



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Tesina

*Crisis: Peligro y Oportunidad*

Que para obtener el título de  
*Licenciada en Psicología*

Presenta

*Citlali Alejandra Castro Munguía*

Asesor

Lic. Jorge Montoya Avecías

Dictaminadores

*Lic. Isaac Pérez Zamora*  
*Mtra. Angela María Hermosillo García*

Como parte del 8°. Seminario de Titulación:  
Psicología en Crisis, Emergencias y Desastres

Tlalnepantla, Edo. de México  
Mayo de 2008





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



## AGRADECIMIENTOS

---

*A todos mis Tutores a lo largo de mi Vida,  
Kínder, Primaria, Secundaria,  
Preparatoria y por supuesto Universidad.*

*A la UNAM,  
pero en especial a la FESI  
porque cada que me separo de ella siento que me hace falta,  
falta por el cariño que le tengo y que me da,  
falta por el conocimiento que de ella puedo obtener,  
falta porque sé que siempre me puedo superar,  
falta porque los beneficios siempre son mayores  
y porque la satisfacción que obtengo de ella es,  
Definitivamente porque me siento orgullosamente parte de esta  
Universidad a quien le agradezco, le pido más y sé, no obstante que  
también le daré mucho más.*

*A Jorge Montoya por ser mi tutor, mi guía y mi amigo.*

Porque soy Orgullosamente UNAM  
Nacida en Iztacala  
De Sangre azul y  
Hermosa Piel Dorada

*Gracias*



## RECONOCIMIENTOS

---

*A Dios  
por hacer posible mi existir de la manera que lo ha hecho*

*A mis Padres por la herencia legada de abrirme al conocimiento.  
Por la insistencia de ambos a ser tenaz,  
perseverante y por el apoyo a ansiar mis metas.*

*A mi Hijo quien sabe que está  
en mi corazón y en todos mis sentidos.*

*A mis Hermanos con quienes crecí,  
de quienes sin duda tengo influencias,  
aprendizajes, conocimiento y cariño.*

*A todos los que fueron, son y serán mis amigos,  
por que sin duda de todos he aprendido,  
incluyo aquí a las nuevas generaciones de Psicología  
de quienes he aprendido mucho y  
quienes me han brindado su amistad incondicional.*

*A mis Sobrinos por la chispa de felicidad que irradian.*

*A ti que siempre has sido especial para mí.*

*Gracias, gracias a todos.*



ÍNDICE

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	II
<i>RECONOCIMIENTOS</i>	III
<i>ÍNDICE</i>	IV
<i>RESUMEN</i>	V
<i>INTRODUCCIÓN</i>	VI
<b>CAPÍTULO I. TEORÍA DE LAS CRISIS</b>	
<i>1.1 DEFINICIÓN DE CRISIS</i>	<b>2</b>
<i>1.2 CRISIS DE DESARROLLO</i>	<b>6</b>
<i>1.3 CRISIS CIRCUNSTANCIALES</i>	<b>10</b>
<i>1.4. CRISIS FAMILIAR DE DESARROLLO Y CIRCUNSTANCIAL</i>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO II. EL PELIGRO Y LA OPORTUNIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA</b>	
<i>2.1 AGUDIZANDO EL PELIGRO</i>	<b>22</b>
<i>2.2 GENERANDO OPORTUNIDAD</i>	<b>35</b>
<i>2.3 EL APOYO PSICOSOCIAL Y LA RESILIENCIA</i>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO III. PROPUESTA PSICOLOGICA PARA CRISIS POR FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA</b>	
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<b>47</b>
<i>ALCANCES Y LIMITES</i>	<b>49</b>
<i>PROPUESTA</i>	<b>49</b>
<i>CONCLUSIONES</i>	<b>56</b>
<i>BIBLIOHEMEROGRAFÍA</i>	<b>61</b>



## RESUMEN



**L**os principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés; un marco que muestra cómo interactúan los estresores ambientales con la vulnerabilidad biológica para producir la psicopatología -peligro- y las incapacidades psicosociales secundarias propias de la esquizofrenia. En esta Tesina se presentan los argumentos teóricos, prácticos y metodológicos que fundamentan la creación de la estrategia dirigida a la familia con una persona esquizofrénica -oportunidad-. En el capítulo I se revisan los conceptos de Crisis, Crisis de Desarrollo y Circunstanciales. En el Capítulo II se desarrolla el camino al que puede llevar una crisis: la oportunidad que tiene una persona a medida que el propio riesgo disminuye al salir de la adversidad, en este caso la esquizofrenia. Finalmente en el Capítulo III se presenta la propuesta Psicológica para Crisis por Familiar con Esquizofrenia, basada en estrategias psicosociales de respaldo a las psiquiátricas y con estrategias desde el enfoque resiliente.



## Introducción

---

En general, las personas se encuentran en constantes cambios a lo largo de su vida, pero es importante que ante estos cambios el psicólogo actúe oportunamente para auxiliar en algún estado de crisis.

Existen 2 tipos de crisis, las consideradas como producto de *desarrollo* -Crisis de la adolescencia, Crisis de la adultez, etc.- descritas por Erickson (1985), como aquellas que se presentan en los períodos o estadios del ciclo vital y que necesitan tiempo para desprenderse de una situación pasada y adaptarse a otra nueva. Y las crisis *situacionales*, las cuales son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados; enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, conflictos familiares, laborales, económicos o alguna tragedia; un incendio o un terremoto por ejemplo (Sullinvan, 1989).

Dichas crisis son un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable en los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas (Raffo, 2005).

Aunque cada persona responde de manera diferente a una crisis éstas tienen elementos comunes, los cuales hay que destacar para ayudarnos a entender el proceso; una crisis presenta tanto una *oportunidad* como un *peligro*. La crisis como *oportunidad* puede ayudar a las personas, familias y comunidades a crecer aún en medio del dolor. Y como *peligro* las crisis se representan cuando las personas se aíslan, se estancan en su desarrollo, se dan al abandono, viven tristes, se enferman y hasta pueden intentar matarse (Montoya, 2000).



De manera que el énfasis de la *Oportunidad* se calcula para reducir el *Peligro* en una crisis (Slaikeu, 1996). Dado que cada persona reacciona de diversa forma dada una crisis podemos decir que no todas las personas son iguales ante un riesgo determinado, ya que reaccionan de manera diferente de acuerdo a su experiencia con la propia vida, los factores internos y externos (Theis, 2003).

De hecho, propiamente todo en la vida puede representar una amenaza (Kimberly, 1998), pero es importante el poder contrarrestar con acciones los factores de riesgo para que no se vea afectada la persona. Los factores de riesgo no actúan aislados, sino que al combinarse entre ellos es cuando la persona tiene menos probabilidades de crecimiento.

Theis (2003), menciona como ejemplos de situación de riesgo; la pobreza, el maltrato, las enfermedades psiquiátricas, un status socioeconómico bajo, la inestabilidad familiar y conductas adictivas de los padres tales como alcoholismo o drogadicción. Dice incluso, que cuando los diferentes riesgos se suman se eleva la posibilidad de una disfunción; pero cuando sólo hay una situación de riesgo la probabilidad de disfunción es mínima, o dicho de otra manera tiene mayores probabilidades de *salir adelante*.

En la actualidad todos estamos expuestos a situaciones de riesgo, ya sea por que estas situaciones vienen de nuestros parientes o padres, porque la sociedad en la que nos desarrollamos es la que está fallando o bien por alguna catástrofe (Ionescu & Joudan-Ionescu, 2003).

Hoy en día estamos más envueltos en factores de riesgo que en los de protección, sin embargo, no se puede hacer una distinción estricta ya que un mismo factor de riesgo puede llegar a ser de protección como lo es el impulso que tenga un niño de vivir sin sus padres frente a alguna tragedia y esto mismo lo haga salir adelante y tenga él éxito en la vida (Cyrulnik, 2002). De esta manera, es a partir de la desgracia que



sobreviene la esperanza. Así, las personas que se sobreponen de la adversidad y producen una metamorfosis de los infortunios en bienestar.

A esta manera de generar la *oportunidad* de crecimiento puede denominarse resiliencia; ésta, es el fenómeno que presentan las personas que se desarrollan favorablemente aunque hayan sufrido un tipo de estrés que comúnmente tendría consecuencias desfavorables (Manciaux y cols, 2003).

Es interés de esta tesina el pretender trabajar la resiliencia de las personas como *oportunidad* de crecimiento dada una situación adversa, por lo que hay que identificar y promover tal estado como estrategia psicológica. Las personas resilientes son en general de mayor coeficiente intelectual de notable habilidad para resolver problemas, afrontar la realidad con recursos variados y poseen una buena aptitud para manejar relaciones interpersonales. Son de voluntad y capacidad grande y su sentido del humor es amplio y positivo. Tienen más autoestima e independencia y menor tendencia a la desesperanza. Tienen una relación firme y afectiva con por lo menos algunos de los padres y superan mejor los problemas, aquellos con un grado de actividad alto, con capacidades de reflexión y con responsabilidad frente a otros individuos (Cyrulnik, 2002.; Kimberly, 1998; Bernard, 2004).

Como psicólogos es importante el poder dar alternativas de apoyo a las personas que así lo requieren, por lo tanto al ser las crisis motivo de investigación e intervención del psicólogo es entonces un tema que nos aqueja en todo sentido. Si bien, las crisis de desarrollo propias de toda persona, donde al crecer se producen cambios a ajustes del propio individuo.

Es de interés el observar cómo la población afectada de personas con esquizofrenia es de un 1% en México, por lo que tal población merece la atención adecuada como cualquiera. Se pretende, así que estos adquieran un estado de resiliencia ante tal situación adversa y que al tiempo sean capaces de influir la propia resistencia con su



familiar con esquizofrenia y éste tenga una mejor calidad de vida. La propuesta de trabajar con Familiares de Pacientes esquizofrénicos se fundamenta en que por ahora no existen herramientas para enfrentar tal situación ya que las instituciones para dichos pacientes están enfocadas principalmente al tratamiento con fármacos y no al desarrollo de estrategias que les permitan enfrentarse a las adversidades que así lo requieran.

Se tiene como objetivo realizar una investigación de tipo documental sobre las crisis de desarrollo y las circunstanciales, enfatizando en los conceptos de *peligro* y *oportunidad* como consecuencia de éstas; que permita generar una propuesta de Estrategia Psicológica para Crisis por Familiar con Esquizofrenia

## CAPÍTULO I

# Teoría de la Crisis

*“La desesperanza está fundada en lo que sabemos, que es nada,  
y la esperanza sobre lo que ignoramos, que es todo”*

*Maurice Maeterlinck*

**L**as crisis son un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable en los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas (Slaikeu,1996)



## 1.1. DEFINICIÓN DE CRISIS

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Raffo, 2005)

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución. De manera, que es en este momento, donde la intervención oportuna debe realizarse para reestablecer el equilibrio emocional (Hutchings & Balk, 1997).

La crisis psicológica se presenta en una situación difícil de resolver, el individuo se encuentra frágil, presenta un desequilibrio de sentimientos y emociones, donde la razón y la lógica se encuentra quebrantada, en ella se puede desarrollar la madurez o deteriorar la personalidad (Noesner, 1997).

Una crisis es una situación límite donde la persona pierde momentáneamente la capacidad del manejo de la situación mientras dura la crisis, además de que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda exterior (Rubín, 2001). La crisis genera ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional, pero



no debe considerarse esto como algo destructivo necesariamente, ya que las crisis pueden ayudar a crecer a desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamiento óptimo dada una intervención adecuada.

Aguilera & Messick (1976), dicen que una persona en crisis se encuentra en una situación decisiva, se siente desamparada, envuelta en un estado de gran trastorno emocional e incapaz de actuar por su propia cuenta.

Los autores arriba mencionados y algunos otros (Simington, 1996) coinciden en que dado un estado de crisis es importante que la persona restablezca su equilibrio emocional de manera positiva y así tenga un crecimiento, dado que es en un estado de crisis cuando la sugestibilidad tiene un mayor empuje hacia la persona y puede desarrollarse en etapas de su vida y/o personalidad (Miller e Iscoe, 1963 en Slaikou, op cit) que no hubiera hecho en otro estado.

Otros autores le dan mayor énfasis al definir una crisis como el que ésta tenga dos caminos; el peligro o la oportunidad. La oportunidad reside en el control o ausencia del peligro y éste a la vez es dado en función del riesgo (Slaikou, op cit; Pulakos 1993) debido a la vulnerabilidad que la persona presenta en una situación adversa, de crisis o amenazante.

Crisis significa una situación decisiva, grave en la vida de una persona o una comunidad. Así como significa un momento de ruptura, que podría desembocar en un desenlace fatal, al tiempo quiere decir que existe la *oportunidad* de mejorar tal situación.

Para Gómez del Campo (1994), una crisis es una combinación de situaciones de riesgo que en la vida de una persona coinciden con su desorganización psicológica y su necesidad de ayuda. Para este autor la crisis representa tanto el *peligro* de un



trastorno mental como la *oportunidad* para el crecimiento de una persona; ésta puede estar presente en la vida de todo ser humano. Las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad de resolver problemas, la ayuda externa es crítica para determinar cómo tomaron los individuos sus decisiones, es decir, el punto de partida o punto decisivo para el cambio.

Para Caplan (1964), la crisis es un período transicional que representa tanto una *oportunidad* para el desarrollo de la personalidad como el *peligro* de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental.

Montoya (2000), indica así mismo, que dado un estado de crisis existen dos caminos; el *peligro* o la *oportunidad*, y es en este último donde emerge el compromiso para actuar de manera adecuada, dando intervención psicológica oportuna para que la persona reincorpore su equilibrio emocional y de hecho lo supere.

Para Erickson (citado en García, 2002), la crisis contiene un potencial de crecimiento y desarrollo, así es que presenta un riesgo y a la vez una oportunidad. Una crisis en un punto crítico en el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación. Tal definición va enfocada a la crisis de desarrollo, pero diversos autores (Rubin y Blonch, 2001; Slaikeu, 1996) consideran que se aplica también a las crisis circunstanciales. De manera que las crisis se dividen en dos grupos: crisis evolutivas o de desarrollo y crisis circunstanciales.

Dicho lo anterior podemos decir que crisis es un estado de desequilibrio emocional donde la persona no puede utilizar sus recursos antes empleados para salir de un suceso experiencia o trauma surgido de manera inesperada, donde el peligro o la



oportunidad se encuentran en juego, teniendo en peligro factores de riesgo y estos se encuentran inversamente relacionados con la propia oportunidad de crecimiento.

Ahora bien, la manera en cómo intervenir ante tal situación también es diversa, algunos autores sugieren emplear técnicas de teorías de las crisis desarrolladas desde los orígenes de las mismas, consideran que la manera de salir adelante ante una adversidad o trauma es resistir a ella de una manera natural, ya que el ser humano tiene una enmarcable capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles.

Lo que es cierto es que la afinidad en tales posturas es el encontrar la solución más apropiada para las personas que se encuentran en un estado de adversidad, trauma o crisis, se reincorporen en la medida de lo posible a su estado de equilibrio emocional y si se es posible que lo superen o bien que puedan vivir con esa experiencia traumática reincorporándola a su vida y salir así adelante

.



## 1.2. CRISIS DE DESARROLLO

Una crisis de desarrollo es un punto crítico donde se debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación. Las crisis psicológicas del desarrollo son sucesos precipitantes que están inmersos en los procesos de maduración (Slaikau, 1996)

Caplan (1964), dice que una crisis es producto de una transición que vive el ser humano en las áreas intelectual y afectiva. Las crisis para el desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y de hecho, lo hacen posible. Una crisis es la versión extrema de una transición, y tales transiciones son dadas de una etapa del desarrollo a otra.

Así los patrones de procesos psicológicos no son estáticos, sino que están en constante cambio desde que una persona nace hasta que muere, donde la crisis es identificable por ser ésta un estado extremista y no en sí por el cambio mismo (Slaikau, op cit).

Diversos autores (Caplan, 1964; Slaikau op cit; Rubín y Blonch, 2001), coinciden en que las crisis evolutivas o llamadas también crisis de desarrollo son las que se presentan a lo largo de la historia de los individuos, en fases diferenciadas y como producto de las transiciones que vive el ser humano. Algunas hipótesis acerca de las crisis desarrollo a partir de investigaciones de diversos autores, dice que;

1.-La vida desde el nacimiento hasta la muerte, está caracterizada por el crecimiento y cambio continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista.



- 2.-El desarrollo se considera en una serie de transiciones y el individuo debe superar las actividades de cada una para pasar de manera adecuada a la siguiente.
- 3.-Las transiciones del desarrollo de los adultos son diferentes que en la niñez o adolescencia
- 4.-Cada etapa de la vida es única, sin embargo los motivos de los días juveniles son recordados y reelaborados durante todo el ciclo de la vida donde; “la identidad se hace y rehace”
- 5.-Los sucesos que precipitan una crisis deben de entenderse en el contexto de la historia personal del individuo.
- 6.-Una crisis es una versión extrema de una transición. Las transiciones son puntos decisivos o límites entre dos periodos de gran estabilidad. Estas transiciones pueden transcurrir fácilmente o pueden ser foco de trastornos significativos.

Las crisis de desarrollo son consideradas como una serie de transiciones o etapas, donde cada una es caracterizada por ciertas tareas. A tales tareas Erickson (op cit) considera importante identificarlas como sigue y rastrear el desarrollo de la personalidad en el ciclo completo de vida.

Fase I: Sentido de la confianza básica

Fase II: Sentido de la autonomía

Fase III: Sentido de la iniciativa

Fase IV: Sentido de la industria

Fase V: Sentido de la identidad

Fase VI: Sentido de la generatividad

Fase VIII: Sentido de la integridad

En ellas se desarrolla y describe las actividades que realizan las personas según la fase donde se encuentren y en base a esto supone un estado progresivo de las personas de una etapa a otra. Si bien Erickson fue el primero en desarrollar estas



etapas, las cuales han sido completadas en diversas investigaciones que retomadas por Slaikeu (1996) desarrolla y toma para la publicación de su material que así lo ejemplifica. Para él es importante determinar en qué momento tales transiciones se convierten en crisis, dice que una crisis del desarrollo puede ocurrir cuando:

- a) Las actividades se dificultan, por falta de habilidad o conocimiento
- b) Cuando hay una demanda de sobrecarga y la persona suma cierto puntaje de stress.
- c) Cuando una persona no se prepara para ciertos sucesos determinantes, como la menopausia o la viudez
- d) Si la persona se percibe así misma como fuera de fase ante la sociedad o grupo, aquí se refiere al estar fuera de tiempo con nuestros semejantes.

Menciona que dichas tareas son llamadas también como preocupaciones, donde depende de diversas variables, que incluyen la oportunidad del suceso externo como lo que éste significa para la persona en el entorno de la historia de su desarrollo para determinar la situación en crisis, depende entonces de la oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo.

Con mucha frecuencia el hecho que suscita la crisis de desarrollo es interpretado por la persona afectada como el gran colmo, al parecer es dado como un acontecimiento de importancia menor al final de una larga lista de sucesos tensionantes (Colmes & Rahe 1967 en Slaikeu, op cit). Según este modelo, la crisis de desarrollo se define como cualquier conjunto de unidades de cambio en la vida que suman 350 puntos o más en un año según la tasa de escala social de Holmes & Rahe (1967), dada en “*Jornal of Psychosomatic Reasearch* (citado por Slaikeu, op cit)



De manera que las crisis de desarrollo son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud y cuando hay alguna interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Y ya que estas etapas son progresivas se puede decir entonces que estas crisis son “predecibles”

Las Etapas descritas por Slaikeu (op cit) se refieren a;

ETAPAS	MOTIVO DE TRANSICION	POSIBLES	
			CRISIS
-Infancia	Confianza contra desconfianza		Alimentación
-Aprender a caminar	Autonomía contra vergüenza y duda		Esfínteres
-Infancia temprana	Iniciativa contra culpa		Heridas físicas
-Infancia media	Industrioridad, inferioridad		Aprendizaje
-Adolescencia	Identidad VS confusión de roles		Conflicto
c/padres			
-Adultez temprana	Intimidad VS aislamiento		Transición a
edad 30			
-Adultez media	Generatividad contra estancamiento		Economía
-Madurez	Generatividad contra estancamiento		Salud
-Vejez	Integridad del yo contra desesperación		Soledad

Entre algunos datos, ya que dicha información es muy extensa.

Cuando estas etapas son adaptadas de manera fácil, podemos denominarlas transición, pero cuando hay graves desorganizaciones, debido a la falta de habilidad de conocimiento u otros recursos no, de manera que, es a partir de los recursos disponibles, la preparación y otras variables que los acontecimientos tienen el potencial para precipitar una crisis del desarrollo .



### 1.3. CRISIS CIRCUNSTANCIALES

Las crisis circunstanciales, accidentales o inesperadas se caracterizan por un suceso precipitante o repentino que tiene poca o mucha relación con la edad del individuo o la etapa del desarrollo que está pasando en ese momento de su vida, es decir, que las crisis circunstanciales afectan a cualquier persona en cualquier momento de la vida (Slaikeu, 1996). Es además azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica. Surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar (Rubín y Blonch, 2001)

Es una respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado doloroso.

Slaikeu (1996), menciona como características de una crisis circunstancial;

- 1) Aparición Repentina. Bien puede aparecer de repente.
- 2) Imprevisión. No se puede prevenir
- 3) Calidad de Urgencia. Dado que la amenaza es repentina a nivel físico y psicológico, la estrategia de intervención también tiene que ser inmediata.
- 4) Impacto potencial sobre comunidades enteras. Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas
- 5) Peligro y Oportunidad. Si bien el peligro es la primera distinción de las crisis circunstanciales, puesto que estos mismos sucesos exigen nuevos métodos de enfrentamiento es posible que la persona tenga la oportunidad de reelaborar conflictos personales no resueltos en el pasado y esté mejor dotado para enfrentar el futuro después de la crisis.

El factor esencial que determina la aparición de una crisis es el desequilibrio entre la dificultad, la importancia del problema y los recursos con los que se disponen inmediatamente para enfrentarlos. (Slaikeu, op cit;; Simington, 1996) El individuo detecta estímulos que señalan peligro para la satisfacción de sus necesidades



fundamentales o que provocan una necesidad importante, las circunstancias son tales que los métodos habituales para resolver los problemas resultan insuficientes o ineficaces dentro del lapso de tiempo de las propias expectativas de éxito, por lo que la atención debida a la frustración de la necesidad se eleva, y esto es lo que en sí mismo involucra problemas de mantenimiento de la integridad del individuo o los grupos y puede estar asociado a sentimientos de malestar y esfuerzo subjetivo

Algunos autores (Howoritz en Slaikou, 1996; García, op cit) consideran la translaboración como punto clave para que la persona asuma el evento amenazante, la translaboración será la manera como afronte su autoimagen negativa o será la *oportunidad* de enfrentar armónicamente problemas y/o conflictos que al ser resueltos redunden en crecimiento y funcionamiento mejorado ya que esta implica los propios procesos cognitivos y al reelabora el suceso vivido bajo su propia concepción es como su propio proceso puede ir en ascenso o en decadencia hasta la crisis.

Taplin (citado en Slaikou, 1996), señala el componente cognoscitivo como fundamental para que el individuo pueda manejar su estado de crisis; como le afecta dicha amenaza dado su propio “mapa cognoscitivo” y si éste tiene la capacidad o no de manejar situaciones nuevas y dramáticas, es decir, que su afectación radica en la violación de sus expectativas sobre la estructura existencial de la persona acerca de la vida, dado algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo según su mapa cognoscitivo para manejar situaciones nuevas y traumáticas.

De la misma manera, diversos autores, consideran que el suceso como tal es manifestado como crítico o amenazante más allá de la naturaleza del mismo; de cómo el suceso es percibido de manera que sea éste una amenaza, debido al mapa cognoscitivo y a las expectativas establecidas de vida y qué conflictos personales se



hicieron evidentes en el proceso de crisis. Por lo que sugieren el proceso cognitivo como determinante para que una persona se encuentre o no en crisis. Es desde este concepto que un evento puede ser catastrófico y la persona puede sentirse miserable con facilidad. (Kraus, 1979 en Slaikeu, 1996) y es desde esta perspectiva que el evento traumático puede llegar a ser una vergüenza o humillación (Cyrllunik, 2002). Depende entonces de cómo sus factores internos; cognitivos, y externos; creencias sociales influyan en el propio desarrollo del mapa cognitivo personal y para que se desarrolle así mismo la propia crisis. Para Cyrllunik (op cit), los factores internos son formados en los primeros años de vida y son manifestados de manera natural mediante la huella biológica que existen desde temprana edad.

De manera que una “crisis” depende de diversas variables, desde que exista el suceso que lo precipita y el propio enfrentamiento de la persona dados sus recursos financieros, personales y sociales (Slaikeu, op cit).

Una crisis circunstancial puede deberse a factores tan diversos como; enfermedades, discapacidad general, cáncer, SIDA, cirugía, accidentes, quemaduras, defectos congénitos, embarazo, infertilidad, aborto, alcoholismo, drogadicción, muerte de un ser querido, homicidio, suicidio, violencia doméstica, agresión sexual, abuso sexual en niños, encarcelamiento, desastres naturales, provocados, residuos nucleares y tóxicos, accidentes aéreos, trastornos por estrés posttraumático, migración, separación, divorcio, violencia doméstica y otros (Slaikeu, op cit), pero pueden al tiempo tener una similitud y ésta radica en la manera como las personas perciben el acontecimiento en general y presentan entonces características afines como lo son las características de una crisis circunstancial arriba descritas y la oportunidad que éstas tienen para que la persona reestablezca su equilibrio emocional (Simington, 1996)



Rubín y Blonch (2001), mencionan que las crisis circunstanciales dadas de manera violenta, generan un trauma, y este trauma es un evento precipitante y destructivo dado en; desastres o catástrofes temporales, como; accidentes aéreos, tornados, huracanes, avalanchas de lodo, inundaciones y terremotos, exposición a elementos tóxicos, asesinatos en serie, asesinatos violentos, guerra, colapso de puentes y construcciones, tiroteos, secuestros, captura de rehenes y bombas terroristas. Tales eventos tienen como característica fisiológica para la persona afectada; taquicardia, sudoración, vértigo, temblor extremo, mareo, vómito, desfallecimientos, así como características psicológicas; confusión, excitabilidad, nerviosismo, rabia, pesadillas, aplanamiento emocional, incredulidad, sentimientos de culpa, tristeza profunda y miedo.

Tras el trauma (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.) el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se sostuvo a las circunstancias, por haberse salvado, por toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, y de excesiva autoexigencia. Se va teniendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos los elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés (Rubín, op cit)

Bajo el estrés agudo inicial que se produce tras el trauma (en el primer mes), así como bajo el estrés postraumático posterior (después de transcurrido el primer mes), también son frecuentes los sentimientos de indefensión e impotencia, las reacciones de ira, los sentimientos de hostilidad, de rabia y las imágenes de agresión contra la gente que consideran ha generado el daño.

Algunos autores llaman a tal situación stress-post-traumático. A primera instancia tal término era utilizado sólo para los sobrevivientes de guerra, pero al verse



semejanzas de comportamiento, por ejemplo los recuerdo instantáneos y a detalle del suceso, se ha extendido el término para explicar el desarrollo por el que pasan dichas personas en diversas situaciones de crisis circunstanciales y así mismo en las propias intervenciones (Rubin y Blonch, 2001).

Este estado de estrés se caracteriza por un intenso estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la rabia, la hostilidad, a veces la vergüenza, y con mucha frecuencia la tristeza e incluso la depresión (el trastorno de estrés posttraumático tiene una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, entre un 60-80% de personas presentan ambos desórdenes. Dicho estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta a la hora de readaptarse a las distintas facetas de la vida cotidiana.

Es por ello que la intervención psicológica de urgencia tiene que ser empleada y ejecutada como tal, ya que es importante tener controlada la comorbilidad lo más posible dado el suceso. Es por eso que algunos autores (Slaikeu, 1996; Raffo, 2005;) han desarrollado técnicas de intervención para dichos eventos y para ser aplicados de manera inmediata. Tal intervención es llamada de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y pretende reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Se considera que sólo es necesaria una sesión para esta intervención, pudiendo llevar esta de minutos hasta horas. La meta primordial sería el reestablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo de contención; reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda, mediante los 5 componentes de los primeros auxilios psicológicos los cuales son;

1) Realización del contacto psicológico, mediante empatía. El escuchar cómo la persona visualiza la situación. Sienta que lo escuchan, aceptan, entienden y apoyan



- 2) Analizar las dimensiones del problema, en pasado inmediato, presente y futuro inmediato.
- 3) Sondar posibles Soluciones; ver las alternativas posibles
- 4) Asistir en la ejecución de pasos concretos; implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta.
- 5) Seguimientos para verificar el progreso; verificar si el suministro de apoyo ha sido efectivo.

Algunas aplicaciones de intervenciones en crisis coinciden en que es primordial llevar acabo técnicas de intervención de primera instancia, ya que éstas manifiestan como primer punto el control de la morbilidad y el que la persona comente el evento traumático según su sentir.

La manera de intervenir debe de ser natural, hace de hecho una analogía; de cómo cuando éramos niños y nos caíamos de la bicicleta, entonces nuestros padres nos daban un abrazo y nos decían ¿qué sucedió?. El primer acercamiento debe ser sin duda empático, deben de validarse las sensaciones que los otros están expresando para que así surga la catarsis, es decir, que la persona diga lo que le ocurrió que hable de ello. En tales eventos traumáticos existen 3 categorías en las reacciones y estos son; pensamientos, sensaciones y comportamientos, los cuáles deben de ser evaluados a lo largo de la intervención, además de mantener conexiones con el equipo de intervención, pero también con los amigos y la familia.

Para los autores arriba mencionados la técnica del "Debriefing" es adecuada para la intervención en crisis ya que éste término se refiere al interrogatorio acerca del acontecimiento traumático y por ende que la persona hable de lo ocurrido, consideran que el hablar de lo sucedido tiene una sensación de utilidad y satisfacción. Tal proceso Evelyn & George (op. cit) lo denominan como un proceso



que comienza en el dominio cognoscitivo descriptivo, continúa con el dominio afectivo catártico, y regresa a un cognoscitivo normal.

Aún cuando otros autores, consideran que está técnica Deabrefing, no es útil, dadas sus investigaciones. Hay quién considera que se puede emplear pero que, o no se ha hecho adecuadamente o bien que debería emplearse en grupos afines como en eventos traumáticos masivos como en desastres y no así a cualquier grupo de intervención en crisis (Posek, 2004).

La mayoría de los autores (Raffo, 2005; Slaikeu 1996, y otros), considera que los primeros auxilios psicológicos los puede dar cualquier persona que tenga idea cómo hacerlo pero que de preferencia esté capacitada para ello, puede ser desde un familiar, personal de enfermería y bien psicólogos, pero en la intervención de segunda instancia o terapia para crisis .definitivamente debe ejecutarlo personal especializado.

La terapia para crisis se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis, de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

Tal postura considera que tal intervención debe ser breve, de 2 a 6 semanas y que la terapia multimodal es la más adecuada ya que tal terapia evalúa los 5 subsistemas de la persona y se buscará una estrategia de tratamiento adecuado. En tal postura, los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas del pensar, o sea de distorsiones cognitivas.



La terapia multimodal puede ser empleada como intervención en crisis de desarrollo como en las circunstanciales, desde la pérdida de empleo o la pérdida de un ser querido. La valoración debe ejecutarse desde inmediatamente anterior a la crisis hasta el impacto precipitante bajo las cinco áreas de funcionamiento; *Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva (CASIC)*

La valoración de funcionamiento CASIC previa a la crisis incluye;

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
2. Los recursos personales y sociales más patentes
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los supra sistemas, familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones
10. Otras tensiones anteriores al incidente

Dada una crisis es importante valorar el funcionamiento previo a la crisis y los 5 subsistemas del perfil CASIC (*Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva*) dados en el momento de la misma. Estos son;

Conductual; Actividades diarias. Estas son observables a primera instancia y son; patrones de trabajo, descanso, ejercicio, hábitos de comida, comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabacos. Presencia de actos suicidas, homicidas, o de agresión. Habilidad para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).



Afectiva. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos dados, presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc. Sentimientos de aceptación, de distorsión o negados de la realidad.

Somática. Funcionamiento físico en general; salud. Enfermedades a partir del evento que precipitó cambios en su vida; presencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales u otro. Estado general de relajación/tensión, sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

Interpersonal. Relación (asertiva o conflictiva) con otras personas: familia, amigos, vecinos, compañeros de escuela o trabajo. Número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos. Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

Cognoscitiva. Representaciones mentales acerca del pasado o futuro, autoimagen, metas en la vida, razón de las metas, creencias religiosas, filosofía de la vida, pensamientos de catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, idealización paranoide, actitud general; positiva ó negativa hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incómodas recurrentes.

Algunos autores (Posek, 2004, Manciaux & cols, 2003; Cyrlunik, 2002) sugieren que la intervención debe de estar enfocada al empuje de las fuerzas de la persona, a las habilidades de esta y a la resistencia de la propia crisis más que a las debilidades que la originaron ó a la propia patología. Lo cual considero que no está



contrapunteado con la terapia multimodal arriba descrita por lo que habría que considerarlo dada una crisis y en la propia intervención de ésta.

#### 1.4. CRISIS FAMILIAR DE DESARROLLO Y CIRCUNSTANCIAL

Una crisis, cualquiera que ésta sea está inmersa en factores biológicos, psicológicos y sociales. Y de estos últimos vamos a hablar, de los factores sociales, ya que las personas tienen un funcionamiento dinámico con su medio inmediato y es importante identificar e incluir tales factores que residen en la persona, pues las crisis no son dadas de manera aislada o en el vacío. Así las personas están incluidas en el microsistema familiar, ésta a su vez en la comunidad, exosistema, incluidos en el macrosistema, el más grande de las estructuras, que son los valores culturales y sistemas de creencias (Slaikeu, 1996).

Estos datos son importantes ya que cualquier crisis individual no se encuentra de manera aislada sino que esta inmersa en alguna de las estructuras anteriores y por ende hay que revisar los factores que la desencadenaron y revisar debilidades y fortalezas para poder intervenir propiamente dada una crisis.

Vemos pues la familia como el sistema más cercano a una persona, por lo que es importante apuntar de manera general que la familia como tal atraviesa por etapas de ciclo vital. Éstas a su vez se van desarrollando por medio de transiciones a veces dadas de manera más fácil en una etapa que en alguna otra, pero es cuando alguna de estas transiciones no se da de manera adecuada para la propia familia es cuando se genera una crisis la cuál afecta el sistema. De manera inversa cuando una persona está en crisis es afectada la propia familia (Slaikeu, op cit). Bien podríamos decir



que las crisis del ciclo vital son de desarrollo, pero hay circunstancias externas que hacen que ésta crisis no sea vista de esta manera y una de ellas puede ser el hecho de que uno de los miembros tenga una discapacidad o enfermedad (Rubin y Blonch, 2001).

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física o mental es un acontecimiento que desafía la capacidad del individuo y de su familia para enfrentarse y adaptarse (Slaikeu, op cit), ya que el conocer el diagnóstico puede constituir una crisis para la propia familia y propiamente el enfrentarse a tal situación de por vida (Castilla, Martínez, M, Martínez, J & Cáceres, 1998).

Dentro de la dinámica sistémica la idea central, es la de *ajuste*, ya que una familia puede haberse fortalecido por la enfermedad, pues se ha llegado a reconocer que una enfermedad puede estabilizar la estructura de algunas familias (Gaviria, 2004), cuando estas tienen la capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis (Allen, 2003). La resolución de la crisis va dirigida a la adaptación y la recuperación del equilibrio y es desde el significado que la familia le da al evento, la recuperación o repercusión que la crisis tendrá para con la propia familia, depende además de su capacidad de adaptación a la situación y cómo utilicen el resto de los recursos con que cuenta la misma.



## CAPÍTULO II

# El Peligro y la Oportunidad

*“Si es bueno vivir, todavía es mejor soñar,  
y lo mejor de todo, despertar”*

*Antonio Machado*

Una Crisis es un momento de peligro, pero al mismo tiempo es el nuevo camino u oportunidad para tomar una nueva vía, que sin haber pasado por ese momento jamás hubiéramos decidido iniciar. El símbolo del kanji – oriental- para representar la palabra crisis, se compone de dos significados, uno es "peligro", el otro es "oportunidad". Este símbolo y su traducción se tocan en cierta manera. Una situación en la vida o el trabajo, considerada como crítica o adversa debe ser reinterpretada por el que la está sufriendo.



## 2.1 AGUDIZANDO EL PELIGRO

El vivir con un familiar con esquizofrenia, es por definición un problema serio, que lleva a la familia a transformarse de manera radical. Todos los procesos familiares se verán afectados, sin embargo hay una posibilidad de encontrar en la dificultad una oportunidad de crecimiento, no olvidemos que el nuevo peligro puede tener un impacto positivo aún más grande en nuestra vida.

### *La esquizofrenia*

La *esquizofrenia* (del griego, *schizo*: "división" o "escisión" y *phrenos*: "mente") se caracteriza por una alteración de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. Pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz", queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil. Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. El término de esquizofrenia en sí significa "mente partida".

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud ofrece la siguiente descripción de la esquizofrenia: "Los



trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones (WHO, 2008)

La esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por *fuerzas extrañas*, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

Los síntomas de la esquizofrenia son muy variados, lo que sugiere que se trataría de varios trastornos, y no de uno solo. Ninguno de estos síntomas es *patognomónico* de esta condición, lo que dificulta el diagnóstico. Una persona con este diagnóstico por lo general va a mostrar un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa), delirio, alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones) y conductuales (López, 2000).

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad (Slade & Haddock, 1996).

La actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y existe una gran repercusión en el lenguaje, pues no piensa ni razona de forma normal.



El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento para otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un estado confuso onírico. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva.

La esquizofrenia afecta a las personas en el área social y laboral. Suelen tener problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo e incluso presentan dificultades en el cuidado de sí mismos.

Las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. La prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre el 0'3% y el 3'7% dependiendo de la zona del mundo, se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padre padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades.

La esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los *Trastornos Relacionados Sustancias*. Del 30 al 40 % de los esquizofrénicos presenta problemas de abuso de alcohol; el 15-25 % problemas con el cannabis; del 5 al 10 % abusa o depende de la cocaína. También se incluye el abuso de nicotina, muy frecuente en estos pacientes. Las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y la depresión provocados por la esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud, 1992)



## *Crterios diagnósticos*

Se llaman síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad. Serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. La sintomatología debe estar presentes durante al menos 1 mes y persistir durante al menos 6 meses. Como se observa no existe un cuadro clínico único, ya que hay múltiples síntomas característicos; emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora. Para su diagnóstico requiere de una exploración clínica y neurológica completa. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia: Existen los considerados síntomas positivos y negativos, que se describen a continuación:

**Síntomas positivos**, son aquellos excesos o distorsión de las funciones normales como:

*Alucinaciones*: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las 2 primeras son las más comunes). Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo.

*Ideas delirantes*: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental. Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que



puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio. Tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

*Lenguaje desorganizado e incoherente* (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosas, de celos e hipocondríacos).

*Trastornos del pensamiento:* la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad.

*Comportamiento gravemente desorganizado* (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

*Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos:* angustia, excitabilidad

*Síntomas positivos vegetativos:* insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios

*Síntomas positivos de la motricidad:* comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

**Síntomas negativos**, aquellos que parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes (Keshavan, Roberts Y Wittmann, 2000), son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos como:

*Pobreza afectiva:* se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en



aspectos del comportamiento como: expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica. Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado..., Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada. Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado. Sonríe cuando se habla de temas serios. Risa tonta, Ausencia de inflexiones vocales: el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen.

*Alogia*: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional. Pobreza del contenido del lenguaje: aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir. Latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta (Organización Mundial de la Salud, 1992)

*Abulia –Apatía*: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. Se manifiesta en: Problemas con el aseo y la higiene, Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, Sentimiento de cansancio, lentitud, Propensión al agotamiento físico y mental.

*Anhedonia – insociabilidad*: La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente



consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar. Relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones (Slade & Haddock, 1996).

*Problemas cognitivos de la atención:* Problemas en la concentración y en la atención, sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, Se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo.

También se produce una *despersonalización* donde los fenómenos psíquicos como la percepción, la memoria o los sentimientos aparecen como extraños a uno mismo: síndrome del espejo.

Otra característica es la *desrealización* o sensación de extrañeza frente al mundo externo, que por su proximidad y cotidianidad debería resultar reconocido. El entorno aparece como nebuloso, irreal, extraño e insólito (López, 2000)..

Fisiológicamente se puede observar un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales en los enfermos esquizofrénicos. Hay también un exceso de la actividad de los neurotransmisores dopaminérgicos.



Existen ciertas drogas que pueden inducir a la psicosis en personas con una especial vulnerabilidad a padecer esquizofrenia: anfetaminas (la más común), cannabis, alucinógenos (LSD), cocaína y alcohol.

Subtipos tradicionales

### **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución. Alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada. También pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro (Keshavan, Roberts Y Wittmann, 2000).

### **ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA**

Lenguaje y comportamiento desorganizado. Afectividad aplanada o inapropiada. Puede presentar ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente. Suele ser de inicio temprano. Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil).



## **ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA**

Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva. Negativismo extremo, o mutismo. Peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas. Copia lo que dice o hace otra persona. Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo (Organización Mundial de la Salud, 1992)

## **ESQUIZOFRENIA SIMPLE**

Es un tipo de esquizofrenia sin alucinaciones ni delirios, pero el enfermo pierde sus capacidades, no da a basto.



## **ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA**

Tiene un comienzo temprano (entre 12-13 años), en principio parece retraso mental. Sufre alteración de la conducta. Afectividad aplanada. Delirios. Los desarrollos hebéfrenicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias...). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

## **ESTADOS RESIDUALES O DE DEFECTO**

Predominan los síntomas negativos, ocurre cuando se cronifican las alteraciones anteriores. En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

### **Pronóstico**

Del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno.

### **Factores de mal pronóstico:**

Inicio en edad temprana.

Comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad.

Prevalencia de síntomas negativos.



Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social.

Trastorno previo de la personalidad.

Embotamiento afectivo.

Historia familiar de esquizofrenia.

Larga evolución antes del primer contacto médico.

Abuso de drogas.

Presencia de anomalías cerebrales claras (ventrículos dilatados).

Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.

La esquizofrenia de tipo desorganizado es la de mayor gravedad.

### **Factores de buen pronóstico**

Edad tardía de comienzo.

Comienzo agudo de la enfermedad.

Existencia de factores precipitantes: drogas.

Ausencia de embotamiento afectivo.

Factores precipitantes de la enfermedad claramente identificables.

Si la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad.

Ambiente social y familiar favorable.

Buen cumplimiento del tratamiento.

Antecedentes familiares de trastornos de humor.

Confusión y síntomas atípicos.

El subtipo de mejor pronóstico es la Esquizofrenia Paranoide.



## Curso de la enfermedad

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases (Slade & Haddock, 1996):

*1ª fase prodrómica:* es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios ..



*2º fase activa:* es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de las persona puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

*3ª fase residual:* no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culminación y el deterioro personal, social y laboral es grave.

Como se observa la esquizofrenia es una enfermedad compleja que requiere de un enfoque abierto y multidisciplinario, la investigación del riesgo es limitada, porque no muestra con claridad la relación entre causa y efecto. Por ejemplo, las circunstancias y las características de las personas que cayeron en la esquizofrenia, ¿Fueron la causa o el resultado de sus problemas? ¿La enfermedad los llevó a perder su hogar o la falta de hogar los empujó a la esquizofrenia? ¿La carencia de destrezas sociales en un niño conduce a una conducta alejada de la enfermedad o los niños con tendencias antisociales tienen dificultad para integrarse y emplear las destrezas sociales apropiadas y por tanto corren el riesgo de enfermar de esquizofrenia?

Estas interrogantes cuestionan los modelos actuales, por eso la tendencia a incluir los tratamientos psicosociales, como se verá mas adelante.



## 2.2 GENERANDO OPORTUNIDAD

A lo largo del pasado siglo, la aplicación de tratamientos psicológicos a la esquizofrenia ha seguido un curso irregular. Partiendo de orígenes pesimistas, dominados por la visión organicista de la psiquiatría que contemplaba la desintegración de la personalidad como una consecuencia inevitable del deterioro cognitivo de la psicosis, y pasando por la visión del psicoanálisis, que consideraba a la *demencia precoz* como una *neurosis narcisista* donde la transferencia y el tratamiento analítico no eran posibles, se ha llegado al momento actual de florecimiento y desarrollo de múltiples modalidades psicológicas de intervención, que han significado un cambio en la atención desde los procesos de rehabilitación o mejoría de las incapacidades secundarias de las personas.

Tras varias décadas de intentos fallidos de aplicación de los procedimientos psicoanalíticos a la psicosis, las tres últimas han representado el momento álgido del cambio en las actitudes y en el abordaje de los problemas de salud mental severos desde la óptica de las terapias psicológicas, durante el cual Slade y Haddock (1996), diferenciaron tres etapas sucesivas.

En la primera, que abarca los años 1960 y comienzos de 1970, se diseñaron las primeras intervenciones en psicosis basándose en los principios del *condicionamiento operante*, que significaron el desarrollo de «ingeniería conductual» dirigida al control ambiental de la conducta. En la década de 1970 y principios de 1980 se constató la introducción de los *tratamientos familiares* y de los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales con los pacientes. Finalmente, durante la década de 1990 se consolidaron de estas dos modalidades de intervención y a la introducción y desarrollo de las terapias



cognitivo-conductuales para el tratamiento de síntomas psicóticos residuales. Los ámbitos de intervención cognitivo-conductual en las psicosis, catalogados por Davidson, Lambert & McGlashan (1998), comprenden diversos déficit o anomalías, como la predisposición a la desorganización aguda, las distorsiones perceptivas, el deterioro de la atención, memoria, razonamiento diferencial y juicio social, los trastornos emocionales y deterioro en la regulación del afecto, la incapacidad social y la distorsión del sentido del yo y de los demás.

Los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés; un marco que muestra cómo interactúan los estresores ambientales con la vulnerabilidad biológica para producir la psicopatología y las incapacidades psicosociales secundarias propias de la esquizofrenia. Este modelo ha suscitado el surgimiento de la gama de formatos terapéuticos que actualmente conocemos y que se orientan hacia un doble objetivo; por un lado, el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una óptima protección de la persona (y que básicamente incluyen el tratamiento farmacológico, las habilidades personales de afrontamiento y de autoeficacia, la capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo familiar y social) y, por otro, la disminución o eliminación de los estresores ambientales y de la vulnerabilidad biológica subyacente (Birchwood, Hallet, & Preston, 1989; Wykes, Tarrire, & Lewis, 1998).

El tratamiento es farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolepticos (Haloperidol, Largacil, Meleril, etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. También produce efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos "síndrome neuroleptico maligno" que puede



llevar a la muerte. Los neurolépticos aparecieron en los años cincuenta, actualmente existen nuevas formas de presentación que reducen estos efectos secundarios como la Clizamina o la Risperidona, gracias a este avance los pacientes no abandonan tan fácilmente el tratamiento, pues no sufren tantas molestias.

American Psychiatric Association (1997)	Canadian Psychiatric Association (1998)	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)	Expert Consensus Treatment Guideline (1999)	Sociedad Española de Psiquiatría (1998)
<b>Fase aguda</b>				
Establecer alianza con pacientes y familia	Evaluación inicial y relación terapéutica	Evaluación Apoyo	Formación del paciente y de la familia	Información a la familia Elaboración de un proyecto terapéutico
Prevención del daño	Manejo de casos	Refuerzo de la realidad	Monitorización de la medicación y síntomas	Evaluación médica,
Reducción de la sobre-estimulación Estructuración del ambiente	Información al paciente y familia A b o r d a j e d e c r i s i s e i m p a c t o f a m i l i a r	Tratamiento de conductas desafiantes Información al paciente según su estado	Terapia individual de apoyo, centrada en la realidad	psicopatológica y social
Comunicación simple	Alianza con la familia	Información a la familia	Grupo de apoyo	
Apoyo tolerante	Planear descarga		Evaluación psicosocial	
Información				
Talleres de supervivencia familiar				
<b>Fase de estabilización</b>				
Reducción del estrés	Educación familiar, individual o grupal	Psicoeducación del paciente	Terapia individual de apoyo centrada en la realidad	Reducción del estrés del paciente Prevención de recaídas
Adaptación a la comunidad		Cumplimiento con el tratamiento	Rehabilitación	Adaptación a la vida en la comunidad
Terapia de apoyo	Adherencia a la medicación	Intervención familiar	Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales	Reducción de síntomas
Psicoeducación del paciente y de la familia	Prevención de recaída Tratamiento psicológico, que incluye :	Grupo familiar Integración de los cuidados	Apoyo familiar individual y grupal	
Autocontrol de la medicación y de los síntomas	educación, estigma, relaciones, auto-identidad, presión social			
Habilidades de conversación	Reintegración laboral, educativa			
Inicio de re habilitación, de bajo tono	Entrenamiento de habilidades			
<b>Fase estable</b>				
Entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria	Optimizar recuperación Afianzar el tratamiento de fase anterior	Rehabilitación: auto-cuidados, ocupación y ocio	Psicoeducación al paciente Rehabilitación conductual y laboral	Rehabilitación laboral, cognitiva y de síntomas residuales
Rehabilitación laboral		Intervención familiar	Grupos de autoayuda	Entrenamiento en habilidades sociales
Rehabilitación cognitiva	Supervisar fallos y cumplimiento del tratamiento	Terapia cognitivo-conductual para síntomas de la psicosis	Apoyo familiar	Intervención familiar
Manejo de estrés Tratamiento psicológico		Prevención de recaídas e intervención temprana	Monitorización de síntomas	Grupos de autoayuda
Prevención de recaídas				
Efectos adversos de la medicación				

Tabla 1 Comparación de las intervenciones indicadas, según las fases de esquizofrenia



Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que dañe a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias. La duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio.

### **Tratamientos Psicosociales**

Los medicamentos antipsicóticos ayudan a aliviar los síntomas psicóticos o "positivos" de la esquizofrenia (alucinaciones, ilusiones, e incoherencia) pero no necesariamente alivian los síntomas conductuales del trastorno. Incluso cuando los pacientes con esquizofrenia están relativamente libres de síntomas psicóticos, muchos todavía tienen dificultad con la comunicación, motivación, cuidado personal, y establecimiento y mantenimiento de relaciones con los demás. Con frecuencia, las personas desarrollan esquizofrenia durante los años críticos de formación de carrera en la vida (p.e., de los 18 a 35 años de edad). Por lo tanto, son menos propensas a completar la capacitación requerida para trabajo hábil. Como resultado, muchas personas con esquizofrenia no sólo sufren dificultades de pensamiento y emocionales, sino también de falta de habilidades sociales y laborales (López, 2000).

Los tratamientos psicosociales pueden ayudar con estos problemas psicológicos, sociales, y laborales. Éstos pueden tener valor limitado para pacientes agudamente psicóticos (aquellos que están fuera del alcance con la realidad o tienen alucinaciones o ilusiones prominentes). Sin embargo, pueden ser útiles para pacientes con síntomas menos severos o para pacientes cuyos síntomas psicóticos están bajo control. Numerosas formas de terapia psicosocial están disponibles para personas con esquizofrenia. La mayoría se enfoca en el funcionamiento social del



paciente, ya sea en el hospital, comunidad, en el hogar, o en el trabajo. La disponibilidad de las diferentes formas de tratamiento varía en gran medida de un lugar a otro (Slade & Haddock, 1996).

## **Rehabilitación**

La rehabilitación incluye una amplia variedad de intervenciones no médicas para aquellas personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes y anteriores pacientes a superar dificultades en estas áreas. Programas podrían incluir: Asesoría vocacional, Capacitación laboral, Resolución de problemas y habilidades para administración del dinero, Uso de transporte público, Capacitación en habilidades sociales

Estos enfoques son importantes para el éxito del tratamiento para esquizofrenia centrado en la comunidad. Éstos les proporcionan a pacientes dados de alta las habilidades necesarias para conllevar a vidas productivas fuera de los confines protegidos de un hospital mental (Scholten, 2007)

## **Psicoterapia Individual**

La psicoterapia individual involucra charlas programadas regularmente entre el paciente y el profesional en salud mental como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social psiquiátrico, o enfermera. Las sesiones se pueden enfocar en problemas, experiencias, pensamientos, sentimientos, o relaciones actuales o anteriores. Al compartir experiencias con un terapeuta capacitado, las personas con esquizofrenia gradualmente podrían llegar a entender más acerca de sí mismas y sus problemas. También pueden aprender a separar lo real de lo irreal y distorsionado (Vallina, . y Lemos, 2001).



Estudios recientes indican que la psicoterapia individual de apoyo, orientada a la realidad, y los enfoques cognitivos-conductuales que enseñan a lidiar y a resolver problemas pueden ser benéficos para pacientes externos con esquizofrenia. Sin embargo, la psicoterapia no es un sustituto para los medicamentos antipsicóticos. Éste enfoque es más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos de un paciente.

### **Educación Familiar**

Con mucha frecuencia, los pacientes con esquizofrenia son dados de alta del hospital y son dejados al cuidado de su familia. Por esta razón, es importante que los miembros de la familia aprendan todo lo posible acerca de la esquizofrenia y entiendan las dificultades y problemas asociados con la enfermedad. También es útil que los miembros de la familia aprendan maneras para minimizar la probabilidad de recaída del paciente. Ellos pueden necesitar estar al tanto de diferentes estrategias de adherencia al tratamiento, así como los varios tipos de servicios para pacientes externos y familias disponibles en el periodo después de hospitalización. La "Psicoeducación" familiar incluye enseñar varias estrategias para lidiar y habilidades para resolver problemas. Este enfoque puede ayudar a que las familias lidien de manera más efectiva con su pariente enfermo y puedan contribuir a un resultado mejorado para el paciente. Los miembros de la familia deberían estar conscientes de que ellos no causaron la enfermedad (Castilla, y cols. 1997)

### **Grupos de Auto-ayuda**

Los grupos de auto-ayuda con frecuencia están disponibles para personas y familias que lidian con la esquizofrenia. Aunque no son dirigidos por un terapeuta profesional, estos grupos pueden ser terapéuticos debido a que los miembros proporcionan apoyo mutuo continuo. Ellos brindan comodidad al ayudar a que los pacientes sepan que no están solos en los problemas que enfrentan. Los grupos de



auto-ayuda también pueden servir en otras funciones importantes. Las familias que trabajan juntas pueden servir de manera más efectiva como partidarios de programas de investigación necesitada y tratamiento en hospital y en la comunidad. Los pacientes que actúan juntos como grupo (y no como individuos) tal vez podrían disipar mejor ciertos estigmas asociados con la esquizofrenia y atraer la atención pública hacia tales abusos como la discriminación contra aquellos con enfermedades mentales.

Existen muchos grupos activos de apoyo para familias y pares, así como grupos de ayuda para la esquizofrenia en los Estados Unidos. Estos grupos proporcionan información útil y ayuda para pacientes y familias de personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales.

### **Terapia Electroconvulsiva (ECT)**

La terapia electroconvulsiva (ECT) ha mejorado drásticamente en años recientes y es muy efectiva en el tratamiento de depresión severa que no responde a medicamentos. También puede ser útil en algunos casos de esquizofrenia que no han respondido al tratamiento convencional. La ECT implica una serie de tratamientos en los cuales el paciente es sedado y recibe estimulación eléctrica suave, lo cual podría provocar daño a la memoria que podría durar varios meses.



## 2.3 EL APOYO PSICOSOCIAL Y LA RESILIENCIA

La investigación sobre resiliencia, junto con la teoría y las estrategias de ayuda que surgen de ella, ofrece una perspectiva más positiva y certera. Por un lado, porque brinda esperanzas basadas en pruebas científicas de que muchos, sino es que la mayoría, de quienes experimentan estrés, trauma, “riesgos” y enfermedades como la esquizofrenia en su vida pueden sobreponerse. Por el otro, porque alienta a los profesionales a centrarse más en los puntos fuertes que en los déficit, es decir, a analizar conductas individuales y a las personas desde la óptica de su fortaleza, y confirma el potencial de esos puntos fuertes como un salvavidas que conduce a la resiliencia

Además, muestra lo que está “bien” en la vida de las personas, algo que hasta hace poco tiempo se pasaba por alto y que puede construir un sendero de atributos por encima de todo lo que está “mal”. Finalmente, y lo que es más importante, señala qué debe ocurrir en las instituciones, escuelas, clínicas, etcétera, para que crezca la resiliencia en las vidas de las personas.

La investigación de la resiliencia difiere de las investigaciones sobre el “riesgo” que durante décadas contribuyeron a crear el modelo del déficit, centrado en la patología, que ha impregnado las concepciones del desarrollo humano. La mayor parte de las investigaciones del riesgo focaliza en individuos que tienen problemas concretos, como drogadicción, fracaso escolar y actividad delictiva. Una vez detectados estos individuos problemáticos, los investigadores del riesgo indagan sus historias personales, examinan las condiciones actuales de su entorno y encuentran determinados correlatos existentes en sus vidas. Estos correlatos, denominados “factores de riesgo”, son bien conocidos por la mayor parte del profesional e incluyen adicciones, familiares, pobreza, abandono, clima escolar negativo,



desorganización de la comunidad y falta de acceso a la satisfacción de las necesidades humanas básicas.

El modelo que se propone es el de la RUEDA de la Resiliencia (Henderson y Milstein ,2003), se compone de seis pasos para promover resiliencia desde los grupos, trátase de escuelas, clínicas o comunidades. A continuación se resumen las maneras en que las escuelas pueden poner, y han puesto, en práctica los seis pasos.

1. *Enriquecer los vínculos.* Uno de ellos es priorizar la participación de la familia en las actividades convocadas por los padres, otorgándoles roles significativos en las tareas, ofreciéndoles una variedad de formas de participación y hablando con los hijos periódicamente, felicitándolos por sus logros.

Los hijos y los padres también necesitan una variedad de actividades antes, durante y después del horario escolar. Algunas actividades interesan a ciertos jóvenes, con lo que incrementan su vínculo, y otras son de interés para otros. Es fundamental que se les ofrezca arte, música, teatro, todo tipo de deportes, tareas de servicio comunitario y clubes de diversas clases (podrá recurrirse a los padres para que ayuden a proporcionar muchas de estas cosas). Un ambiente que incluya cada uno de los siguientes pasos también tenderá a incrementar la vinculación.

2. *Fijar límites claros y firmes.* Éste es otro paso que funciona mejor si se incorporan otros varios pasos constructores de resiliencia. por ejemplo, es importante que los hijos y los padres participen en la determinación de éstos límites, que consisten en normas de conducta y procedimientos para hacerlas cumplir (incluyendo las consecuencias de incumplirlas). Los límites deben basarse en una actitud afectuosa, antes que punitiva. Las investigaciones



sobre la prevención indican que es conveniente que las políticas y procedimientos escolares y familiares, desde el jardín de infantes hasta el último año del colegio secundario, hagan referencias concretas a ciertas conductas de riesgo, como el uso del alcohol u otras drogas, los comportamientos violentos y la pertenencia a pandillas delictivas. Estas referencias deben expresarse en forma adecuada al nivel de desarrollo de los hijos.

3. *Enseñar habilidades para la vida.* Esto puede efectuarse de diversos modos. uno de ellos, que no requiere demasiado tiempo extra, es aplicar un método de enseñanza, basado en el aprendizaje cooperativo, que incorpore naturalmente las actividades para llevarse bien con los demás, trabajar en grupo, expresar opiniones propias, fijar metas y tomar decisiones. Las habilidades para la vida pueden involucrarse como un curso normal de acción cuando los hijos incurrir en mala conducta. Ésta es una consecuencia natural que ayuda al niño a construir su propia eficacia: ante las dificultades y desarrollar habilidades que pueden servirles para evitarse problemas en el futuro.
  
4. *Brindar afecto y apoyo.* Como se dijo antes, este paso es la base de toda construcción de resiliencia. Es el componente crucial de las actitudes que construyen resiliencia, pero también debe expresarse en conductas concretas, como tomar en cuenta a los hijos, saber sus gustos, estimular sus logros, investigar e intervenir cuando alguno de ellos enfrenta circunstancias difíciles. Los programas de incentivos familiares ofrecen a cada alumno una oportunidad de éxito, como subir una calificación en un punto o ser



premiado ya sea en el momento de hacer algo bien o en reuniones especiales para celebrar buenas acciones, son formas programáticas de afecto y apoyo.

Los padres pueden tomar la resolución expresa de ayudar a los alumnos a encontrar sus resiliencias personales. Entonces, estarán atentos a sus manifestaciones y responderán a ellas diciendo cosas como “tu comprensión de lo que ocurre en tu casa es un punto realmente favorable”, o “tu capacidad de encontrarle el lado humorístico a la situación es un modo increíble positivo de lidiar con lo que está pasando”, o “me admira cómo te apartas de esa situación para cuidarte y sobrellevarla”.

5. Establecer y transmitir expectativas elevadas. Bernard (1993), describe varias maneras en que las escuelas pueden implementar este paso constructor de resiliencia. En primer lugar, los mensajes de los padres a los hijos deben componerse de declaraciones como “convéncete de que puedes, esfuérzate y aguza el ingenio” y “ésta tarea que te pido que hagas es importante; se que tu puedes hacerla y no me daré por vencido contigo”. Las clases con expectativas elevadas presentan las siguientes características: currículos de mayor alcance, más significativos y participativos para todos los hijos; los padres expresan expectativas elevadas al establecer relaciones fundadas en la atención individual a cada hijo, aplicando un método de enseñanza personalizado y valorando la diversidad.
6. *Brindar oportunidades de participación significativa.* La base fundamental de este paso radica en contemplar a los hijos como recursos, y no como objetos o problemas pasivos. “No hacer nunca en la casa lo que pueden hacer los hijos” debería ser el lema, y cada aspecto del hogar deberá analizarse a efectos de encontrar oportunidades de dar mayor participación de los hijos. Los programas entre pares (incluyendo el servicio comunitario), las



numerosas actividades antes, durante y después del horario escolar que se mencionaron, y la aplicación de estrategias de enseñanza participativas, son medios de brindar a los hijos oportunidades de participación significativa.



## CAPÍTULO III

# P ropuesta de Estrategia

# Psicológica para Crisis por Familiar con Esquizofrenia

*“El Futuro Pertenece a aquellos quienes  
confían en la belleza de sus sueños”*

*Eleanor Roosevelt*

### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El impacto de la Esquizofrenia es que del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008):



- La Esquizofrenia afecta a 24 millones de personas en el mundo.
- La Esquizofrenia es un trastorno tratable, y su pronóstico favorable depende de que tan temprano sea detectada en las personas.
- Mas del 50% de las personas con esquizofrenia, no reciben una adecuada atención.
- El 90% de las personas con esquizofrenia que no reciben tratamiento, viven en países en desarrollo.
- La atención de personas con esquizofrenia puede se tratada a nivel comunitario, siempre y cuando exista una activa participación de la familia y el medio comunitario.

La necesidad de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud en ámbitos y culturas muy diferentes ha impulsado la elaboración de unos criterios específicos para identificar ésta enfermedad.

La **clasificación diagnóstica de la CIE-10** de la Organización Mundial de la Salud establece cuatro subtipos de esquizofrenia:

<i>Subtipo</i>	<i>Sistemas afectados</i>	<i>Síntomas característicos</i>	<i>Comentarios</i>
<b>Paranoide</b>	Pensamiento, percepción	Delirios (sobre todo de persecución)	El subtipo más común
<b>Hebfrénica (desorganizada)</b>	Emociones, voluntad	Afectividad inapropiada, simpleza, trastornos formales del pensamiento, fragmentación mental	Comienza en la adolescencia
<b>Catatónica</b>	Voluntad, actividad motora	Estupor, agitación, posturas extrañas, amaneramiento, negativismo	Cada vez más raro
<b>Simple</b>	Voluntad, personalidad	Retraimiento social, aplanamiento emocional, pobreza de ideas, disminución de los impulsos y la motivación	Comienzo insidioso de problemas del comportamiento



## 3.2 Alcances y límites

Esta propuesta tiene como sentido crear un espacio de trabajo multidisciplinario, que permita hacer frente a la atención de la familia en situación de un familiar con esquizofrenia. La propuesta tiene aplicación exclusivamente en pacientes que reciben tratamiento médico, ya que está centrada en la atención psicosocial, en estrategias de respaldo a los tratamientos farmacológicos.

## 3.3 Propuesta

El siguiente modelo de intervención está basado en el trabajo de las Modalidades de intervención psicológica en las psicosis de McGorry (2000), el trabajo de Vallina, O. y Lemos, (2001). y se complementa con las estrategias resilientes de Henderson y Milstein (2003) y Montoya (2007).

### **FASE 1 PRE-PSICÓTICA**

**Aplicación:** Individual y Familiar

**Modalidad:** Psicoeducación, Terapia cognitivo-conductual y Terapia familiar.

**Metas terapéuticas:** Reducción de síntomas y de discapacidad, Reducción en el riesgo de la psicosis, Mejora del funcionamiento familiar.

**Actividad Resiliente:** Establecer vínculos prosociales.

Existen varios medios de incrementar los vínculos en la familia y en los grupos externos a ella, ya sean deportivos, espirituales, académicos y sociales. Para ello la



familia tendrá en esta etapa que trabajar con las áreas de crecimiento (Montoya, 2007): *Educativa*, que permite a la familia crecer dentro de un contexto social, prepararse, incrementar el conocimiento en todos los aspectos, no sólo del sentido común; *Reproductiva*, basada principalmente en la decisión de los padres en decidir el número de hijos que desean; *Afectiva*, en la que cada miembro debe participar fomentando el afecto entre ellos, una palabra, un abrazo, una caricia, un presente, etc.; *Doméstica*, se refiere a la participación de todos los miembros en la distribución y realización de actividades de la casa de mantenimiento y de confort; *Sexual*, centrada básicamente en los padres, pero que en determinado momento afecta a los hijos mayores, es la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales que nos permiten ser humanos; *Económica*, se refiere a la administración y dotación de recursos económicos con los que se mantiene a la familia; y finalmente *Recreativa*, la cual se refiere a la cantidad de actividades de carácter exclusivo de entretenimiento y diversión con todos los miembros de la familia.

En este caso es fundamental abrirse al grupo de asistencia, ser capaz de lidiar con el equipo médico que este tratando al paciente. Vincularse con sus tiempos y sus formas. Que la familia aprenda a relacionarse con los médicos, las enfermeras, los asistentes y hasta con el personal de seguridad, para facilitar la asistencia a su familiar y así afrontar de mejor manera la situación. Eso facilitaría mucho el proceso emocional causado por el impacto de la experiencia.



## FASE 2 PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS: FASE AGUDA (0-2 MESES APROX.)

### **Aplicación** Individual y familiar

### **Modalidad** Intervención y apoyo en crisis Psicoeducación

### **Metas terapéuticas**

Reducción de la angustia emocional. Mejora del conocimiento y comprensión de la psicosis. Estrategias de afrontamiento adaptativas. Regreso al funcionamiento normal. Reducción de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

**Actividad Resiliente** Fijar límites claros y firmes y brindar oportunidades de participación significativa.

Los límites deben basarse en una actitud afectuosa, antes que punitiva. Las investigaciones sobre la prevención indican que es conveniente que las familias hablen claro sobre las conductas de riesgo y problemas de frente, y de manera directa. NO sólo del brote psicótico, sino del uso del alcohol u otras drogas, los comportamientos violentos y la pertenencia a pandillas delictivas, como consecuencia del problema familiar. Establecer límites firmes respecto a la nueva forma de organización de la familia y en particular de cada uno de los miembros (Keshavan, Roberts Y Wittmann, 2000)

Asegúrese que en la familia se:

- Comprenda y respeten las costumbres, normas y reglas familiares.
- Participen en familia a en los cambios de reglas.

Uno de ellos es priorizar la participación de cada uno de los miembros en las tareas familiares y las actividades domesticas, recreativas y de educación. Otorgándoles roles significativos en tareas específicas, ofreciéndoles una variedad de formas de



participación y hablando con ellos -padres a hijos- periódicamente para transmitirles alguna buena noticia sobre sus realizaciones personales.

### FASE 3 RECUPERACIÓN TEMPRANA (2-6 MESES APROX.)

**Aplicación** Individual, Familiar y grupal

#### **Modalidad**

Manejo de casos basado en las necesidades Psicoeducación «Trabajo con familias», con educación y apoyo. Intervenciones de grupo, basadas en necesidades Intervenciones cognitivo-conductuales para la recuperación. Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE). Prevención del suicidio Reducción del consumo de cannabis (cognitivo-educativo-motivacional).

#### **Metas terapéuticas**

Adaptación óptima al inicio de la psicosis y a sus implicaciones. Reducción de la angustia emocional. Ajuste familiar óptimo y aminoración de la angustia emocional Reintegración, relaciones interpersonales, conocimiento y ocio Rehabilitación laboral. Habilidades interpersonales. Buen conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad. Correcta adaptación y manejo de la enfermedad. Reducción de la comorbilidad. Funcionamiento psicosocial óptimo. Reducción de la ideación, conducta y riesgo de suicidio Reducción del uso de cannabis.

**Actividad Resiliente.** Enseñar habilidades para la vida y Enriquecer los vínculos prosociales y Brindar apoyo afectivo.

En donde cada miembro de la familia:



- Recibe continua instrucción sobre habilidades para la vida apropiadas a su nivel de desarrollo.
- Ha integrado las habilidades de tal modo que la mayor parte del tiempo pone en práctica la asertividad, las técnicas de rechazo, la resolución sana de conflictos, la adopción de buenas decisiones y el manejo del sano estrés.
- Se conecta con al menos uno de los muchos adultos atentos a la comunidad
- Participa en alguna de las numerosas actividades antes, durante y después del horario escolar.
- Participa en interacciones cooperativas entre pares a través de estrategias de enseñanza y/o programas escolares y familiares.
- Tiene una conexión positiva con el aprendizaje y conocimiento familiar
- Siente que la familia es un ámbito afectivo.
- Tiene una sensación de pertenencia.
- Experimenta la familia y el hogar como un equipo.
- Percibe muchas maneras de ser reconocido y premiado.

#### **FASE 4 RECUPERACIÓN POSTERIOR (6-24 O MÁS MESES)**

**Aplicación** Individual, Familiar y Grupal

#### **Modalidad**

COPE Prevención de recaída (+ Psicoeducación + terapia de cumplimiento)  
Tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes (STOPP) Apoyo intensivo y educación para familias con pacientes de recaídas frecuentes y escasa respuesta al tratamiento Intervenciones laborales, interpersonales y psicoterapéuticas



## Metas terapéuticas

Adaptación óptima y funcionamiento con el mínimo malestar emocional. Buen conocimiento (un modelo explicativo de trabajo). Tasa de recaídas mínimamente razonable. Buena adherencia a la medicación Reducción de síntomas positivos residuales. Reducción del malestar emocional. Mejora del funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida. Reducción del impacto y de la angustia en la familia. Mejora en las formas de afrontamiento familiar. Crecimiento familiar y mejor calidad de vida Progreso laboral. Mejor funcionamiento psicosocial, mejores relaciones familiares y con los demás

**Actividad Resiliente.** Brindar oportunidades de participación significativa y Establecer y transmitir expectativas elevadas.

Donde cada miembro de la familia:

- Se siente escuchado en la adopción de dediciones familiares.
- Participa ayudando a otros a través del aprendizaje cooperativo, el servicio comunitario, la colaboración entre pares u otras vías.
- Se siente eficaz al encarar nuevos desafíos, como la enfermedad de un familiar.
- Siente que cada meta/aspiración positiva puede ser alcanzada.
- Demuestra confianza en sí mismo y en los demás.
- Se alienta a sí mismo y a otros a hacer algo “lo mejor posible”.

Además, para una sana convivencia entre los pacientes y el personal médico, es vital considerar:

- Participación activa de los padres de familia en el apoyo del cuidado y tratamiento del paciente.



- Orientación de las actividades del tratamiento por parte del personal médico.
- Las observaciones de los psicólogos para orientar a la familia
- La participación de la comunidad (familia extensa y vecinos) así como de las autoridades médicas directamente relacionadas con el tratamiento.



# C Conclusiones

*“Nunca dejes de Sonreír no sabes quien  
se va a enamorar de tu sonrisa”  
Gabriel García Márquez*

Algunos autores (Hutchings & Balk, 1997; Noesner, 1997; Simington, 1996); definen las crisis como un estado temporal de trastorno psicológico donde la persona se encuentra en un desequilibrio emocional debido a que no ha podido enfrentar satisfactoriamente el evento traumático con los mecanismos habituales de la persona.

Otros autores, le dan mayor énfasis a la definición de crisis como el que ésta tenga dos caminos; el peligro y/o la oportunidad. En la oportunidad la persona puede desarrollar etapas inconclusas que anteriormente no había desarrollado y que en éste estado, de sugestionabilidad, lo puede hacer, mientras que el peligro, es manifestado si no se resuelve de manera positiva una crisis. Hay quien se deja al abandono y



piensa que ya nada tiene sentido (Slaikeu, 1996). Caplan (1964), considera que la persona puede llegar incluso a la locura o al suicidio.

Existen las crisis de desarrollo; las cuales pueden ser predecibles, ya que los autores sugieren que no se puede pasar de una etapa sin antes haber concluido la anterior por medio de transiciones que hacen posible la evolución de las mismas, y las crisis circunstanciales; estas pueden ser dadas por eventos azarosos, precipitantes, imprevistos, repentinos, intensos, conmovedores y catastróficos, son dolorosos y pueden ir desde la muerte de un ser querido, desastres, enfermedades, discapacidades y otros (Slaikeu, op cit).

La diferencia entre las crisis de desarrollo y las circunstanciales radica en que las crisis de desarrollo son predecibles ya que las etapas de transición son similares, aunque no significativas, para todas las personas, mientras que en la crisis circunstancial no es predecible, es azarosa y no depende de la edad de la persona para que ésta aparezca.

La similitud que existe en tales crisis es que el trauma o situación adversa es dada en gran medida por la propia significación que le dé la persona, ya que a una persona le puede afectar más un evento determinado que a otra, y otra similitud es la oportunidad que en ellas reside para poder salir adelante y reincorporar tal adversidad al trama de la vida.

La manera de cómo intervenir depende de de diversas técnicas empleadas, pero considero que la más adecuada es la terapia multimodal desarrollada por Slaikeu (1986), que evalúa e interviene en diversas áreas, que se complementan al tiempo con la interacción de la persona con su ambiente, ya sea, familia, comunidad y mismo país (valores culturales). El perfil que maneja la terapia multimodal evalúa los siguientes subsistemas; Cultural, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo.



Mientras que para Slaikeu (1986) es importante el determinar fortalezas y debilidades de cada una de las áreas del perfil CASIC arriba descrito, otros autores le dan mayor énfasis en las habilidades de las personas, pues mencionan que la manera natural de que una persona salga adelante es resistir al trauma de manera natural mediante las propias habilidades que lo hacen así salir adelante( Cyrllunik, 2001)

En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, y pueden presentarse ideas delirantes en los actos y pensamientos del individuo afectado.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, pero también suelen presentarse otros trastornos de la percepción: los colores pueden parecer excesivamente vívidos y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

El pensamiento se vuelve más vago, elíptico, oscuro, y su expresión verbal es a veces incomprensible. Las características de la afectividad son: la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

La salud mental y la enfermedad mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tenemos, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza, apoyo, y recibirlos, y de nuestra tolerancia.



Este conjunto de valores, actitudes y habilidades pueden admitir una variedad de definiciones, no existen parámetros absolutos y cada cultura y cada grupo humano y cada familia e individuo elabora los suyos.

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estamos más preparados para aceptar y comprender el caso de las enfermedades físicas. Otros elementos que tienden a confundir son que estos trastornos no tienen una causa o causas conocidas o fáciles de reconocer, varían de una persona a otra y su tratamiento también es confuso

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista.

Por años la investigación y la intervención en psicología se han centrado en el estudio del riesgo, del **peligro** que representan los trastornos en la vida de las personas, no sin antes revisar toda la etiología -causas- que las generan. Gracias a estos estudios, la psicología y las ciencias de la salud han dado respuesta a las variedades problemáticas del comportamiento en la sociedad

La esquizofrenia como problema de salud pública, no solo nacional sino mundial, está vigente como dolencia social, que afecta al individuo que la padece en la mayoría de sus áreas de su funcionamiento y al núcleo social que lo alberga en su dinámica, adaptabilidad y modo de relacionarse socialmente como parte de una sociedad.



Los programas de salud gubernamentales enfocados a la atención de esta población, recientemente adoptaron programas de complemento al tratamiento farmacológico, no como una moda, sino como una necesidad de intervención. Las investigaciones longitudinales han permitido corroborar el abandono de los pacientes al tratamiento, sobretodo cuando está exclusivamente fundado en los medicamentos. La estrategia mundial esta enfocada al fomento de tratamientos complementarios, que involucren a todos los profesionales de a salud que convergen en el paciente esquizofrénico y en su familia.

Ver a la familia del paciente como una unidad destinada al apoyo del proceso de la enfermedad y no como un ente emisor de un paciente y pasivo ante la enfermedad. Es una tarea que permitiría al profesional de la salud, tener mejor pronóstico, no nada más con el paciente, sino con su propia satisfacción laboral. Crear una red de apoyo como lo propone la resiliencia, beneficia a la familia, al personal de salud y al mismo paciente

Ésta es la óptica del enfoque resiliente, dejar de ver el riesgo para centrarse en las oportunidades, por difíciles, complicadas y bochornosas que sean. Reconocer el riesgo real, en éste caso la enfermedad de un familiar, amortiguando el impacto emocional y el contraste en el comportamiento.

Afrontándolo de manera creativa la situación, tanto clínica como social, que fomente nuevas redes y que se funde en el afecto y el apoyo. La oportunidad en éste sentido es real y NO una falsa realidad, como lo dice Montelongo (2006), estar concientes de la situación, con sus agravantes sociales y psicológicas, que le permitan tener ese Sentido de la Realidad, sea cual sea.

Un hecho evidente es que sí la familia y el paciente no cambian su estilo de interacción, sus hábitos familiares y sus costumbres, difícilmente fructificarán los tratamientos médicos y psicosociales.



# Bibliohemerografía

*“Espera lo inesperado así estarás preparado”*

Aguilera, D. y Messick, J. (1978). Intervención en Crisis. Teoría y Práctica. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Allen, I. (2003). Socialización Natural Y Artificial – Resiliencia. Disponible en: <http://www.ipap.sg.gba.gov.ar/doc/ai2.doc>. Recuperado el 19 de enero de 2005.

Bernard, D. (2004). Turning it around for all youth: from risk to resilience. Disponible de la base de datos ERIC DIGEST. Recuperado el 14 febrero 2004. Children's Research Center, 51 Gerty Drive, Champaign, IL 61820-7469 (217) 333-1386; (877) 275-3227



- Caplan, G. (1964). Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidos. Buenos Aires.
- Castilla, M y cols. (1997). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Disponible en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf/orig2-68.pdf>
- Cyrulnik, B. (2001). Hay vida después del horror. Entrevista realizada por Sophie Boukhart, periodista del correo de la UNESCO (Internet).
- Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.
- Davidson, L., Lambert, S., & McGlashan, T. H. (1998). Psychotherapeutic and cognitive-behavioral treatments for schizophrenia: Developing a disorder-specific form of psychotherapy for persons with psychosis. In C. Perris & P. D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 1- 20). New York: Wiley.
- Erickson, E (1985). El ciclo vital completado. Traducción de Eduardo prieto. México: Paidos.
- Gómez, M. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL .
- Henderson, N. y Milstein, M. (2003). Resiliencia en la Escuela. Argentina: Paidos.
- Holmes & Rahe (1967). Holmes-Rahe life changes scale. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, pp. 213-218.
- Hutchings, Jennifer B; Balk, David E. (1997). Crisis Intervention. *Death Studies*, Jul/Aug 97. Vol.21 Issue 4, p 427, 4p.
- Ionescu, S. & Jourdan-Ionescu, C. (2003). La resiliencia del niño Rumano abandonado, institucionalizado e infectado por el virus del sida (121-127). En: Manciaux. M. (comp.): *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.



- Keshavan, M, Roberts M. Y Wittmann, D (2000). Guidelines for clinical treatment of early course schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8:329-334.
- Kimberly, A: (1998). Resilience From Poverty and Stress. *Human development & Family Life Bulletin*, 4 (1), 1-3. Disponible en: <http://www.hec.ohio-state.edu/famlife/bulletin/volume.4/bull41xx.htm>. Recuperado el 14 de septiembre, 2004.
- López, B. (2000) Perspectivas en el estudio de la esquizofrenia. *Revista Psiquis.* México, vol. 9 núm. 1.
- McGorry, P. D. (2000). Psychotherapy and recover y in early psychosis: A core clinical and research challenge. In B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell.
- Manciaux M; Vanistendael, J., & Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión (17-27). En: Manciaux, M. (comp) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martínez L; Graças D. (2004).Relación entre las características de la adolescente embarazada y la resistencia al consumo de droga. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-004000700006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-004000700006&script=sci_arttext&tlng=es). Recuperado el 18 de septiembre, 2004.
- Montelongo, D. (2006). Falso optimismo y Esperanza Realista.. México: Casa de la Amistad para Niños con Cáncer, Enlace Revista Digital de la Unidad de Atención de Organizaciones Sociales, 4(5) Disponible en: [http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev5/falso\\_optimismo.html](http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev5/falso_optimismo.html)
- Montoya, A. (2000) Manejo de Grupos en Disturbios y Conflictos Psicosociales. Contención Emocional e Intervención en Crisis. Manual para participantes del Taller. México. Archivo 078
- Montoya, A. J. (2005). Cómo Apoyar Eficazmente a las personas. México: Material inédito, Archivo 017.
- Noesner, Gary W, Webster, Mike (1997). Crisis intervention. *FBI Law Enforcement Bulletin*, Aug 97, Vol. 66, Issue 8, p. 13. 7



- Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid.
- Posek, V. (2004). Resistir y Rehacerse. Revista de Psicología positiva. Disponible: <http://www.psicologiapositiva.com/resiliencia.html>. Recuperado 15 de febrero del 2005.
- Raffo, S. (2005). Intervención en Crisis. Disponible en: <http://med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>. Recuperado el 15 de febrero de 2005.
- Rubin, B. Y Bloch, E. (2001). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Simington, Jane A; Cargill, Linda (1996). Crisis Intervention. Clinical Nursing Research. Nov. 96, vol. 5 Issue 4, p 376, 15 p, 3 chart.
- Slade, P. D., & Haddock, G. (1996). A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. (28-42) En: Haddock, G.& Slade, P (Eds.), Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders. London: Routledge.
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.
- Scholten, A. (2007). Otros Tratamientos para la Esquizofrenia. EBSCO Publishing. Disponible <http://healthlibrary.epnet.com/Print.aspx?token=66c1aa34-5d24-4aa2-9de1-a775b0b63d50&chunkiid=123634>. Recuperado el 7 de abril de 2008.
- Sullinvan, D. (1989). Personas en Crisis. México: Pax.
- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. (45-59). En: Manciaux, M. y cols. (Comp.): La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema. 13 (3); 345-364.
- Wykes, T., TARRIER, N., & Lewis, S. (1998). Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia: The way ahead? In T. Wykes, N.



Tarrier, & S. Lewis (Eds.), Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia (pp. 1-16). Chichester, UK: Wiley.

World Health Organization (2008). What is schizophrenia?. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/). Recuperado el 28 de abril de 2008.