

TALLER PSICOEDUCACIONAL DE APOYO EMOCIONAL PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Luis Olivares Stasiw¹
María Apumayta Rosas²

El propósito de este artículo es hacer una revisión y autocrítica sobre el impacto de los “Talleres psico-educacionales y de apoyo emocional para familiares de pacientes con esquizofrenia” en los asistentes al taller durante el intervalo de febrero a junio del 2006.

Asimismo, se presentan datos con respecto a cómo es asimilada la información desarrollada durante los talleres y un resumen de las sugerencias planteadas por los participantes, lo cual coadyuvaría en el futuro a mejorar el taller y tomar medidas preventivas a nivel social que tengan un impacto positivo en la calidad de vida de las personas que presentan esquizofrenia.

Palabras clave: *Esquizofrenia, Familia, Apoyo Emocional*

The purpose of this article is to review and make a self-critic about the impact of the “Workshop of psycho-educational and emotional support to relatives of patients with schizophrenia” in the participants to the workshop from February to June of 2006.

Likewise, we present data about the way how the information developed during the workshops is learned and a summary of the suggestions that the participants gave in order to improve the workshop and to take preventive measures in a social level that could have a positive impact in the life's quality of people who suffer from schizophrenia.

Key words: *Schizophrenia, Family, Emotional Support*

¹ Interno de psicología del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte del Hospital Hermilio Valdizán durante el período Agosto 2005-Julio 2006.

Dedicado a Carmen Solís, quien inició los talleres dirigidos a familiares de pacientes con esquizofrenia; a Verousckha Uchofen, quien implementó los talleres, brindándoles su estructura actual (enfaticando el apoyo emocional y las técnicas conductuales de manejo de problemas); al Dr. Jorge Moreno, quien desinteresadamente brindó aportes importantes para los asistentes a los talleres en varias ocasiones; y a Margarita Flores, con quien tuve el agrado de compartir la responsabilidad de los mismos durante el intervalo de febrero a junio de 2006.

² Psicóloga, Departamento de Salud Mental del Adulto y Gerente del Hospital Hermilio Valdizán. Coordinadora del Taller de Apoyo Emocional.

La complejidad propia de la esquizofrenia ha hecho que durante los últimos cincuenta años se crearan diversas teorías respecto a la etiología de este trastorno. Postulados a diferentes niveles de análisis, muchas veces excluyentes entre sí, cuyos sistemas explicativos atribuían su aparición a factores genéticos, a la actividad de neurotransmisores, a mecanismos virales y retrovirales, y a lesiones estructurales, por considerar sólo las teorías de orientación biológica. De otro lado, se encuentran aquellas de orientación psicológica y social que atribuían su aparición al tipo de crianza y la intercomunicación familiar (Kaplan y Sadock, 2005.), así como a las contradicciones e inequidades sociales. Sin embargo, los avances en los campos biológicos y psicosociales han permitido el surgimiento de posturas integradoras en el entendimiento progresivo de la etiología, evolución y control de la esquizofrenia, lo que deriva en estrategias combinadas para su abordaje. Un caso ilustrativo es el enfoque de vulnerabilidad al estrés, utilizado para el trabajo en habilidades sociales de pacientes con trastornos mentales (entre ellos, la esquizofrenia,) el cual considera la susceptibilidad biológica y los elementos psicológicos y sociales en su estudio y práctica (Lieberman, DeRisi y Mueser, 1989.)

Si bien es innegable el compromiso biológico de la esquizofrenia (Kaplan y Sadock, 1995; Allende y Almendras, 2006,) el abordaje a nivel psicosocial es un ámbito de intervención que, en muchas ocasiones, permite atenuar el deterioro y la incapacidad funcional del paciente, permitiéndole, por otra parte, educarse con respecto a la enfermedad (la naturaleza de la esquizofrenia, el tratamiento y los factores de recaída,) tener un apoyo emocional, poder reforzar su sentido de sí mismo y sus conexiones con el mundo que le rodea y entrenarse en algunas habilidades necesarias para la vida (Kaplan y Sadock, 1995.)

Sin embargo, a pesar del trabajo farmacológico y psicológico a nivel individual, existen investigaciones realizadas en Estados Unidos y Gran Bretaña en las que se ha encontrado que «en los pacientes que retornaban a hogares con climas afectivos negativos de *emociones expresadas* (la hostilidad, principalmente, y la sobreprotección,) la tasa de recaídas era mayor»; por lo mismo se considera a la esquizofrenia generadora de situaciones tan estresantes que la tensión emocional producida podría, incluso, resultar nociva para todas las personas directamente involucradas con el paciente (Kaplan y Sadock, 2005). Asimismo, el hecho que entre familiares de personas esquizofrénicas exista una mayor cantidad de trastornos psiquiátricos es un dato que no puede pasar desapercibido.

Lo antes expuesto sugiere que la experiencia de cada familia de pacientes con esquizofrenia implica dificultades en cuanto al cuidado del paciente, al tiempo que se presentan nuevos retos en la convivencia familiar. Por otra parte, al existir un elevado número de personas con esquizofrenia en nuestra población y al ser tan pronunciadas las limitaciones en cuanto al alcance de las intervenciones en los pocos hospitales especializados en salud mental existentes en nuestro medio [en el 2004 se reportaron un total de 10692 casos solamente en el Hospital Hermilio Valdizán] (Minsa, 2005), se vio la necesidad de llevar a cabo un taller psico-educacional, dirigido a grupos de familias, que transmitiera información precisa respecto a la enfermedad y brindara algunas estrategias generales para interactuar con la persona esquizofrénica, además de servir de apoyo para su expresión emocional y de ayuda en el proceso de aceptar en forma realista los cambios que la esquizofrenia muchas veces conlleva.

La Composición Del Taller

El taller comprende dos partes que describiremos como sigue:

I. Información sobre la esquizofrenia.

La primera parte consiste en revisar, brevemente, los mitos comunes que surgen al hablar de esquizofrenia, lo que suscita una conversación respecto a las ideas verdaderas y erróneas que poseen los familiares de los pacientes. Esto da pie a definirla como «una enfermedad mental grave con una perturbación del funcionamiento cerebral de origen desconocido, que vuelve a los pacientes vulnerables al estrés generado por los ambientes que los rodean.» (Anderson y col., 1986); de modo que una vez hecha la definición de lo que es el trastorno de la esquizofrenia, describimos cómo nos impresiona el paciente en tanto su conducta incomprensible, su aspecto en general, su ausencia de juicio crítico y su incapacidad para reconocer su propia enfermedad en una primera instancia.

Por otra parte, exponemos algunos datos de interés que permiten relacionar lo señalado con las experiencias de los asistentes respecto a su familiar afectado: formas de inicio de la esquizofrenia (insidiosa y aguda,) y su relación con eventos estresantes; la personalidad premórbida típica que se relaciona con la enfermedad; la manera cómo afecta diferencialmente a hombres y mujeres; y datos sobre la prevalencia e incidencia de casos en nuestro medio. Asimismo, detallamos la sintomatología de la esquizofrenia, con ejemplos, mediante su clasificación en: síntomas positivos (alucinaciones, delirios y trastornos de la conducta,) y los negativos (afectividad embotada, deterioro del aseo y la higiene personal y el lenguaje empobrecido.)

Un aspecto que es de suma importancia en esta primera parte, está referido al esclarecimien-

to del origen de la enfermedad, donde explicamos que existe una carga genética que se hace evidente cuando surge un evento estresante que desestabiliza al paciente; lo cual nos lleva a afirmar que no existe una causa única que la genera, ni hay evidencia de una prueba contundente que afirme que la familia la cause. Aquí establecemos la relación de la enfermedad con la predisposición heredada y el estrés que el paciente ha vivido.

También brindamos una descripción de los tipos de esquizofrenia existentes en las clasificaciones internacionales (catatónica, desorganizada, paranoide, indiferenciada, residual y simple;) y de la evolución de la misma (lo que nos permite esclarecer su cronicidad); asimismo, exponemos brevemente aspectos relacionados al tratamiento farmacológico y su importancia, así como los criterios de hospitalización y otras formas de abordaje del problema a nivel psicológico.

II. La familia como agente terapéutico.

La segunda parte del taller empieza con la identificación de las emociones y reacciones comunes que podrían surgir a raíz de la aparición de la esquizofrenia en el familiar afectado, lo cual tiene como objetivos: (1) buscar, en los asistentes, la comprensión de sí mismos como seres humanos cuyas reacciones emocionales (como el miedo, la culpa, el estigma, la frustración, la ira y la tristeza y duelo) son normales y esperables debido a las situaciones difíciles que están atravesando; así como (2) identificar las maneras específicas que tienen las familias de encarar el problema, una vez que éste aparece (Anderson y col., 1986), de modo que estas reacciones son comentadas dentro del grupo y, en cada intervención, reforzamos los aspectos positivos de lo que nos dice cada asistente, así como esclarecemos y damos información adicional sobre los aspectos que sería recomendable modificar.

Lo mencionado nos permite brindar las siguientes orientaciones generales para mejorar la interacción de los familiares con respecto al paciente:

1. Informarse de la enfermedad, lo que permite precisar cómo puede ser ayudado el paciente con eficacia.
2. Revisar expectativas, ya que esto favorece aceptar la realidad de la enfermedad y asumirla responsablemente.
3. Crear barreras a la estimulación excesiva (como la hostilidad o la sobreprotección, factores que favorecen las recaídas).
4. Fijar límites, lo que ayuda a que el paciente encuentre un orden y una coherencia en su medio.
5. Mantener comunicaciones a un nivel simple, en la que el paciente sepa lo que los demás esperan de él de manera concreta y clara.
6. Apoyar el régimen de medicación del paciente.
7. Normalizar la rutina familiar.
8. Aprender a reconocer las señales de ayuda para prevenir recaídas (Anderson y col., 1996).

Luego presentamos situaciones-problema a nivel general, enfocándonos en cada uno de los síntomas de la esquizofrenia que generan malestar en el paciente o la familia (alucinaciones, delirios, agresividad e inactividad) y ante los que, muchas veces, quienes conviven con el paciente se angustian al no saber cómo reaccionar. Estas situaciones-problema planteadas nos permiten que los asistentes al taller las reconozcan en su familiar con esquizofrenia y puedan anticiparse a

las mismas, reaccionando de un modo que busque solucionar o manejar el problema (Martínez y Arribas, 1996). A manera de ejemplo, mencionamos y comentamos una pequeña fracción de lo tratado en esta parte:

ANTE LAS ALUCINACIONES, entre lo que no debe hacerse, encontramos: Poner en duda lo que el paciente comenta, restarle importancia, reírse o descalificarle. Sin embargo, para este caso, es recomendable: Comunicarle y hacerle ver que sabemos lo que oye, que le creemos, y explicarle que lo que pasa es debido a la situación que atraviesa (los síntomas de la enfermedad,) tranquilizarlo.

Como podemos observar, se favorece un acercamiento que permite al paciente la toma de conciencia de su propia enfermedad, al mismo tiempo que encontramos un espacio para sugerirle que sea copartícipe en su propio tratamiento. Por otro lado, al ser escuchado y comprendido, es posible que bajen sus niveles de ansiedad, y la confianza generada haga posible que el paciente pueda referirnos cómo se siente y si es que necesita ayuda, de modo que haga posible, en mayor medida, ayudarlo de un modo más apropiado.

Ahora bien, para casos más específicos, presentamos una estrategia ordenada de solución de problemas en la que: (1) se define el problema, (2) se proponen alternativas de solución, (3) se analizan las ventajas y desventajas de cada alternativa, (4) se elige la mejor solución o combinación de soluciones, (5) se planifica su puesta en práctica y (6) se evalúan los resultados.

Finalmente, la exposición se orienta al tema de las recaídas, enfocándonos en: ¿Quiénes tienen mayor riesgo a recaer? ¿Por qué se producen las recaídas? ¿Cómo reconocer una recaída?

Resultados de la evaluación de los talleres

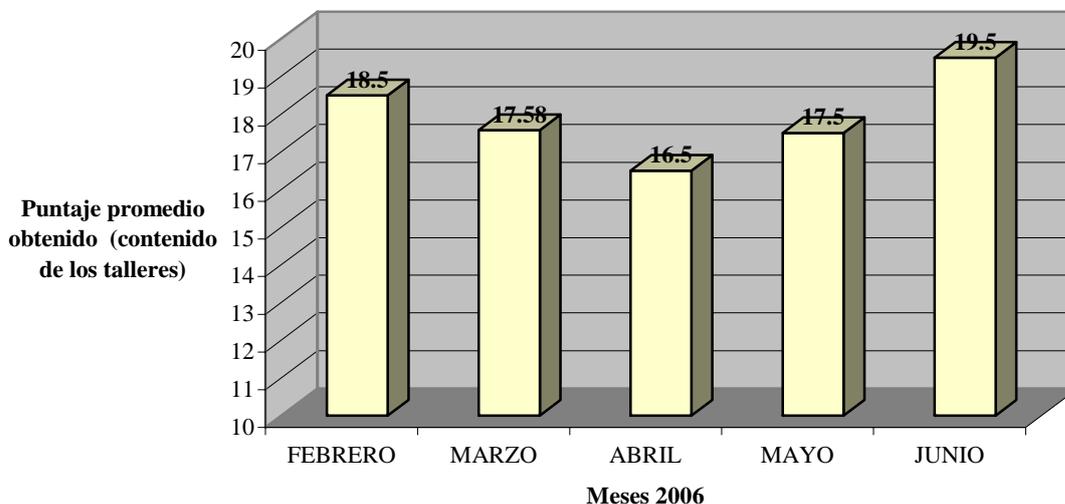


Figura 1. Puntuaciones promedio de las evaluaciones de los talleres

da? ¿Cuáles son las recomendaciones para evitarlas? Asimismo, se indican los factores de buen y mal pronóstico de la enfermedad.

Datos Sobre Cómo es Acogido el Contenido de los Talleres.

Los datos que presentamos a continuación revelan los resultados de las evaluaciones (a través de cuestionarios) que realizamos al terminar cada uno de los talleres, lo que nos sirve como indicador para conocer si lo que se ha transmitido en los mismos ha sido comprendido correctamente. Sin embargo, es necesario aclarar que lo recogido por el cuestionario (el cual sólo cuenta con 10 preguntas) no revela, en su real magnitud, muchos contenidos vertidos en cada sesión.

Sin embargo, los promedios encontrados por mes, que oscilan entre 16,5 y 19 (correspondientes a los meses de abril y junio, respectivamente;) en una evaluación que va desde cero hasta veinte, nos permite inferir que los contenidos presentados son adecuadamente captados por los asistentes.

Asimismo, el 100% de los 93 asistentes en el intervalo presentado desde el 18 de febrero hasta el 17 de junio de este año, respondieron afirmativamente a las preguntas de si los temas tratados habían sido claros y comprensibles.

Sugerencias Planteadas por los Asistentes al Taller

En esta última parte, recogemos las preocupaciones y sugerencias encontradas entre los participantes del taller, las que resumimos a continuación:

- El aumento de la cobertura y frecuencia de los talleres psico-educacionales de apoyo emocional a pacientes con esquizofrenia es necesaria debido al desconocimiento generalizado de los familiares y los pacientes respecto a la enfermedad.
- Es importante la presencia continua en el taller de otros profesionales de la salud (mé

- dicos psiquiatras y trabajadoras sociales) que, en un abordaje multidisciplinario, lo enriquecen desde diferentes niveles y ámbitos, dejando un espacio cada vez menor para las dudas de los asistentes.
- Se requiere la elaboración de otros talleres informativos y de apoyo psicológico dirigidos familiares y pacientes con otros problemas de salud mental, entre los que se nombran: la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo y la conducta psicopática.
 - Es recomendable la comunicación fluida de los médicos tratantes y los organizadores del taller para una más oportuna divulgación de los mismos a los familiares de los pacientes.
 - Favorecer una mayor cobertura de promoción de la información relacionada a la esquizofrenia, que involucre afiches, folletos, trípticos, videos, etc.; además de charlas informativas periódicas.
 - Coordinar con el Minsa y el Ministerio de Educación para educar a la población respecto a temas de salud mental, en especial de la esquizofrenia y, de este modo, auspiciar el bienestar del paciente y de la sociedad, tomando medidas preventivas oportunas.
 - Auspiciar la formación de una posible “Asociación de Familiares de los Pacientes con Esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizán” de manera que se fortalezcan las redes sociales de apoyo para el paciente y su familia.

REFERENCIAS

- Allende, M. y Almendras, M. (2006) Marcadores de Riesgo de la Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental «Hermilio Valdizán»*, VII (1), 55-58.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986) *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires, Argentina: Momento Editores.
- Arribas, M., Martínez, J., Pedrós, A., Torres, A. y Vilar, J. (1996) *Convivir con la esquizofrenia: Una guía de apoyo para familiares*. Valencia: España Promolibro.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Texto Revisado*. Barcelona, España: Masson.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1995) *Tratado de Psiquiatría Médica*. 6.ª Edición. México: Editorial MacGraw Hill.
- Liberman, R., DeRisi, W., Mueser, K. (1989) *Social skills training for psychiatric patients*. United States of America: Pergamon Press.
- Ministerio de Salud [en línea]. Notas de prensa. *Más de 10 mil casos de esquizofrenia se registraron durante el 2004 en el Hospital Valdizán. Julio 2005*. Publicación seriada mensual. <http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=2705&mes=7&anio=2005> [Consulta: 11 julio 2006]
- Slachevsky, A., Pérez, C., Silva, J., Orellana, G., Prenafeta, M., Alegría, P. y Peña, M. (2005) Córtex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(2), 109-121