, contacto físico, distancia/proximidad.

2.- Los cognitivo/afectivos:

a) Conocimientos previos: Sobre la cultura y el ambiente, sobre los roles sociales, y autoconocimiento.

b) Expectativas y creencias: Planos, metas y valores personales, autoconcepto, autoeficacia en comparación con desamparo, y estereotipos.

c) Estrategias y habilidades de procesamiento: Lectura emocional e interactiva del ambiente, solución de problemas, autoobservación, auto instrucción y empatía.

3.- Los componentes fisiológicos: Tasa cardiaca, respuestas electromiográficas, ritmo y amplitud respiratoria, respuesta galvánica (electrodérmica) de la piel y flujo sanguíneo.

Y existe una clase adicional de otros componentes que no podrían incluirse en las anteriores como son: La actividad física y la apariencia personal (Del Prette y Del Prette, 2002).

Con el EHS aumenta significativamente el estímulo de actividades interpersonales y el afrontamiento eficaz de los problemas de la vida diaria, así como las habilidades para vivir en la comunidad. Varias investigaciones han puesto de manifiesto que los pacientes esquizofrénicos pueden adquirir y mantener habilidades nuevas y que el EHS puede tener un efecto significativo en la prevención de recaídas. Así el EHS se ha consolidado ampliamente como uno de los componentes psicosociales más importantes de un programa de tratamiento integral para esquizofrénicos (Ikebuchi, et al., 1996).

En muchos de los programas de entrenamiento en habilidades sociales se contemplan algunas técnicas de comunicación e interacción tales como:

Solidaridad. Ocurre cuando una persona es capaz de unirse a una causa, cuando puede anteponer los intereses comunes a los propios y mantenerse firme a sus convicciones y compartirlas con otros, entonces es solidaria (Valdés 2005).

La cooperación mutua es indispensable para lograr la satisfacción de las necesidades materiales (tales como protegerse, trabajar, producir y reproducirse) y de las necesidades sociales y psicológicas (reconocerse como miembro de una especie y parte de una comunidad de personas que comparten ideas y emociones). La relación con las personas da significado y dirección a la vida humana. Ser solidario implica estar ligado por una comunidad de intereses y responsabilidades (Valdés 2005).

Empatía. Se ha propuesto que la empatía consiste básicamente en “ponerse en los zapatos del otro”, es preciso saber qué le pasa y, sobre todo, cómo se siente, de modo que para poder conocer estos detalles de las emociones de otra persona es preciso ser sensible (Rogers, 1980). Cuando somos sensibles nos damos cuenta de lo que les sucede a las otras personas y así podemos evitar lastimarlas o frustrarlas en sus necesidades. La empatía nos abre las puertas para comprender a las personas con las que tenemos más problemas, para captar las situaciones desde su punto de vista; nos hace personas más maduras y con mayor capacidad de comprensión y entendimiento de la realidad que nos rodea (Valdés 2005).

Asertividad. La asertividad es la capacidad de una persona para decir lo que siente o piensa acerca de una situación específica, tanto para aceptarla, como para rechazarla. Muchas personas sufren para decir “no”, y cuando lo dicen es porque se encuentran en una situación límite en la que no tienen otra opción. Ser asertivo implica aprender a expresar claramente lo que una persona quiere o como se siente en una situación determinada sin ser agresiva, abusiva u obstinada. La asertividad facilita mantener buenas relaciones con quienes nos rodean, es una forma de hacer saber a las personas que están a nuestro alrededor lo que esperamos y queremos de ellas, generando una alta posibilidad de que lo obtengamos (Valdés 2005).

Escucha Efectiva. Nuestro sistema auditivo constantemente esta recibiendo información, oímos todo tipo de información, pero somos selectivos para atender cuidadosamente solo algunos sonidos o palabras, que son los que nos interesan o nos llaman la atención. Escuchamos solamente una pequeña porción de los estímulos que oímos. En la interacción cotidiana con otras personas, es muy importante escuchar lo que se dice para entablar una adecuada comunicación (Valdés 2005).

La mayor parte de los programas de entrenamiento para pacientes esquizofrénicos desarrollados recientemente realizan un entrenamiento progresivo y programado de las diferentes habilidades implicadas en la interacción social; una correcta evaluación es el paso previo al desarrollo de cualquier programa de entrenamiento (Buceta y Bueno. 2001).

La evaluación de las habilidades sociales es un proceso continuo a lo largo de la terapia, que permite al clínico constatar el progreso de la misma proporcionándole la guía necesaria para planificar la intervención y, en su caso, introducir los cambios oportunos para implementar los efectos del programa terapéutico. Está por tanto, estrechamente relacionada con el tratamiento en sí. Mueser y Sayers (1992) señalan que la evaluación de las habilidades y desajustes sociales en esquizofrénicos cumple tres funciones u objetivos primarios: 1) la identificación de los déficits y excesos conductuales específicos que van a ser objeto de modificación en el entrenamiento en habilidades sociales, 2) la evaluación durante y después del entrenamiento, que es esencial para evaluar el efecto de éste en la adquisición, mantenimiento y generalización de las habilidades sociales y 3) la evaluación de los cambios en habilidades sociales tras el tratamiento, con objeto de evaluar la hipotética relación entre habilidades sociales y enfermedades, incluyendo en este último concepto aspectos tales como ajuste social, síntomas negativos y riesgo de recaída (Buceta y Bueno, 2001).

Una cantidad abundante de hallazgos de investigación muestra que el deterioro de las habilidades sociales en situaciones ocupacionales, sociales y recreacionales correlacionan fuertemente con peor ajuste psicosocial en pacientes con esquizofrenia (Bellack, Morrison, Wixted, y Mueser, 1990; Mueser y Bellack, 1998, Kurtz y Mueser 2008).

Son muchos los trabajos y programas recientes que indican la necesidad de trabajar las habilidades sociales; así lo exponen: Martín (2000); Vallés y Vallés (2000); Cava y Musito (2000) y se basan en la premisa de que las relaciones interpersonales son medulares para el desarrollo y el funcionamiento psicológico, su importancia resulta subrayada y elogiada por un gran número de investigaciones que demuestran la relación entre el dominio de habilidades sociales en la infancia y la adaptación psicológica, escolar y social en la infancia y etapa adulta (Repetti, Taylor y Seeman, 2002). Una vez aprendidos esos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas. En efecto, la mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico. Por tanto, los déficits y excesos de la conducta social requieren especificarse y objetivarse con fin de intervenir (Luca, Rodríguez y Sureda, 2001).

Existen hallazgos que sugieren que la psicoterapia de apoyo tiene un impacto en la reducción de la sintomatología y en la tasa de rehospitalizaciones, al mejorar el ajuste social y ocupacional de algunos subgrupos de pacientes esquizofrénicos (Hogarty et al., 1995), y ha mostrado mayor eficacia que la terapia centrada en la introspección (Chamorro, 2004).

Históricamente la terapia cognitiva ha resultado muy eficaz en el tratamiento de la depresión, y es un método que se ha aplicado como tratamiento para la esquizofrenia, se basa en la hipótesis de que modificar los pensamientos, actitudes y atribuciones de un

individuo, ejerce efectos benéficos sobre los síntomas que acompañan la esquizofrenia, es decir tanto los síntomas positivos como los negativos. La reestructuración cognitiva es un enfoque que se centra en mejorar o adecuar las funciones cognitivas básicas como son el aprendizaje verbal, la memoria y las conductas para mantener la atención que son anómalas en una gran proporción de esquizofrénicos. El entrenamiento en habilidades sociales recurre a técnicas conductuales que permiten al individuo esquizofrénico y al afectado por otros trastornos mentales a adquirir habilidades sociales que le capacitan para tratar con los demás (Nathan, et al., 1999).

Así la rehabilitación psicosocial es un conjunto de métodos con el objetivo de conseguir el máximo de funcionamiento social y minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental; por lo tanto, la esencia de la rehabilitación psiquiátrica y psicológica en la esquizofrenia es la readaptación o el desarrollo de nuevas habilidades para compensar las incapacidades (Chamorro, 2004).

Para muchos autores (Lieberman, 1982, Wallace y Liberman, 1985, Ziegler y Levine, 1973), la perturbación del comportamiento social no es sólo un síntoma más, si no uno de los más característicos y de los que más perjudican el funcionamiento psicosocial del individuo esquizofrénico, y que el medicamento no resuelve, por sí solo, en particular las cuestiones agudas del contacto social (Del Prette y Del Prette, 2002).

Cuando el psicólogo clínico atiende al individuo esquizofrénico (hospitalizado o no) por medio de un programa de EHS, no pretende la cura de ese cuadro nosológico, sino volver más satisfactorias las relaciones sociales del paciente, mejorando su autoestima, volviéndolo más sensible al contacto social y disminuyendo sus reinternaciones (Del Prette y Del Prette, 2002). En efecto, se han publicado varios estudios controlados en los que el EHS reduce significativamente las tasas de recidiva y los síntomas de los pacientes (Marder et al., 1996; Dobson et al., 1995),(APA 2003).

Metanálisis recientes han concluido que el tratamiento cognitivo-conductual (incluyendo habilidades sociales) para la psicosis es efectivo y debería proporcionarse habitualmente como parte del conjunto de tratamientos que se ofrece a las personas con un diagnóstico de esquizofrenia (Gould et al., 2001).

Se han publicado varios estudios controlados en los que el entrenamiento de habilidades sociales redujo significativamente las tasas de recidiva y los síntomas del paciente (Lieberman, De Risis y Mueser, 2001).

Durante los pasados 35 años, se ha desarrollado una variedad de aproximaciones en EHS para abordar el deterioro en las habilidades sociales. Sin embargo los programas de habilidades sociales varían ampliamente en el contenido, la duración, y el escenario donde se instrumentaron, aunque comparten estrategias comunes para la

enseñanza de nuevas habilidades basado en la teoría del aprendizaje social (Bandura 1969), incluyendo escenarios objetivo, modelamiento, ensayo conductual, reforzamiento positivo, retroalimentación correctiva, y tareas en casa asignadas para ayudar a promover la generalización en la comunidad. También se han publicado recientemente numerosas revisiones narrativas de investigación en EHS para esquizofrenia (Bellack, 2004; Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2006).

Dos meta-análisis comprensivos de la literatura de EHS para esquizofrenia (Benton y Schroeder, 1990) y enfermedad mental grave (Kurtz y Mueser, 2008) se publicaron hace una década. Los resultados del meta-análisis de Benton y Schroeder (1990) fueron relativamente optimistas, los autores concluyeron que los efectos del EHS fueron importantes para medidas conductuales específicas de habilidades sociales, para el autoinforme de ansiedad social y asertividad, aunque menos importante para las medidas de funcionamiento en la comunidad y síntomas. Los autores identifican muchas limitaciones significativas en la investigación del EHS existente a la fecha, la mayoría de los estudios se han conducido en hospitales psiquiátricos, en su mayor parte con hombres blancos y con entrenamiento que tendió a ser de duración breve con seguimiento limitado (Kurtz y Mueser 2008).

Pfammather, Junghan, & Brenner (2006) investigaron los efectos de 19 ensayos de control aleatorizados (RCT`s) del EHS en habilidades de adquisición, asertividad, funcionamiento social, y psicopatología

en general. Los resultados de este análisis revelaron extensos efectos del EHS en habilidades de adquisición, con más bajos, pero significantes efectos en asertividad, funcionamiento social, y psicopatología en general. Así, es evidente que los individuos con esquizofrenia pueden aprender una amplia gama de estrategias para la vida social e independiente (Marder et al., 1996; Dobson et al., 1995).

Existen notorios resultados de investigación de que el tratamiento EHS es un método eficaz para ayudar a los esquizofrénicos a integrarse en la comunidad. La eficacia de cualquier tratamiento depende en gran medida de que el paciente sea capaz de prestar atención, recordar instrucciones y resolver los problemas básicos. Si bien existen programas eficaces, aún es necesario detallarlos en manuales de tratamiento para que puedan ser aplicados y gestionados siempre que sea posible (Nathan, et al., 1999).

De la Enfermería a la Enfermería Psiquiátrica

La enfermería es una mezcla de conocimientos de ciencias físicas, humanidades, ciencias sociales y competencias clínicas necesarias para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes y las familias. Aunque los objetivos generales de la enfermería han seguido siendo relativamente los mismos durante siglos, los avances de la ciencia han influido en la práctica enfermera y las necesidades cambiantes de la sociedad (Keeling y Ramos 1995).

La enfermería es un arte y una ciencia que incluye muchas actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ética, cuestiones contemporáneas y otras áreas. Las(os) enfermeras(os) asumen muchos papeles simultáneamente: prestadora de cuidados, tomadora de decisiones clínicas, investigadora de la defensa del paciente y la familia y educadora la profesión de enfermería es compleja y polifacética, con actuaciones en múltiples situaciones (Le Febvre, 1995). Las actividades de pensamiento crítico son esenciales para la enfermería, de hecho, el conocimiento, la pericia y el aprendizaje a largo plazo se obtienen a través de un proceso sostenido de pensamiento crítico

La profesión de enfermería ha evolucionado con el cambio de la sociedad, las necesidades de atención sanitaria y las políticas. Responde y se adapta a los cambios afrontando nuevos retos a medida que crece (Potter y Griffin 2002).

La necesidad de sustentar la práctica profesional en teorías y modelos propios ha sido una característica constante en la profesión. Si entendemos la actuación enfermera en un marco conceptual de asistencia integrada en el que el objetivo profesional es proporcionar cuidados de salud a un colectivo de individuos familias y comunidades que se ven expuestos a múltiples factores de cambio y adaptación, resulta apropiado pensar que el abordaje de la pluralidad de factores intervinientes en el estado de salud-enfermedad de este colectivo será más efectivo si se contemplan y suman recursos que si estos se dividen (Sánchez Sosa, 2002).

Entre los recursos ineludibles se encuentran los diferentes profesionales que conforman los equipos de salud. Cada uno de estos profesionales tiene su propia formación disciplinar enmarcada dentro de un contexto teórico-practico, pero si queremos que su contribución sea efectiva al propósito del equipo y a la necesidad del usuario, esta formación no debería obstaculizar la contribución específica a un objetivo común (Fornes, 2005).

La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión (Burgos y Paravic, 2009). El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc. Existen distintas etapas dentro de la evolución de la disciplina de enfermería, en la etapa denominada doméstica es la atención a la salud, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la

caída del Imperio Romano. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran prácticas y rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. Los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general todas las medidas que hacen la vida más agradable o llevadera, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos (García, Caro y Martínez, 2001).

Considerando la transición cronológica de la enfermería en las distintas civilizaciones se encuentran distintos puntos de vista que convergen.

En el siglo XVI A.C. Egipto era una sociedad que valoraba la salud y la medicina preventiva, creían que estos valores aplacaban a los dioses y a los espíritus de los muertos (Ellis y Hartley 1997). Los primeros Hebreos (1400 a 1200 A.C.) desarrollaron leyes dietéticas que protegían a la población al indicar qué alimentos podían comerse juntos y cuales no y ofrecían guías para comer con seguridad la carne de los animales sacrificados (Robinson, 2000). Los filósofos griegos (1500 a 1000 A.C.) creían que las enfermedades y la salud estaban controladas por los dioses y las diosas de la mitología griega (Cherry y Jacob, 1999). Los antiguos chinos (551 a

479 A.C.) usaban el masaje, la hidroterapia, y el ejercicio como medidas preventivas en salud (Giger y Davidhizar, 1999).

Aunque a los monjes benedictinos se les solía considerar eruditos, bibliotecarios, maestros y agricultores; cuidar al enfermo se convirtió, en ocasiones, en su principal función y obligación de su vida comunitaria (Donahue, 1996). La entrada de las mujeres en la enfermería puede situarse aproximadamente en el 300 D.C.

La sociedad cristiana atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios, “el que sufre es un elegido de Dios”. Lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener; actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia; entonces aparece la imagen de una mujer cuidadora a la que Colliere (1993) ha denominado la “mujer consagrada”.

Durante la edad media (1100 a 1200 D.C.) se pusieron en marcha instituciones de caridad para cuidar ancianos enfermos y pobres. Las enfermeras proporcionaban cuidados de vigilancia y dependían de los médicos y los sacerdotes, que las dirigían (Deloughery, 1998).

Las cruzadas extendieron la atención sanitaria al establecer hospitales y órdenes de enfermería para hombres. Los Alexian Brothers y otros grupos seculares se formaron como respuesta a la peste bubónica y a la necesidad de cuidar a sus víctimas. La falta de

higiene y salubridad, y la pobreza creciente en los centros urbanos causaron problemas de salud muy graves entre los siglos XV y XVII. En el siglo XVII el posterior crecimiento de las ciudades trajo un aumento en el número de hospitales y un papel más amplio de las enfermeras.

Después de la edad media, los cuidados eran ejercidos por mujeres de clase baja y, en algunas ocasiones, de dudosa reputación. Ésta se realizaba en hospitales con instrucción de médicos. A las candidatas se las sometía a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence Nightingale eleva la condición de cuidadora tan deteriorada años atrás (Burgos y Paravic, 2009).

Inicialmente, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran prácticamente nulos y los procedimientos eran muy simples, la práctica de la enfermería casi no requería ningún tipo de entrenamiento a excepción de una formación religiosa. La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la Edad Moderna de la Historia Universal (García, Caro y Martínez, 2001).

El incremento de la población llevo aparejada la necesidad de cuidados, y no tardaron en fundarse escuelas médicas. Sin embargo, la medicina no tenía un cuerpo disciplinar que pudiera definir qué era un acto médico (Moral 2004).

La etapa técnica se desarrolla cuando en la época la salud es entendida como la lucha contra la enfermedad. El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica, que se produjo gradualmente desde el Renacimiento, tuvo el exponente más claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la profesión médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que antes realizaban los médicos, de esta manera, a las personas dedicadas al cuidado enfermo se las denominó personal paramédico o auxiliar. En esta etapa conocida como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que se denominó "mujer enfermera-auxiliar del médico" (Colliere, 1993).

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1880 en la llamada Nightingale Training School for Nurses.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos hacia 1873, y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales (Burgos y Paravic, 2009).

Existen algunas propuestas por parte de Ellis y Hartley (1997) quienes propusieron siete características de los profesionales de la enfermería:

- 1) Un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo
- 2) La utilización del método científico
- 3) Formadas(os) como profesionales, en instituciones de alto nivel educacional
- 4) Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades
- 5) Regirse por un código de ética profesional
- 6) Reconocer la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta
- 7) Realizar esfuerzos para ofrecer comprensión a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica (Burgos y Paravic, 2009)

La evolución de la enfermería ha estado afectada por distintos factores sociales, políticos, económicos, y religiosos. Más específicamente: a) La evolución de los conceptos de salud y enfermedad se ha tenido a través de los tiempos, b) La consideración que de los enfermos y la enfermedad se ha tenido en las distintas sociedades, c) La consideración que de las mujeres han tenido los distintos grupos sociales a través de la historia, d) La evolución del conocimiento en general del conocimiento específico sobre el ser humano que ha existido en cada momento histórico (Fernández et al, 2000).

En 1965, la *National Commission on Nursing and Nursing Education* exploró cuestiones que incluían la provisión y la demanda de

enfermeras, la clarificación de las funciones y las funciones de la enfermería, la formación de las enfermeras las oportunidades de la carrera disponibles para las enfermeras (Lysaught, 1970).

Se puede establecer a la luz de los antecedentes expuestos, que enfermería, es una profesión joven, cuyas primeras bases se establecen con Florence Nightingale en el siglo XIX (Burgos. y Paravic 2009). En la etapa profesional se toma en cuenta la actual concepción de “la salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente” por lo cual cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina (García, Caro y Martínez, 2001).

En la actualidad el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno. Paralelamente al concepto de salud de cada época las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad (García, Caro y Martínez, 2001). Hoy concebimos la enfermería como una profesión encuadrada en el área de ciencias de la salud, con criterios y objetivos definidos que se alcanzan mediante una metodología que le permite ir

desarrollándose y avanzando en su campo específico de conocimiento (Fernández et al., 2000).

La enfermería psiquiátrica es un proceso interpersonal que promueve y mantiene el comportamiento del paciente, lo que contribuye a un funcionamiento integrado (American Nurses Association, 2000).

Antes de 1860, el énfasis de las instituciones psiquiátricas recaía sobre cuidados de custodia, y a los asistentes se les contrataba para mantener el control de los pacientes. A menudo estos asistentes funcionaban como simples carceleros con un entrenamiento escaso y los cuidados psiquiátricos eran pobres. En contraste, la enfermería general como profesión comenzó a surgir a finales del siglo XIX y ya en el siglo XX había evolucionado como una especialidad con papeles y funciones únicas.

En 1873 Linda Richards, graduada en el hospital de Nueva Inglaterra mejoró los cuidados de enfermería en los hospitales psiquiátricos y organizó servicios de enfermería y programas educativos en estos hospitales en Illinois. A Linda Richards se le reconoce como la primera enfermera psiquiátrica estadounidense (Donna 1984).

La primera escuela de preparación de personal de enfermería para cuidar enfermos mentales se abrió en el hospital McLean Waverly, Massachusetts en 1892. Aunque el cuidado continuaba con un

carácter primordial de custodia ya se incluían formalmente énfasis sobre las necesidades físicas del paciente, tales como medicaciones, nutrición, higiene y actividades en la sala. Hasta ese momento, el cuidado psicológico consistía básicamente en la amabilidad y tolerancia hacia los pacientes. En 1913 en el hospital Johns Hopkins fue la primera escuela de enfermería que incluía un curso totalmente desarrollado en el currículo para enfermería psiquiátrica.

Otros factores importantes en el desarrollo de la enfermería psiquiátrica fue la aparición de varios tratamientos médicos tales como la terapia mediante shock insulínico (1935), psicocirugía (1936) y terapia electro convulsiva (1937). Estas terapias somáticas también condujeron a una demanda de tratamiento psicológico perfeccionado para aquellos pacientes que no respondían (Stuart y Lara, 2006).

A fines de los cincuenta se describían las siguientes funciones del personal de enfermería psiquiátrica: Tratar con los problemas de actitud, humor e interpretación de la realidad de los pacientes, explorar pensamientos y sentimientos molestos y conflictivos, utilizar los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta para propiciar una homeostasis psicofisiológica, aconsejar al paciente en emergencias, incluido el pánico y el miedo y reforzar la parte positiva de los pacientes (Hays, 1975).

En 1962 Peplau describió "el corazón" de la enfermería psiquiátrica como el papel de consejera o psicoterapeuta, la enfermería

psiquiátrica fue evolucionando hacia un papel de competencia clínica basado en técnicas interpersonales y empleo del proceso de enfermería. Por su considerable contribución a la especialidad, a Hildegard Peplau se la considera la principal pionera de la enfermería psiquiátrica (Stuart y Lara, 2006). En su libro publicado en 1952: *Interpersonal Relations in Nursing*, Peplau describe el primer marco teórico para la enfermería psiquiátrica y las habilidades, actividades y funciones específicas del personal de enfermería psiquiátrica.

Otros dos hitos significativos en la enfermería psiquiátrica incluyeron la publicación de Jones del libro *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatric Care* en 1953. Este método animó a utilizar el medio ambiente social del paciente para aportar una experiencia terapéutica. Un segundo hito en la década de 1950 fue el empleo de los fármacos psicotrópicos. Por otra parte se necesitaba más personal que proporcionara terapia y se ampliaron las funciones de varios tipos de profesionales psiquiátricos incluido el personal de enfermería (Stuart y Lara, 2006).

La década los setenta dio lugar al desarrollo de la especialidad y la década de los ochenta fue testigo de un crecimiento científico excitante en el área de la psicobiología. Hubo nuevos hallazgos y enfoques en: técnicas de neuroimagen, neurotransmisores y receptores neuronales, psicobiología de las emociones, conocimiento del cerebro y genética molecular relacionada con la psicobiología.

El personal de enfermería psiquiátrica se enfrentó, a partir de la década de los noventa con el reto de integrar las bases en expansión de la neurociencia en una práctica biopsicosocial, holística (Hayes, 1995). Desde una perspectiva científica, los procedimientos que utiliza la enfermería psiquiátrica requieren considerar una serie de aspectos relacionados con sus marcos de actuación y el tipo de profesionales con los que interactúa. Estos aspectos incluyen el conocimiento profesional, el respeto por la interdisciplinariedad, el uso del método científico y el diseño de instrumentos de registro, protocolos y programas de intervención (Fornes, 2005).

En España y el Reino Unido más del 80% de las personas con esquizofrenia vive a cargo de cuidadores informales, y todos son vulnerables al estrés crónico que, si no es valorado, podría desembocar complicaciones o trastornos adicionales (Aznar, Fleming, Watson y Narvaiza, 2004).

Existen ciertas características personales que se consideran necesarias en la intervención terapéutica sobre el paciente con esquizofrenia. Los siguientes se han identificado como importantes para el éxito de su recuperación: medicación, autocontrol y vigilancia de síntomas, apoyo comunitario y servicios de salud mental, actividad vocacional, espiritualidad, grupos de apoyo mutuo y amigos que respalden, acceso a seres queridos, y conocimiento y aceptación de la enfermedad (Shoen, 2000). Así, las formas de intervención abarcan toda la gama de tratamientos psicosociales y psicobiológicos y deben incluir al paciente, la familia

y al cuidador, siempre que sea posible (Stuart y Lara, 2006). En efecto, llevar a cabo intervenciones psicosociales y educativas con las familias de personas esquizofrénicas es un rol particularmente relevante del profesional de enfermería que trabaja en salud mental comunitaria (Aznar, Fleming, Watson y Narvaiza, 2004).

Dentro del plan de cuidados de enfermería se deben incluir un personal habitual para trabajar con el paciente e iniciar sus contactos con él explicando expectativas, orientándole hacia la realidad, ofreciéndole refuerzos positivos y señalando cuándo la interacción con otra persona está siendo positiva. Explorar los intereses del paciente, conversar sobre cómo llenar sus días con organización y actividades y explorar sus recursos comunitarios para satisfacer sus necesidades educativas y sociales son también estrategias indispensables para un tratamiento exitoso (Shoen, 2000), y muy probablemente se debe iniciar con una actitud de apoyo al cuidador y atención a sus necesidades dentro de la filosofía de trabajo de cada profesional de la enfermería llevar este rol a la práctica clínica (Aznar, Fleming, Watson y Narvaiza, 2004).

Diversas investigaciones han mostrado que las intervenciones precoces enérgicas mejoran el pronóstico y la calidad de vida de este paciente (Stephenson, 2000). La seguridad del paciente es el problema principal durante las fases de crisis y aguda, sobre todo a la luz del hecho de que entre un 9% y un 13% de los pacientes con esquizofrenia se suicida, y un 20%-40% lo intenta. De modo que el personal inadvertidamente puede crear problemas de seguridad

para los pacientes si no se responde a las necesidades de éstos de forma cuidadosa y adecuada (Stuart y Lara, 2006) en virtud de que los principales problemas se relacionan con la cognición, la percepción, las emociones, las conductas y movimientos y la socialización y por tanto crean dificultades significativas para las personas con esquizofrenia (Nathan y Gorman, 2002).

Dado que es muy poco probable que sea el paciente con esquizofrenia quien inicie el contacto interpersonal; la enfermera y los otros profesionales deben promover dicha interacción y ayudar al paciente a localizar las oportunidades necesarias, acercarse siempre a la persona, hablar con ella, vigilar posibles signos de agravamiento, como hablar solo, deambular y expresiones hostiles de ira mientras camina o habla consigo mismo; ayudarlo a tranquilizarse hablándole con calma y discutiendo lo que observamos, preguntar qué le esta molestando y si las voces (en caso de escucharlas) le indican que haga algo, y ofrecer un ambiente tranquilo y relativamente silencioso (Shoen , 2000).

Incluir al paciente en actividad física, como dar un paseo y conversar sobre el paisaje por el camino, puede ser terapéutico, ya que estas son actividades orientadas hacia la realidad que la enfermera puede utilizar en el contacto cotidiano con los pacientes. Permanecer con el paciente algún tiempo puede ser un paso esencial para reforzar el contacto con la realidad, ya que la enfermera(supone un vínculo principal con el mundo real.

Asimismo, un paciente con un sentido de identidad confuso requerirá mucha clarificación por parte de la enfermera, cuando surjan temas ambiguos o confusos. En estos casos la enfermera debe detener la conversación y solicitar al paciente una clarificación. Se puede identificar una idea o tema recurrente en el discurso y buscar posteriormente su significado. Además, los profesionales de salud mental son modelos saludables cuando se comunican de una forma clara y concisa (Shoen, 2000).

La enfermera nunca debe admitir que oye las mismas voces que el paciente o compartir ninguna experiencia alucinatoria, no se debe reforzar la alteración de la realidad. Es muy conveniente administrar medicación antipsicótica, así como dar explicaciones claras y tranquilizadoras de que las alucinaciones son síntomas de la enfermedad (Shoen, 2000). La enfermera también modela una afectividad apropiada mostrando una expresión facial sobria al discutir un tema serio, o una expresión alegre al tratar un tema de conversación alegre o placentera. Es importante no reforzar las conductas o afectividades extravagantes o inapropiadas del paciente. Una sonrisa, un gesto moderado de enfado o risa de la enfermera(o) y otros profesionales de salud mental son esenciales para ayudar a los pacientes a albergar esperanza (Shoen, 2000). Durante excitación o estupor catatónico graves, el paciente requiere supervisión e intervención estrechas para evitar que se haga daño a sí mismo o a otros.

El desarrollo de una relación de confianza es básico para el enfoque de los cuidados de enfermería del paciente esquizofrénico, las enfermeras y otros profesionales de la salud mental deben mostrar interés y aceptar a la persona global que representa el paciente, mediante el lenguaje corporal, la expresión facial, el contacto ocular, el tono de voz y las verbalizaciones de la enfermera, el paciente recibe mensajes sobre la veracidad de su interlocutora (Shoen, 2000).

Si el contacto interpersonal inicia con la enfermera resulta agradable y gratificante, el paciente se sentirá más inclinado a correr riesgos con otras personas, de hecho, entre la conducta verbal y la no verbal, el factor más importante a tratar con el paciente psiquiátrico probablemente sea la comunicación no verbal (Shoen, 2000).

La práctica contemporánea de la enfermería psiquiátrica se produce dentro de contextos sociales y ambientales relativamente específicos. Esos elementos incluyen competencia clínica, apoyo paciente-familia, responsabilidad financiera, colaboración interdisciplinaria, responsabilidad social y parámetros ético-legales (Stuart y Lara, 2006). Asimismo, el trabajo en ciencias de la salud raramente se realiza de forma individual. Los problemas que emergen y los factores que contribuyen a su aparición o mantenimiento hacen necesaria una intervención multidisciplinar con una estrecha coordinación de los cuidados profesionales (Fornes, 2005).

En el contexto del hospital, es probablemente el personal de enfermería uno de los inmediatamente responsables para el cercano

seguimiento y supervisión diaria de la recuperación de los pacientes. La participación de la enfermería en el proceso de restauración de la salud resulta una contribución clave para la efectividad del tratamiento médico. Además de ayudar en la mayoría de las decisiones e intervenciones médicas, la enfermería puede proveer asistencia adicional para los pacientes en la forma de apoyo interpersonal y ánimo (De los Ríos y Sánchez Sosa, 2002). Así, la enfermería tiene el potencial para hacer intervenciones adicionales de índole psicológica, dirigidas a la colaboración efectiva de los pacientes a hacer frente al estrés e incrementar su bienestar. (Minick ,1995).

La atención de los enfermos mentales precisa la intervención de distintos recursos asistenciales y profesionales, en función del proceso de evolución de su enfermedad y con el objetivo de favorecer su integración en la comunidad, frenar el deterioro y evitar la institucionalización. La intervención de la enfermería en la salud mental en la comunidad precisa el conocimiento de una serie de técnicas y estrategias que le permitan llevar a cabo su objetivo de cuidados, desde el manejo de grupos y la resolución de problemas hasta habilidades de comunicación (Rigol y Garriga, 1991).

La atención que brinda el personal de enfermería a los pacientes ha sido objeto de diversos estudios, un estudio para determinar si capacitar a enfermeras de salud sobre cómo dirigir instrucciones basadas en terapia cognitivo-conductual, reveló resultados positivos en pacientes con esquizofrenia a los que proveyeron cuidado. Los

pacientes con esquizofrenia tratados por las enfermeras que se entrenaron en TCC tuvieron más funcionalidad y los síntomas negativos se presentaban más espaciados y menos significativos. Al año siguiente los pacientes que recibieron TCC breve de una enfermera entrenada mostraron mejoras en la funcionalidad, tuvieron menos riesgo de depresión, recaían menos y sus estancias hospitalarias fueron más cortas (Turkington, et al., 2006)

Otro estudio mostró que después de haber aplicado un programa de capacitación, el seguimiento de instrucciones por parte de los pacientes, pueden colocar al enfermero en situación de riesgo institucional, ya que los enfermeros se quejan de no saber qué hacer en ciertas situaciones, sentir incomodidad, padecer malestar y que “exponerse donde otros no lo hacen”. Su tarea es tan difícil que no todos apoyan al equipo de enfermería. Los enfermeros psiquiátricos aprenden durante la capacitación, y por su experiencia, a distinguir cuando una situación justifica una acción distinta de la indicada por los profesionales, como la de sujetar a los pacientes o aislarlos del resto de la población. De manera similar se revisan los grandes modelos del proceso de psicotizarse, como son los esquemas por brujería, biológicos, psicológicos, de vínculos-familiares, y socio-institucionales (como el pasar gran parte de su vida en una institución psiquiátrica). Aunque los pacientes y sus familias manifiestan de manera diversa la etiología de su enfermedad, el cuerpo de enfermería conserva la facultad de opinar en la atención del enfermo en casos como la esquizofrenia (Woronowski, 1998).

Justificación

La relevancia de contar con un programa educativo de enseñanza en habilidades sociales es la de instrumentarlo con el personal de enfermería para que éste a su vez pueda dotar de dichas herramientas a pacientes que sufren esquizofrenia. Se trata de un tratamiento especializado para adquirir e incorporar a su propio repertorio habilidades interpersonales que ayuden en la reinserción del paciente a la sociedad y a relacionarse con otros individuos en su entorno. Finalmente, se busca que los usuarios de los hospitales psiquiátricos cuenten con una mayor oportunidad de lograr éxito social y aminorar el estrés provocado por los fracasos en este rubro, que muchas veces los llevan a una recaída y un reingreso a la institución. Este padecimiento tiene gran impacto porque es crónico (de larga duración) y su tratamiento es muy costoso, ya que los pacientes tienen recaídas que requieren hospitalización 3 ó 4 veces al año". Quien abandona el tratamiento puede experimentar entre 3 y 4 nuevos brotes psicóticos por año. Así mismo el 40% de las camas de los hospitales psiquiátricos están ocupadas por enfermos con esquizofrenia. El promedio de estancia en alguna institución psiquiátrica para atender una recaída es 10 días, por ejemplo, en el Hospital Psiquiátrico Héctor Hernán Tovar Acosta, del IMSS, el costo por día de cama es \$4,500.00 (Verduzco W. 2006). El primer paso hacia este objetivo consiste en un diagnóstico del conocimiento de las enfermeras psiquiátricas del papel de las habilidades interpersonales en el tratamiento o rehabilitación de los pacientes y este fue el propósito del estudio piloto descrito a continuación.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 50 enfermeras psiquiátricas de los hospitales: Hospital Psiquiátrico del IMSS San Rafael y Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la SSA.

Validación y Medición

Se diseñó un cuestionario para explorar el conocimiento, tanto sobre la esquizofrenia como de habilidades sociales en dicho contexto, de las participantes, a partir de lo referido en las secciones previas del presente trabajo. El cuestionario se elaboró para conformar tres áreas con preguntas sobre conocimiento de:

- El padecimiento
- El tratamiento
- El papel de las habilidades sociales.

Inicialmente el cuestionario se aplicó a profesionales de la salud mental (15 alumnos del posgrado en medicina conductual) quienes fungieron como jueces. Después de escribir cada pregunta en una tarjeta separada, se les entregaban a los jueces con la solicitud de asignarlas a pilas de tarjetas que correspondieran, según su juicio, a

las tres áreas descritas. El procedimiento buscó validar el contenido de las preguntas mediante el análisis del porcentaje de acuerdo independiente (los jueces no se comunicaban entre ellos durante el procedimiento). Los porcentajes correspondientes a este procedimiento de Validación por Expertos se muestran en la tabla 1.

Recolección de datos

Una vez descartadas o reelaboradas las preguntas que no reunieron un mínimo de 80% de acuerdo independiente entre jueces, se

Tabla 1. Resultados del procedimiento de validación por expertos: (N=15). Frecuencias con porcentajes entre paréntesis.

Reactivo	Padecimiento	Tratamiento	Habs. Sociales
Padec 1	15 (100%)	0	0
Padec 2	15 (100%)	0	0
Padec 3	15 (100%)	0	0
Padec 4	9 (60%)	3 (20%)	3 (20%)
Padec 5	15 (100%)	0	0
Padec 6	13 (86.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)
Padec 7	15 (100%)	0	0
Trat 8	0	15 (100%)	0
Trat 9	0	15 (100%)	0
Trat 10	1 (6.7%)	14 (93.3%)	0
Trat 11	2 (13.3%)	13 (86.7%)	0
Habs 12	6 (40%)	0	9 (60%)
Habs 13	0	6 (40%)	9 (60%)
Habs 14	0	12 (80%)	3 (20%)
Habs 15	1 (6.7%)	2 (13.3%)	12 (80%)
Habs 16	1 (6.7%)	3 (20%)	11 (73.3%)

aplicaron los cuestionarios dentro de la sala designada para el personal de enfermería en cada uno de los dos hospitales. El lugar mantenía una iluminación y una ventilación normal y un ambiente adecuado.

Durante la aplicación las instrucciones se dieron a las participantes tanto verbalmente como por escrito. El tiempo aproximado de aplicación fue de una hora.

Se contabilizaron las respuestas correctas e incorrectas y se analizaron las respuestas fallidas para identificar las áreas de mayor falta o sesgo de la información esquizofrenia, tratamiento y el entrenamiento en habilidades sociales.

RESULTADOS

La tabla 2 muestra, para cada reactivo y su área correspondiente, el porcentaje de respuestas correctas emitidas por las enfermeras psiquiátricas participantes. En el área de conocimientos sobre el padecimiento, sólo 3 de los 7 reactivos recibieron 70% o más de respuestas correctas. Para el área de conocimientos sobre el tratamiento de la esquizofrenia, 2 de sus 4 reactivos obtuvieron 70% o más de respuestas correctas. Finalmente, en el área de conocimientos sobre habilidades sociales, 4 de sus 5 reactivos obtuvieron 70% o más de respuestas correctas.

Tabla 2. Porcentajes de respuestas correctas por reactivo (N=50)

Padecimiento	1	2	3	4	5	6	7
	100%	56%	40%	68%	82%	50%	70%
Tratamiento	8	9	10	11			
	68%	94%	6%	92%			
Habilidades	12	13	14	15	16		
	74%	40%	94%	92%	72%		

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran, en general, que los grupos de enfermeras psiquiátricas de hospitales públicos en la Ciudad de México, que participaron en el mismo, poseen conocimientos que se considerarían aceptables en 9 de 16 temas específicos relacionados con la esquizofrenia, su tratamiento y el papel de las destrezas sociales en la recuperación del paciente. Estos siete temas incluyeron tres sobre el padecimiento, dos sobre el tratamiento y cuatro sobre habilidades sociales.

En el área del padecimiento el conocimiento suficiente ocurrió en los contenidos sobre: principales síntomas generales de la enfermedad, características centrales de las ideas delirantes y la inespecificidad de algunos síntomas del padecimiento en el contexto de otros diagnósticos. El desempeño más bajo (menor a 50% de respuestas correctas) ocurrió en la variabilidad de síntomas de paciente a paciente,

En el área del tratamiento, los puntajes reflejaron conocimiento adecuado en cuanto a la importancia del tratamiento farmacológico, y la eficacia decreciente del tratamiento ante recaídas sucesivas. Los datos más bajos en esta área se dieron para la escasa contribución del hospital como rehabilitador.

En el área de habilidades sociales los puntajes más altos ocurrieron en contenidos relativos al papel de la atención y la memoria en el deterioro interpersonal y a la importancia de rutinas cotidianas definidas y relativamente fijas ante niveles serios de deterioro. El más bajo se dio respecto a la cantidad y distribución de la exposición del paciente a experiencias interpersonales en el tratamiento.

Dos principales limitaciones del presente estudio son: primero, la ausencia de una valoración empírica previa de la dificultad de los reactivos del cuestionario con un grupo grande de enfermeras psiquiátricas. Segundo la carencia de una revisión exhaustiva y a profundidad de cada idea contenida en los diversos párrafos del cuestionario.

En el primer caso, el esfuerzo que requirió hacer participar a las cincuenta participantes del estudio tomó prácticamente un año y, por momentos pareció que se reunirían mucho menos de la mitad de las que finalmente participaron. En el segundo caso, se optó por conservar el formato y redacción de los reactivos con más de una oración cada uno, en virtud de que esa es la forma en que suelen

aparecer en las lecturas utilizadas en la formación de profesionales que trabajan en hospitales con pacientes esquizofrénicos y que frecuentemente, en este contexto, la idea central de una oración depende o resulta cualificada por otra de otra oración contigua.

Lo que sí parece notorio es la necesidad de sistematizar el acceso de las enfermeras psiquiátricas en formación a lecturas actualizadas sobre la temática objeto del presente estudio y a experiencias de instrumentación supervisada de intervenciones que recurran a las habilidades interpersonales como parte del arsenal de herramientas de tratamiento del paciente esquizofrénico.

Si bien dentro de los distintos enfoques terapéuticos al tratamiento de la esquizofrenia hay variabilidad en cuanto la efectividad de cada tipo de intervención, más de sesenta estudios han aportado apoyo empírico en la relación entre funciones comunitarias y neurocognición y funciones comunitarias entre personas con esquizofrenia (Green, Kern, Braff, Mintz, 2000). Se han intentado relativamente pocos esfuerzos para aplicar este conocimiento al desarrollo de intervenciones de rehabilitación efectivas para personas con esquizofrenia (Velligan, Bow-Tomás, Huntzinger, Ritch, Ledbetter, Prihoda, Miller, 2000), especialmente en América Latina. En virtud de que la enfermera psiquiátrica es pieza clave en la instrumentación de estas intervenciones, los hallazgos del presente estudio señalan algunas deficiencias importantes en su formación.

Más de treinta años de investigación han mostrado que los mejores tratamientos para personas que sufren incapacidades debido a la esquizofrenia combinan la rehabilitación psicosocial con medicación psicotrópica y una herramienta medular de la rehabilitación es el entrenamiento en habilidades sociales. Tan sólo como un ejemplo, otro meta análisis de 27 estudios de entrenamiento en habilidades sociales de pacientes esquizofrénicos jóvenes y concluyeron que el entrenamiento en habilidades sociales mejoró la adquisición y durabilidad de habilidades sociales específicas y la readaptación de los pacientes (Benton, Schroeder, 1990).

La disfunción social y el desorden psiquiátrico derivan de las mismas raíces y de allí, necesitan ser tratados en una manera integrada. Un error frecuente de los programas de tratamiento para esquizofrenia es que el entrenamiento en habilidades sociales y el servicio de control de la medicación ocurren por separado y raramente los equipos interactúan (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 2004). Nuevamente, hace falta orientar parte de las intervenciones a la capacitación de las enfermeras psiquiátricas en esta línea de intervención.

El número de pacientes ancianos con esquizofrenia crónica está aumentando. El entrenamiento cognitivo-conductual de las habilidades sociales enseña técnicas de afrontamiento, habilidades en el funcionamiento social, solución de problemas y compensaciones dirigidas al deterioro neurocognitivo. Con éste entrenamiento los pacientes ambulatorios de mediana edad y

ancianos con esquizofrenia crónica, aprendieron habilidades de afrontamiento, evaluaron experiencias anómalas con más objetividad (alcanzaron gran insight cognitivo), y mejoraron el funcionamiento social. En efecto, numerosos estudios han mostrado que la terapia cognitivo-conductual puede mejorar los síntomas resultados de pacientes con esquizofrenia (Granhholm, et al., 2005; TARRIER, 2009) y la enfermera psiquiátrica resultaría en un recurso muy valioso para su puesta en marcha si su formación incluyera los aspectos medulares de la interacción social.

Lo anterior demuestra la importancia de la creación de una capacitación psicológica al personal de enfermería para el tratamiento de las personas que padecen esquizofrenia, antes del alta del hospital psiquiátrico. Dados los resultados de múltiples investigaciones en las últimas dos décadas, intervenciones de esta naturaleza, instrumentadas por el personal de enfermería sería de gran ayuda para dotar a los usuarios de las herramientas necesarias para su interacción social al regreso a su ambiente familiar, personal y poblacional.

Ya que el personal de enfermería es el grupo de profesionales con mayor contacto con el paciente, su intervención sistemática tiene el potencial de generar una mejoría importante y que ésta se refleje en acortamiento de las estancias hospitalarias y una funcionalidad mucho más adaptativa para el paciente al alta.

Propuesta de un Módulo de Capacitación

En virtud de los análisis anteriores y a pesar de las limitaciones señaladas, a continuación se propone un programa de capacitación para personal de enfermería psiquiátrica, centrado en el fomento del conocimiento de las destrezas sociales e interpersonales, la sintomatología, los desencadenantes de las crisis, el diagnóstico diferencial, habilidades de tipo conductual y componentes cognitivo y afectivos.

Introducción.

El objetivo del programa es capacitar al personal de enfermería psiquiátrica en entrenamiento en habilidades sociales para que a su vez estos puedan proveer al paciente de conducta social competente que les lleve a relacionarse de la forma más efectiva posible y evitar futuros re-internamientos.

Ante las características especiales del padecimiento que presentan los pacientes se considera que objetivos específicos a buscarse son los siguientes:

Identificación de sintomatología, situaciones fomentadoras de crisis, y conductas que requieren hospitalización.

Proporcionar información concreta sobre lo que son las habilidades sociales y la importancia de su uso.

Entrenamiento en la habilidad de: hacer y responder preguntas, opinar, conducta asertiva, pedir y dar retroalimentación, conversaciones, peticiones, justificaciones, y usar el pronombre “yo”, así como el contacto visual, gestos, expresión facial, postura, contacto físico, y reconocimiento del contexto social.

Entrenamiento sobre el conocimiento de sentimientos propios y extraños, expectativas y creencias, solución de problemas, empatía, percepción y evaluación inadecuada de las conductas de otros y autorreferencias negativas de sí mismo.

Reconocimiento y control de la ansiedad, respiración, y control de respuestas fisiológicas.

Contenidos y modalidades.

1ª Sesión. Presentación del programa, objetivos generales del mismo y el contenido, objetivos específicos en los que se pretende que se capaciten y marco teórico.

2ª Sesión. Marco para el informe sobre la sintomatología y las conductas que requirieron de hospitalización.

3ª Sesión. Diagnóstico diferencial y las situaciones que fomentan crisis y re-internamientos (Sección inicial de la presente tesis).^{4ª}

Sesión. Información adecuada de habilidades sociales y la importancia de su uso en su ambiente cotidiano, y en situaciones hospitalarias. Mirar a la persona que busca comunicar algo de manera no ofensiva, evitación de expresiones faciales y posturales inapropiadas, postura y proxémica corporal, contacto físico apropiado. Reconocimiento del contexto social del paciente e interacción congruente con éste.

5ª Sesión. Manera adecuada de comunicación, tanto en sentido verbal como los aspectos paralingüísticos (aspecto, modulación de la voz, volumen, el tono y la fluidez). Destrezas de contestación de preguntas, incluyendo cómo hacerlas y cómo responderlas; expresar una opinión adecuada sobre lo que se ha dicho o sobre el comportamiento de otros; expresión y, en su caso, defensa adecuada de opiniones propias, peticiones y derechos. El énfasis se hace en aquellas situaciones sociales en las que es probable que puedan discrepar uno o varios interlocutores, solicitar o dar retroalimentación, sin exageración ni indiferencia.

6ª Sesión. Inicio de una conversación, mantenerla y terminarla, y participar en las conversaciones iniciadas por otros, pedir a otra persona que diga, o haga algo que desea el sujeto, como información, disculpas o un favor, o bien negarse o resistirse a presiones de otros. Justificación de acciones o verbalizaciones en las que el individuo no deseó decir o hacer alguna declaración o conducta, y utilizar el pronombre “yo” en las conversaciones que así lo requieran.

7ª Sesión. Describir y, en su caso, modelar al paciente cómo reconocer los sentimientos propios y los de otras personas. Es de recordarse que en ocasiones el paciente suele confundirse en lo que está experimentando sentimentalmente, por lo que hay que ayudarlo a identificar o definir correctamente los aspectos de los cambios emocionales, y los momentos en los que suelen presentarse, así como entender la diferencia de emociones exageradas o incongruentes en ciertas situaciones concretas y a recibirlos de otros (agradecer agrado, afecto o admiración o agrado) y, por el contrario formular una queja ponderada ante desagrado o enfado.

8ª Sesión. Formulación, con el paciente, de expectativas que tienen las personas que le interesan, ya sean personales, familiares o sociales y hacer predicciones reales acerca de los acontecimientos futuros. Afrontamiento de problemas cotidianos utilizando la secuencia: conceptualización, evaluación, formulación de soluciones, selección de la solución más adecuada, puesta en práctica de la misma y evaluación de sus resultados.

9ª Sesión. Tratar (enfermera) que el paciente selectivamente se ponga en el lugar de otros y comprenda las manifestaciones que esto ocasiona, darse cuenta de sus percepciones y las evaluaciones que éstas ocasionen, como el actuar impulsivamente, inconscientemente, y de manera inaceptable, y tratar de no hacer juicios negativos sobre sus experiencias personales, que provoquen una autorreferencia negativa.

10ª Sesión. Reconocimiento de las manifestaciones de ansiedad, el momento en que ocurren y las circunstancias que las provocan, así como la manera correcta de respirar con el objetivo de relajarse y poder controlar reacciones emocionales y sus respuestas fisiológicas (taquicardia, dolor de estómago, sudoración, mareo, cansancio, etc.

Al final de cada sesión se llena un pequeño cuestionario o bitácora clínica de la sesión o se solicita una representación tipo *role playing* del aprendizaje adquirido durante la sesión, y se acuerdan los puntos a abordarse la siguiente.

REFERENCIAS

- American Nurses' Association. (2000). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing*. Washington D.C.: ANA.
- American Psychiatric Association (2003). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars médica
- Arango, C., Robles, O., Parellada, M., Fraguas, D., Ruiz-Sancho, A., Medina, O., Zabala, A., Bombín, I. & Moreno, D. (2009). Olanzapine compared to quetiapine in adolescents with a first psychotic episode. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(7), 418-428.
- Aznar, E., & Berlanga, A. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aznar, M., Fleming, V., Watson, H. & Narvaiza, M. (2004). Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14, 286-94
- Barrowclough, C., Tarrier, N. & Mueser, K. T. (1998). Social functioning and family interventions. In N. Tarrier, (Ed.) *Handbook of social functioning in schizophrenia*, (pp. 327-341). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Bellack, A. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 375-391.
- Bellack, A., Morrison, R., Wixted, J., & Mueser, K. (1990). An Analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bellack, A., et al. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia; *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Benton, M. K. & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Bernardo, M. (2005). *¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Guía para pacientes y familiares*; México: Grupo Ars XXI.

- Bohon, L., Santos, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Singer, R. (1994). The effects of a mental health video on the social skills, knowledge and attitudes of Mexican immigrants. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(2), 1794-1805.
- Brown, A. S.; Susser, E. S.; Jandorf, L. & Bromet, E. J. (2000). Social class of origin and cardinal symptoms of schizophrenic disorders over the early illness course. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(2), 53-60.
- Buceta, J. M, Bueno. M, et al. (2001), *Intervención psicológica y Salud: Control de Estrés y Conductas de Riesgo*. Madrid: Dickinson.
- Burgos, M. & Paravic, T. (2009). Enfermería como profesión; *Revista cubana de enfermería*, Recuperado el 16 de noviembre de 2009 en www.scielo.org.
- Cámara, G. (2004). Voz pro salud mental. Recuperado el 15 de Octubre del 2007 de: <http://www.vozprosaludmental.org.mx/portal/modules.php?name=News>.
- Cervilla, J. (2002). *Valoración y tratamiento del enfermo mental*; Madrid: Arán Ediciones.
- Chamorro, L. (2004). *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Cherry, B. & Jacob S. (1999). *Contemporary Nursing*. 3a Ed. Philadelphia: Elsevier.
- Ciccone, B. C., & Frari, S. A. (2006). Primeiro Episódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem, *Revista. Esc. Enfermagem*, 40(2), 286-291. Recuperado el 20 de septiembre del 2009 de <http://www.ee.usp.br/receusp/upload/pdf/251.pdf>
- Chinchilla, A. (2000). *Guía terapéutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Cirianni, M. & Percia, M. (1998). *Salud y subjetividad: Capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico*; Argentina: Lugar Editorial.
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- De los Ríos, J. L. & Sánchez Sosa, J. J. (2002). Well-being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction. *Salud Mental*, 25(2) 21-31.
- Deloughery, C. (1998). *Issues and trends in nursing*. 3a ed. St. Louis, MO: Mosby.

- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*. México: Manual Moderno.
- Donahue, M.P. (1996). *Nursing: the first art, an illustrated history*. 2a Ed, St Louis, MO: Mosby.
- Donna, M. (1984). At least as well cared for...Linda Richards and the mentally ill. *Image*, 16, 51.
- Dorsch, F. et al. (1994). *Diccionario de psicología*. Barcelona: Editorial Herder.
- DSM-IV. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.), México: Masson, S.A.
- Ellis, J. R. & Hartley, C. L. (1997). *Nursing in today's world: challenges, issues and trends*. Philadelphia, PA. : Lippincott Williams & Wilkins.
- Fernández-Ferrin. C. et al., (2000). *Enfermería: enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.
- Finck, M. (1978). Is ECT a useful therapy in schizophrenia? *Controversy in Psychiatry*, 183, 93.
- Finck, M. (1996). Convulsive therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 22. 22-39.
- Fornés, V. J. (2005). *Enfermería de la Salud Mental y Psiquiátrica, Planes de Cuidados*. España: Editorial Panamericana.
- Giger, J. N. & Davidhizar R. E. (1999). *Transcultural nursing: Assessment and interventions*. St Louis, MO: Mosby.
- García M. C. & Martínez M. (2001). *Historia de la enfermería Evolución Histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Granholm, E., Quaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D. & Pedrelli, P., et al. (2005). A Randomized, controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162,520-529. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml>
- Gold, S., Arndt, S., Nopoulos, P., O'Leary D. S. & Andreasen, N. C. (1999). Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1342-1348.

- Green, M. F, Kern R. S., Braff D. L. & Mintz, J, (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Gould, R. et al. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Hayes, A. (1995). Psychiatric nursing: What does biology have to do with it? *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 216.
- Harrison, G., Hopper, K., Craing, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. et al. (2001). Recovery from psychotic illness a 15- and-25 years international follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P. & Kopelowics, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Hogarty, G. E. & Ulrich, R. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *American Journal of Psychiatry*, 32, 243-250.
- Hwan, M. & Bermanzohn, P. C. (2003). *Esquizofrenia y patologías comórbidas: Diagnóstico y tratamiento*; Barcelona: Masson.
- Ikebuchi, E., Nakagome, K., Tugawa, R., Asada, Y., Mori K., Takahashi, N., Takazawa, S., Ichikawa, I. & Akaho, R. (1996). What influences social skills in patients with schizophrenia? Preliminary studies using the role play test, WAIS-R and event-related potential, *Schizophrenia Research*. 22, 143-150.
- IMSS. (2009). Revista “A Tu Salud” Número 59, Pág. 14, ed. IMSS: México.
- Keeling, A.W. & Ramos, M.C. (1995). The role of nursing history in preparing Nursing for the future. *N. & H.C. Perspectives on Community*, 16(1), 30-34.
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kenny, J. T., Friedman, L., Findling, R. L., Swales, T. P., Strauss, M. E., Jesberger, J. A. & Schulz, S. C. (1997). Cognitive impairment in adolescents with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1613-1615.

- Kopelowicz, A., Liberman, R. & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (suppl 1), 12-23.
- Kremen, W. S., Vinogradov, S., Poole, J. H., Schaefer, C. A., Deicken, R. F., Factor-Litvak, P. & Brown, A. S. (2010). Cognitive decline in schizophrenia from childhood to midlife: A 33-year longitudinal birth cohort study. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 1-5.
- Kurtz, M. & Mueser, K. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.
- Lefebvre R. (1995). *Thinking in nursing: A practical approach*. Philadelphia: American Nurses Association.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*. 57,104-114
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J. & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Lysaught, I. P. (1970). *An abstract for action*. New York. Mc Graw Hill.
- Luca, C., Rodríguez, R. & Sureda I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Matthew, M. Kurtz, Kim T. & Mueser. (2008). A Meta-Analysis of Controlled Research on Social Skills Training for Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491-504.
- McKenna, P. J. (2007). *Schizophrenia and Related Syndromes*. NY: Routledge.
- Minick, P. (1995). The power of human caring: Early Recognition of patient problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(4), 303-317.
- Moral de C. P (2004). La enseñanza de la historia de la enfermería en España, *index Enfermería*, v-13, n-47. Granada: España, invierno. Recuperado el 16 de noviembre de 2009 en www.scielo.org.
- Nathan, P. (1999). *Tratamiento de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Alianza.
- Nathan P. & Gorman J. (2002). *A guide to treatments that work*. 2a ed. New York: Oxford University Press.

- Olivares, J., & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Penn. D. L, Kohlmaier. J. R & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal Factors Contributing to the Stigma of Schizophrenia: Social Skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45, 37-45 www.elsevier.com/locate/schers. Recuperado el 13 feb. 2010.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. & Lemos, S. (2003). La vulnerabilidad a las Psicosis. En *Terapia Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia*. pp. (19-35). Madrid: Minerva Ediciones.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Brenner, H.,D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (suppl. 1), 64-80.
- Plan Nacional de Salud (1974). *Programa nacional de salud mental*. México: SSA.
- Potter. P. A, & Perry A. (2002). *Fundamentos de Enfermería; Volumen 1*, 5ª Edición. Madrid: Elsevier Science.
- Read, J., Mosher, L. & Bentall, R. (2006). *Modelos de locura: Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Heder Editorial.
- Rigol, A. & Ugalde, M. (1991). *Enfermería: Enfermería de la salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Salvat Editores.
- Robinson, G. (2000). *Essential Judaism: A complete guide to beliefs, customs and rituals* (pp. 557-566). New York: Pocket Books.
- Sanchez Sosa J. J. (2002). *Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health*. In: *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. Oxford, UK. EN <http://www.eolss.net>
- Secretaría de Salud, (1994). NOM-025-SSA2-1994 / Norma oficial Mexicana para la prestación de servicios de Salud en unidades de atención hospitalaria médica-psiquiátrica.
- Secretaria de Salud. (2001), *Programa nacional de salud 2001-2006*. Primera edición. México: SSA.

- Secretaría de Salud. (2002), *Programa Específico de Esquizofrenia 2001-2006*. Primera edición. México: SSA.
- Shoen, B. (2000). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. volumen II, Madrid: McGraw-Hill.
- Soni, S. D., Mallik, A., Reed, D. et al. (1992). Differences between chronic schizophrenic patients in the hospital and the community. *Hospital and community psychiatry*, 43, 1233-1238.
- Spitzer, L., First, M., Gibbon, M. & Williams, J. (2005). *DSM-IV-TR, Complemento del libro de casos*. Barcelona: Masson.
- Stephenson, J. (2000). Delay in treating schizophrenia may narrow therapeutic window of opportunity. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2091-2092.
- Strakowski, S. M., Keck, P. E. McElroy, S. L. Lonczak, H. S. & West, S. A. (1995) . Chronology of comorbid and principal syndromes in first episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 106-112.
- Stuart G. W. & Laraia T. M. (2006), *Enfermería Psiquiátrica, Principios y Práctica*, Octava Edición. Madrid: Ediciones Elsevier.
- Tarrier, N. (2008). Schizophrenia and other psychotic disorders. In D. Barlow (Ed.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 463-491). New York: Guilford Press.
- Trianes, M. V. & Fernández C. (2001). *Aprender a ser persona y a convivir: Un programa para secundaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189(1), 36-40.
- Valdés, V. (2005). *Relación Humana Del Nosotros al Yo*. México: Pearson Educación.
- Vázquez, J. (2005). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales*. Barcelona: Masson.

Velligan, D. I., Bow-Tomas C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J. & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1317-1323.

| Verduzco, W. (2006) Salud y Medicinas, recuperado 25 agosto del 2010. De: <http://www.saludymedicinas.com.mx/imprimirNota.asp?ID=250>

|
Volker, R., Mueller, D., Kim T. M., & Brenner H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32, Supplement 1, 81-93.

Watzke, S., Brieger, P., Kuss, O., Schoettke, H., & Wiedl, K. (2008). A Longitudinal Study of Learning Potential and Rehabilitation Outcome in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(3), 248-255.

Wolpe, J. (1958). *Psychoterapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Zipursky, R., & Schulz, S. (2003). *Estadios iniciales de la esquizofrenia*. Barcelona: Psiquiatría Editores .

ANEXOS

CUESTIONARIO FINAL

El instrumento utilizado fue el siguiente, el cual fue revisado y autorizado por las autoridades competentes.

N de encuesta:
Elaborado por:

Fecha:

Nombre:
Sexo:
Servicio:

Edad:
Categoría:

Instrucciones: Marque con una "x" si considera que es falso o verdadera la opción que crea conveniente. De preferencia conteste todo sin dejar pregunta en blanco. Se mantendrá discreción y confidencialidad de los resultados ya que estos no tendrán validez para fines de promoción o sanción. Es meramente de investigación.

En caso de existir duda en alguna de las preguntas, consulte a la persona que lo aplica la encuesta.

V

F

No sé

La esquizofrenia es: Un trastorno con signos y síntomas dentro de los cuales existen distorsión de la realidad, alteraciones sensoriales, contenido del pensamiento extraño y alteraciones afectivas.			
En la esquizofrenia se distinguen tres fases: prodrómica, aguda y residual.			
En la esquizofrenia, siempre aparecen alucinaciones.			
El estrés puede desencadenar una crisis en la esquizofrenia, lo que lleva a una recaída.			

Las ideas delirantes son: Creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o de las experiencias.			
Se consideran síntomas			

negativos a los que perjudican a la persona.			
Los síntomas característicos de la esquizofrenia pueden aparecer en otras enfermedades.			
En general los tratamientos psicológicos son ineficaces en la esquizofrenia.			

El tratamiento con fármacos es necesario para la esquizofrenia.			
Cuando las conductas problemáticas son inmanejables se requiere hospitalización urgente.			
Los pacientes que abandonan el tratamiento ingresan con mayor frecuencia involuntariamente, y los ingresos tienen una mayor duración.			
Los problemas de atención y memoria no afectan a las conversaciones.			
El aislamiento social en la esquizofrenia es negativo y debe procurarse que la persona pierda el miedo provocando todas las situaciones posibles.			
Cuando el deterioro en el funcionamiento diario (higiene y cuidado personal) es significativo, es adecuado crear rutinas.			
Las habilidades sociales son el empleo de técnicas conductuales o de aprendizaje que permiten a los pacientes satisfacer las demandas de la relación interpersonal, el autocuidado y el afrontamiento de problemas en la vida comunitaria.			
No es uno de los objetivos de las estrategias o habilidades sociales poner remedio a déficits específicos de la función de rol			

GUÍA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO.

1.- Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y símbolos peculiares tanto positivos que consisten en alucinaciones y delirios, así como negativos que incluyen funcionamiento social deficiente, afecto abatido, anhedonia, abolición y apatía; que han estado presentes durante un periodo significativo de tiempo, un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses.

2.- Las fases se suceden en el mismo orden que en el enunciado de la cuestión. La fase aguda se caracteriza por la aparición de cambios en el comportamiento, como pueden ser la dificultad para dormir, nerviosismo, aislamiento, pensamientos de prejuicio, etc. En la fase aguda predominan los síntomas característicos de la enfermedad especialmente los positivos. Se produce un cambio brusco en el comportamiento, marcado por los síntomas de la enfermedad. En la fase residual se manifiesta una disminución de síntomas, predominando los negativos.

3.- Los síntomas de la esquizofrenia varían mucho de una persona a otra, y en la misma persona a lo largo del tiempo. Aunque las alucinaciones son un síntoma característico de la enfermedad, muchas personas que tienen esquizofrenia no tienen alucinaciones.

4.- Un episodio psicótico tiende a desencadenarse cuando el estrés y las circunstancias de la vida facilitan su aparición. Las personas más predispuestas o vulnerables desarrollarán la enfermedad cuando se expongan a muy poco estrés mientras que aquellas con predisposición menor necesitarán sufrir situaciones de estrés más intenso o cambios vitales para desatollarla, o que reaparezcan los síntomas.

5.- Las ideas delirantes son creencias distorsionadas que se mantienen con mucha convicción y que suelen causar mucha preocupación y angustia, pueden ser muy peculiares y extrañas o más verosímiles y usuales. Se trata de convicciones muy rígidas, que se mantienen a pesar de que se presente argumentos en contra o a pesar de que sean lógicamente imposibles. Las creencias delirantes siempre se generan a partir de las experiencias y conocimientos de la persona.

6.- Todos los síntomas de la esquizofrenia producen un perjuicio a la persona. Se llaman así porque las funciones operan por debajo de lo normal o se han perdido, es decir, porque el desempeño de determinadas funciones psíquicas es menor que en las personas que no sufren enfermedad.

7.- La aparición de algunos síntomas no se identifica con el diagnóstico de esquizofrenia necesariamente. Los síntomas pueden aparecer en enfermedades tan diversas como la epilepsia, los tumores cerebrales o los trastornos depresivos, para establecer el diagnóstico además de la presencia de síntomas característicos es necesario que se produzcan durante al menos seis meses, y que haya un deterioro en el funcionamiento de la persona en aspectos importantes de su vida (trabajo, relaciones sociales, etc.).

8.- En la actualidad, existen diversas formas de intervención psicológica que mejoran significativamente la evolución de la esquizofrenia. De hecho los mejores resultados se obtienen cuando se combina el tratamiento con medicamentos, terapia psicológica o intervenciones en el entorno social de la persona.

9.- El procedimiento farmacológico es básico para el tratamiento de la esquizofrenia. Cuando no se disponía de los fármacos actuales la gran mayoría de las personas eran hospitalizadas de por vida, porque los síntomas de la enfermedad eran muy graves y les impedían vivir en la comunidad.

10.- Los problemas derivados de la incapacidad para manejar determinadas situaciones deben resolverse mediante una respuesta de tipo social, más que sanitaria. El hospital no es respuesta para todo tipo de situaciones conflictivas.

11.- Al cabo de un tiempo de abandonar el tratamiento, el paciente comienza a manifestar sintomatología psicótica y requiere otro más intensivo. Los estudios realizados parecen evidenciar que la duración del ingreso es mayor los pacientes presentan sintomatología más grave en el momento del ingreso y dificultan su propia recuperación ya que se propicia un deterioro psicosocial mayor.

12.- Los problemas de atención y memoria pueden afectar la comunicación. Pueden manifestarse en una menor receptividad o en distracciones durante las conversaciones, por ejemplo. No hay que confundirlos con la falta de interés en la conversación.

13.- Exponer a la persona que se retrae en las relaciones con los demás a múltiples situaciones sociales de forma masiva e indiscriminada puede provocar un aumento de la sintomatología de la enfermedad y un enconamiento del problema. El aislamiento social puede ser un síntoma negativo, el resultado de sintomatología depresiva, o deberse a la necesidad de reducir la estimulación ambiental o a consecuencia de miedos relacionados con creencias delirantes o alucinaciones. Aunque es conveniente que la persona mantenga contactos con otras regularmente, es necesario hacerlo poco a poco, sin exponerla a situaciones que puedan abrumarla.

14.- Cuando es manifiesto un deterioro acusado, es adecuado que todos los días, a las mismas horas, se realicen las mismas actividades de forma rutinaria.

15.- El ejercicio de estrategias o habilidades sociales se define por el empleo de técnicas conductuales o de aprendizaje que permiten a los pacientes adquirir unas habilidades instrumentales y afiliativas en los campos que se consideren necesarios para satisfacer las demandas de la relación interpersonal, el autocuidado y el afrontamiento de problemas en la vida comunitaria.

16.- El objetivo del ejercicio de estrategias o habilidades sociales es poner remedio a déficits específicos de la función de rol de los pacientes.