



# La importancia de la intervención familiar en las primeras fases de la psicosis. Análisis y comparativa a través de diversas guías.

Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social.

3ª convocatoria

Realizado por: Marta Carranceja Comesaña.

Dirigido por: Daniel Gil

UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS



7.2. Comparativa de guías .....	Pg 51
8. Conclusiones .....	Pg 53
9. Bibliografía .....	Pg 56

## 1. Resumen

El presente trabajo de investigación pretende realizar una aproximación a un concepto que hasta en la actualidad parece difícil de entender y afrontar, ya no solo por la sociedad, sino por los diversos profesionales de salud mental. Este concepto hace referencia a la atención temprana en psicosis y a la importancia de las intervenciones familiares dentro de esta.

Se lleva observando que el mezclar tratamientos farmacológicos con tratamientos familiares ayuda en la disminución de las recaídas y a paliar la aparición de nuevos síntomas, así como que estos se desarrollen hasta alcanzar una fase psicótica aguda (Linszen, 2006).

Es importante estudiar las terapias familiares, ya que no solo es importante apoyar al enfermo, sino además se hace necesario apoyar a las familias, para que sepan afrontar la enfermedad, así como que no se genere una relación de rechazo y poder evitar la hospitalización de las personas enfermas.

En este sentido, el trabajo ofrece información sobre la salud mental y la salud mental comunitaria, además de las funciones del trabajador social dentro de estos ámbitos. Del mismo modo ofrece información sobre la atención temprana, especialmente en psicosis, profundizando en el conocimiento de la esquizofrenia. Por último, se hace un mayor hincapié en el conocimiento del papel de las familias en el proceso de la enfermedad, así como la importancia de los tratamientos familiares en las primeras fases de la psicosis, analizando diversas guías clínicas y realizando una comparación de ellas.

### PALABRAS CLAVES

Salud mental, salud mental comunitaria, atención temprana en psicosis, esquizofrenia, intervenciones familiares, trabajador social

### *ABSTRACT*

The present work pretends to make an approach a concept that even today seems difficult to understand and difficult to face, not only for society, but for the various mental health professionals. This concept refers to early attention in psychosis and the importance of family interventions within it.

It has been observed that mixing pharmacological and family treatments helps in the reduction of relapses and in alleviating the appearance of new symptoms, as well as to help preventing and stopping the development of the psychosis until it reaches its more acute phase (Linszen, 2006).

It is important to study family therapies, since it is not only important to support the patient, but it is also necessary to support families, so that they know how to cope with the disease, as well as not generating a rejection relationship, and lastly to avoid hospitalization of sick people.

In this sense, the work offers information on mental health and community mental health, as well as the social worker's functions within these areas. It also offers information about early attention, especially in psychosis, deepening the knowledge of schizophrenia. Finally, there is a greater emphasis on knowledge about the role of families in the disease process, as well as the importance of family treatments in the early stages of psychosis, analyzing various guidelines and making a comparison of them.

#### *KEY WORDS*

Mental health, Community mental health, early attention in psychosis, schizophrenia, family interventions, social worker.

## 2. Introducción

La salud mental es un concepto muy complejo de definir y de entender. Hasta mediados de los años sesenta se consideraba que la aparición de enfermedades mentales encontraba su explicación en problemas cerebrales. En este contexto, se empezaron a realizar prácticas que ponían en riesgo la vida de la persona con la finalidad de curar esos problemas y el deterioro de las funciones cerebrales (Restrepo, 2012).

No obstante, poco a poco, se ha ido reconociendo que existen más causas por las que se pueden dar trastornos mentales, como por ejemplo el estrés o incluso haberlo heredado de algún familiar. Además, el padecer una enfermedad mental da lugar a una situación que dificulta mucho las relaciones rompiendo algunos lazos, ya sean familiares o sociales, que mantiene la persona enferma. Por ello es necesario realizar intervenciones familiares, donde en primer lugar el enfermo se sienta apoyado por su familia, y no se sienta marginado, y en segundo lugar también se apoye a la familia, no solo atendiendo sus necesidades, sino además enseñando nuevas técnicas y habilidades con el fin de no generar una dependencia del enfermo hacia la familia, así como no generar rechazo o una convivencia violenta.

También es importante destacar la figura del trabajador social que intenta atender de manera integral al usuario, acompañado de un equipo multidisciplinar, no solo adaptando el tratamiento a sus necesidades, sino además ayudando a que este mantenga el contacto con su red social, familiar y con otras instituciones que puedan ayudarle (Ardila y Galende, 2012).

La atención temprana en psicosis se considera importante ya que ayuda a prevenir y paliar la aparición de diversos síntomas, así como detener el desarrollo de la enfermedad hasta llegar a una fase psicótica aguda. Durante este periodo, no solo es importante realizar un buen diagnóstico que permita a los profesionales saber que se encuentran ante un paciente con síntomas propios de la esquizofrenia o psicosis, sino además se hace necesario las intervenciones familiares. El que los pacientes se sientan respaldados por sus familiares puede ayudar a que estos no necesiten ingresos hospitalarios e incluso que, tras la aparición del primer síntoma psicótico no sigan manifestándose más. Además, es importante que las familias también se sientan respaldadas por los profesionales para

saber afrontar la nueva situación y el problema, así como saber tomar decisiones correctas y realistas frente a crisis que puedan ir apareciendo. Como se ha mencionado anteriormente, también se considera importante enseñar a las familias pautas para que no generen una relación de dependencia con la persona enferma, y de esta manera no se le margine. Del mismo modo, para evitar una convivencia hostil, es importante apoyar a las familias, especialmente a los cuidadores de las personas enfermas, disminuyendo así su sentimiento de sobrecarga.

Junto con esto, es importante también saber en qué consiste la esquizofrenia, para así saber en qué consisten los síntomas y profundizar más sobre la enfermedad en general.

Por todo ello, se considera importante entrar a profundizar en qué consiste el tratamiento con las familias, para además saber si resulta efectivo en relación con las primeras fases de la psicosis. Observando si se reduce el número de recaídas o aparición de síntomas, así como si se genera una relación de apoyo, no solo entre el paciente y su familia, sino además entre la familia y los profesionales.

Por lo que se considera importante en este trabajo desarrollar en mayor profundidad la salud mental, la salud mental comunitaria, junto con las funciones del trabajador social en ambos ámbitos. Además de profundizar sobre el conocimiento en la atención temprana, especialmente en la psicosis y la importancia de las intervenciones familiares con la finalidad de saber si intervenir con las familias incide de algún modo en las primeras fases de la psicosis o en la psicosis en general. Para ello, se analizarán diversas guías que exponen el trabajo con las familias, además de proceder a su posterior comparativa.

### **3. Objetivos**

- General: Profundizar en el conocimiento sobre la importancia de la intervención familiar en las primeras fases de la psicosis.
- Específicos:
  - Profundizar en el conocimiento de la salud mental y de la salud mental comunitaria, así como de la figura del trabajador social.
  - Analizar en qué consiste la prevención secundaria o atención temprana, especialmente en psicosis. Así como profundizar en el conocimiento de la esquizofrenia.
  - Analizar la importancia que tiene la intervención familiar en las primeras fases de la psicosis, mediante la comparación de diversas guías clínicas.

### **4. Metodología**

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos artículos y guías con el fin de conseguir información sobre la salud mental, así como la salud mental comunitaria y la figura del trabajador social dentro de estos ámbitos. Además de poder conocer en qué consiste la prevención secundaria, especialmente en psicosis, así como poder profundizar en el conocimiento de la esquizofrenia. Junto con ello, también se pretende conseguir información sobre la importancia que tiene el papel de las familias en las primeras fases de la psicosis, para de esta manera poder comparar diversas guías que llevan a cabo intervenciones familiares.

Dicha información se encontró a través de diversas bases de datos, como dialnet o google académico, no marcando ningún filtro de búsqueda más que la información extraída fuera de artículos o diversas guías clínicas.



## **5. Marco teórico**

### **5.1. Salud Mental**

En primer lugar, se expondrán algunos aspectos históricos significativos tanto a nivel internacional como en España:

#### **Nivel internacional**

En 1908 se publicó en Estados Unidos un libro denominado “A Mind that Found Itself”, por el cual empezó a surgir un movimiento, para definir la salud mental sobre el concepto de la “Higiene Mental”. Este movimiento se incrementó con el surgimiento de la Primera Guerra Mundial, donde empezaron a crearse asociaciones internacionales agrupados en un Comité de Higiene Mental. Con la Segunda Guerra Mundial se empezó a dar visibilidad al trato desfavorable que estaban recibiendo los enfermos mentales en diversos centros encargados de atender a estos. Los cuales, empezaron a enviar a los enfermos a diferentes campos de concentración, justificando este acto con el hecho de que los pacientes no se podían curar. Por ello tanto en Europa como en Francia surgieron dos movimientos conocidos como “psicoterapia institucional” y “política del sector en psiquiatría”. En relación con movimiento sobre la higiene mental, se empezó a considerar importante la necesidad de desligar el movimiento de higiene mental con el concepto de salud mental y de este modo, crear una definición única sobre la salud mental. Sin embargo, esto encontró su dificultad con la Guerra Mundial ya que había escasos recursos, en especial, económicos. No obstante, en 1945, se crea la Carta de Constitución de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por el cual, adquiere importancia el trato que se da a las personas, en especial a los enfermos mentales. Para ello, se origina la Comisión Económica y Social para que exista una entidad que lleve a cabo diversos actos con el fin de atender la salud. Por último, en 1990 surge la “Declaración de Caracas” el cual pretende cambiar todos los actos que se llevaban a cabo para atender la salud mental en los hospitales, ya que se pudo observar, que en este tipo de centros lo único que se conseguía no era solo ofrecer un mal trato al enfermo, sino, además, se le desvinculaba de su entorno social, creando así una situación de marginación (Lopera, 2015).

## **España**

Gómez (2006) refiere, en la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud, de la reforma de la salud mental en España, indicando diversos periodos. En un primer momento se encuentra el año 1982 donde comienza una serie de cambios en el ámbito sanitario en todas las Comunidades Autónomas. Dichas modificaciones se pueden ver reflejadas en diferentes aspectos como la atención primaria y ambulatoria, además de reformas en el Código Civil. En 1983 surge la aparición de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica. Dos años después, en 1985, se redacta un dictamen en el cual aparecen reflejadas las propuestas de reformas, tanto para la atención en el ámbito psiquiátrico como en la Salud Mental. Existían tres bases fundamentales:

- Un modelo de atención a la salud mental innovador y focalizado más hacia la sociedad.
- Una serie de propuestas que apoyaran las modificaciones que se llevaran a cabo.
- Una coordinación a escala global con todos los recursos y servicios existentes, que ayudaran con el desarrollo de las reformas.

En 1986 surgen los primeros convenios con el fin de promover la cooperación con las Comunidades Autónomas, creándose en el siguiente año una Comisión para la evaluación de las modificaciones y reformas llevadas a cabo. En 1988 se publica otro informe sobre las dificultades existentes en la relación de los ámbitos, tanto jurídico como asistencial, mediante el cual se generan una serie de propuestas de intervención en el marco legal español sobre salud mental. En 1989 se extiende el ámbito de la atención sanitaria al resto de la sociedad, en especial a aquellas personas que contaban con escasos o nulos recursos económicos. La primera entidad dirigida a las familias y conocidos de los enfermos mentales tuvo su creación en Madrid en 1968. No obstante, alcanzará su consolidación en la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con enfermedad mental, (FEAFES), cuya sede se encuentra en Madrid (Gómez, 2006).

Desviat (2010) refiere también en su análisis que la reforma psiquiátrica en España se lleva a cabo coincidiendo con diversas situaciones positivas. Entre estas situaciones se encuentra el cese de la dictadura y la restauración de la sociedad civil y la reforma de la sanidad. Además, debido a la lentitud de esta reforma psiquiátrica, se van a poder conocer las dificultades de otras reformas, por lo que ayuda a que al realizarla no se cometan los mismos errores. Para ello, es importante que exista un equipo de profesionales

cualificados para poder llevar a cabo correctamente esta reforma. A su vez, se encuentran una serie de principios con la reforma en España que abarcan desde la incorporación de todos los recursos sanitarios en una única red hasta la consideración de la comunidad como una entidad que participa en los recursos y servicios sanitarios. Además, desaparece el concepto de psiquiatría y surge el de salud mental. Por último, es importante señalar que se considera la hospitalización como último recurso en el tratamiento.

### **5.1.1. Concepto de Salud Mental**

“La Salud Mental, de acuerdo con la definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), es el estado biológico, psicológico, social y económico que permite la plena realización o desarrollo de las capacidades del individuo” (Ausín y Muñoz, 2018, p 13).

Ahmed Okasha realizó una definición final sobre el concepto de salud mental con la finalidad de entender mejor este (como se citó en Heinze y Pellice, 2007):

“un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades” (p 79).

No obstante, hay que tener en consideración la fuerza e importancia del enfoque biomédico que se ha ido dando al concepto de salud mental. Dicho enfoque considera que la manera de comportarse de los seres humanos encuentra su justificación en la estructura física y orgánica de la persona. Por lo tanto, se reduce todo a la actividad cerebral, por lo que se empieza a considerar la denominación de la enfermedad mental como enfermedad cerebral. De este modo, las actuaciones llevadas a cabo para atender los trastornos mentales consistían en su mayoría, no solo en la distribución de medicamentos, sino también en la terapia electroconvulsiva así como en operaciones cerebrales con el fin de reducir o paliar los efectos del trastorno mental (Restrepo, 2012).

Desde una perspectiva histórica, este mismo tipo de tratamientos, como por ejemplo las trepanaciones, se empezaron a practicar en diversas culturas que asociaban la locura con los dioses. Otras culturas, sin embargo, la relacionaban con los demonios. Por ello, se

empezaron a practicar las trepanaciones craneales con la finalidad de extraer a los demonios causantes de los trastornos mentales.

Otra referencia histórica de este tipo de intervenciones se encuentra en otros contextos como la cultura islámica. En un principio, los árabes apenas contaban con una medicina adecuada y normalmente se entendía como fuerza sobrenatural el padecer una enfermedad mental. No obstante, con el transcurso de los años, estos empiezan a adquirir y a apropiarse la medicina de los griegos. Es por ello por lo que empiezan a aceptar a los enfermos mentales en los hospitales entendiendo que estos actúan como un sitio en el que poder llevar a cabo el tratamiento necesario para curar a los enfermos. Pero este tratamiento consistía en seguir practicando las trepanaciones craneales. (Salaverry, 2012).

Sin embargo, en la época moderna, desde los años 60, se empieza a incrementar la preocupación por las enfermedades mentales ya que se prolongaban más, además de agravarse los efectos de estas, causando mayores daños a las personas. Es por esto, que empiezan a considerarse los hábitos de vida de las personas como los causantes de los trastornos o enfermedades mentales, denominado como el “enfoque comportamental”. A partir de este nuevo enfoque, siguiendo a Restrepo y Jaramillo (2012), surgen dos dimensiones de la salud mental:

- **El conductismo:** se origina en Estados Unidos. Consiste en el estudio de los hábitos de las personas, de su manera de comportarse y de cómo esto se puede cambiar si se enseñan diversas leyes a las personas que permitan entender cómo ha de ser un buen comportamiento, para así poder adaptarse a la norma social.
- **La dimensión cognitiva:** los trastornos mentales encuentran su explicación en la manera de pensar de las personas. Si tienen pensamientos irracionales, existe una mayor probabilidad de tener un trastorno mental. Por lo que las actuaciones llevadas a cabo consistirán en enseñar pensamientos que no supongan un desajuste en las personas.

Cabe señalar que dos personas que padecen una misma enfermedad mental no tienen por qué afectarles de la misma manera. Es por ello por lo que es importante diferenciar una enfermedad grave de una que no lo es. De igual manera, existen una serie de requisitos que caracterizan a una persona sana, y puede que una persona con un trastorno mental presente algunos de estos requisitos y por ello no le afecte con la misma gravedad que a

otra persona con el mismo trastorno mental. Dichos requisitos según Ausín y Muñoz (2018) son:

- Tener plena conciencia de la realidad de uno mismo.
- Tener un estilo positivo para afrontar las adversidades que pueda marcar la vida.
- No mostrar con facilidad un carácter fuerte ni una ira desenfrenada por cualquier hecho que pueda ocurrir.
- Una persona sana es una persona que sabe apreciar las cosas buenas que tiene la gente que le rodea, por lo que normalmente, suelen tener unas relaciones personales positivas.
- Muestra un carácter flexible, por lo que le es fácil poder adaptarse a cualquier ambiente.

### **5.1.2. Propuestas de mejora de la Organización Mundial de la Salud**

Heinze y Pellice (2007) señalan en su análisis a la Organización Mundial de la Salud (OMS), haciendo hincapié en el análisis que se realiza durante los años que abarcan del 2003 al 2005, por el cual se llegó a estimar que aproximadamente una media de 450 millones de personas padece un trastorno mental, siendo las más comunes la depresión, el abuso de alcohol o drogas, esquizofrenia y demencia. Junto con esto se observa que alrededor de un millón de personas por año cometen suicidio. Por ello la OMS señala diez propuestas para mejorar la salud mental:

- Incorporar la aplicación de diversos tratamientos en atención primaria.
- Facilitar el acceso a los psicofármacos para que las personas no se encuentren con ninguna dificultad.
- Realizar una atención comunitaria.
- Involucrarse en la promoción sobre la educación sanitaria.
- Trabajar con el paciente no solo atendiendo a las necesidades de este, sino, además, involucrando a las comunidades y a las familias.
- Implantar leyes nacionales, así como, diversas políticas y programas o tratamientos.
- Fomentar los recursos humanos.
- Instaurar y fomentar el vínculo con otros sectores.
- Realizar un análisis de la salud mental y comunitaria para así, poder realizar su evaluación.

- Aumentar la importancia que tiene la investigación sobre salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2014), publicó el Atlas de Salud Mental. En dicho atlas, aparece reflejado un plan de acción que contiene cuatro objetivos:

1. La existencia de un poder competente en el marco de la salud mental.
2. Distribuir recursos de manera comunitaria relacionados con la atención y actuación de la salud mental que, además, den respuesta a las necesidades de la sociedad.
3. Establecer técnicas y herramientas promocionales y preventivas en aras de la salud mental.
4. Aumentar la búsqueda de información, datos y estudios que traten la salud mental.

### **5.1.3. El Trabajo Social en Salud Mental**

Garcés (2010) empieza refiriéndose en su análisis a la historia del trabajo social psiquiátrico. Menciona que la primera incorporación de los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos ocurrió en Estados Unidos, con la finalidad no solo de investigar e informar sobre el aumento de los centros, llamados manicomios en aquella época, sino también estudiar y evaluar las diversas actuaciones sociales llevadas a cabo en el tratamiento de los diferentes pacientes. La finalidad de incorporar la figura del trabajador social consistía en poder dar una respuesta más reintegradora y socializadora a aquellas personas que tuvieran un trastorno mental de manera crónica. De esta manera, empieza a crecer la figura del trabajador social en el ámbito psiquiátrico, llegando a formar parte de los Equipos de Salud Mental. No obstante, en España, se empezó a cambiar la finalidad de los trabajadores sociales en el ámbito psiquiátrico, siendo esta la de apoyar a las familias de aquellos pacientes que padecían trastornos mentales.

Siguiendo a Becerra y Kennel (2008), existen ciertas bases sobre las que un trabajador social psiquiátrico debe trabajar:

- Debe tener en cuenta el tipo de paciente al que atiende.
- El diagnóstico de los pacientes no solo es realizado por este, sino que ha de hacerlo de manera conjunta con otros profesionales.
- No es frecuente que el paciente acuda de manera voluntaria, este suele ser motivado por algún familiar y por ello;

- El trabajador social no solo debe tener en cuenta y trabajar con el paciente sino además ha de considerar a la familia de este.
- El tratamiento no solo lo realiza el trabajador social, sino que el paciente será tratado por todos los miembros del equipo profesional.

Siguiendo a estos mismos autores se puede considerar que el trabajador social psiquiátrico realiza su tarea desde dos perspectivas:

- **Intra-mural:** es todo aquello que realiza el profesional dentro de su área de trabajo. La tarea consta específicamente en la atención al paciente, llegando también a trabajar con los familiares de este. Además de estar coordinado con los otros profesionales que traten al paciente.
- **Extra-mural:** es lo contrario al concepto al anterior, donde el trabajo que realiza consiste en aquellas tareas que tienen lugar fuera de su habitual área de trabajo. La tarea consiste en centrarse no solo en el paciente y en la familia, sino además en el entorno social o laboral en el que este se mueva.

Del mismo modo sucede con el trabajador social en salud mental, el cual la actuación de este ha de realizarse en coordinación con otros profesionales, como psiquiatras, psicólogos, para poder conseguir una atención completa del paciente desde las diferentes disciplinas. Las distintas funciones que lleva a cabo un trabajador social según Garcés (2010), son las siguientes:

- **Función de atención directa:** es aquella atención dirigida a individuos que muestran cierto indicio de presentar un riesgo de salud que además afecta a su ámbito social. La finalidad se puede decir que es el empoderamiento, ya que se trabaja desde los propios recursos que presenta la persona.
- **Función preventiva, de promoción e inserción social:** se pretende conseguir la adaptación del individuo al medio social mediante la aceptación de su enfermedad mental y las actuaciones dirigidas a integrar a la persona en la sociedad, creando recursos o actividades que ayuden al paciente, como, por ejemplo, los grupos de autoayuda.
- **Función de coordinación:** el trabajador social dirigirá su intervención contando con las actuaciones y decisiones de otros profesionales, como los psicólogos para poder llevar a cabo una atención más íntegra. De esta manera se facilita la resocialización e integración del individuo a su medio social.

El trabajador social en Salud Mental realiza una intervención adecuándola a las necesidades y características que presente cada paciente. Además, un objetivo de los trabajadores sociales es el de desarrollar las capacidades Psico-Sociales, así como los propios recursos de la persona. Para ello, siguiendo a Aroca fons, et al., (2012), existen una serie de actividades que lleva a cabo el trabajador social dentro del ámbito de salud mental:

- **Intervención social con individuos:** son actividades dirigidas al seguimiento, atención y prevención del paciente. Algunas de estas actividades son información de la enfermedad y de los derechos y deberes.
- **Intervención familiar:** La familia también necesita apoyo e información, ya que es un cambio en la manera de relacionarse con la persona afectada. Por ello, alguna de las actividades del trabajador social será la de establecer junto con la familia una serie de pautas que faciliten la comunicación entre la familia y el enfermo.
- **Intervención domiciliaria:** se realizan diversas actividades para poder conocer el funcionamiento interno del sistema familiar. Algunas de estas actividades pueden ser llevadas a cabo por distintos métodos como la entrevista o la observación.
- **Intervención grupal:** la finalidad de este tipo de intervención es que además de ayudar a mejorar la relación en el contexto familiar del paciente, también se favorezca las relaciones del paciente con el entorno social con el que interactúa.
- **Intervención comunitaria:** tiene la finalidad de tener al paciente en comunicación y coordinación con diversos recursos sociales.

## **5.2. Salud Mental Comunitaria**

### **5.2.1. Concepto**

Existen diversas definiciones referentes a la salud mental comunitaria:

Caplan define a la psiquiatría comunitaria como el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento



de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada (Calderón, 1980, p 20).

Junto con esta definición, se puede decir, que la salud mental comunitaria consiste en sacar el máximo provecho a los recursos existentes en una comunidad con el fin de mejorar la salud mental de los habitantes de dicha comunidad.

La salud mental comunitaria consiste en toda atención que se preste fuera de las unidades hospitalarias o psiquiátricas. En 1988, Hernan San Martin y Vicente Pastor publicaron un libro donde definen la medicina comunitaria (como se citó en Desviat, 2012):

Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos salud comunitaria es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina. (pp 13-14).

Junto con esta definición se encuentran una serie de bases sobre las que se sustenta la psiquiatría comunitaria. Algunas de estas tienen que ver con que no solo se ha de procurar la atención a la eliminación del trastorno, ya que esto no siempre se cumple. Esta atención ha de dirigirse más en los primeros indicios de una posible enfermedad mental, así como en su terapia. Otra de las bases se relaciona con realizar una atención integral incluyendo el entorno social o comunitario de la persona y no solo al ámbito de la salud. Por último, enseñar a los usuarios a realizar una participación en su propio tratamiento de tal manera que se empodere a la persona, es otra de las bases que apoya la psiquiatría comunitaria (Desviat, 2012).

Lo que la salud mental comunitaria pretende es la ampliación del sistema de Salud mental, el aumento del beneficio de las ayudas que se ofrecen y suplir los programas de internamiento y de practicas violentas que violen los derechos de los pacientes (Barcala y Torricelli, 2013).

Junto con esto, destacan tres principios fundamentales para promover la salud mental comunitaria:

- La comunidad como una organización activa en el proceso de participación.
- La sustitución de lazos comunitarios como relaciones solidarias.
- La comunidad como una organización activa en el proceso de modificación de diversas realidades. (Bang, 2014).

La salud mental en la comunidad se centra en especial en procurar que la persona que padece un trastorno mental no rompa sus relaciones con su entorno, y que no se encuentre aislado del entorno social, es decir, de la vida en sociedad. Esto es porque un trastorno tiende a modificar los comportamientos y habilidades sociales de las personas. Por ello, es necesario guiar a la persona y acompañarle en este proceso mediante pautas o ciertas ayudas, para que no pierda completamente esas habilidades, así como para interiorizar otros comportamientos que puedan ayudar a la persona a seguir rodeado de su entorno social. Para ello, la primera intervención de salud mental en la comunidad irá dirigida a conservar los vínculos que el paciente tenga con sus familiares o conocidos de su entorno social. Además, dicha intervención deberá ir acompañado de actividades que integren al paciente en la sociedad, eliminando toda posibilidad de aislamiento y de que este pueda sentirse rechazado socialmente. Existen a su vez, siguiendo a Ardila y Galende (2012), tres vertientes por las cuales se basará el modelo de salud mental comunitaria:

- Aproximar al paciente servicios que ofrezca la sociedad. Estos son los servicios comunitarios.
- El profesional no debe ejercer una actitud autoritaria, sino que deberá contar con el paciente durante todo el proceso.
- Que el paciente participe en su tratamiento como protagonista, haciéndose cargo de las decisiones. Asimismo, se involucrará a la familia del paciente y a su entorno más cercano para ayudarle en su toma de decisiones.

Por ende, se puede decir que el objetivo último de la salud mental comunitaria es que el sujeto aprenda a establecer vínculos sociales o que este mantenga y no rompa lazos con su círculo más cercano tanto social como familiar, para de esta manera saber cómo vivir en sociedad (Ardila y Galende, 2012).

Según López y Laviana (2007), la salud mental comunitaria debe girar en torno a diferentes puntos básicos:

- Una atención integral y completa basado no sólo en el trastorno mental, sino además en el entorno social que rodea al paciente.
- Una intervención dirigida al empoderamiento de las personas, para fortalecer sus capacidades y habilidades sociales con el fin de no romper lazos con su entorno social para de esta manera no sentirse aislado.
- Una coordinación entre diferentes recursos y servicios sociales para poder cubrir de manera completa las necesidades que presente el paciente, adaptándose a este.
- Una intervención realizada mediante el trabajo en equipo donde todos los profesionales participen en el proceso de tratamiento del paciente. Así como hacer partícipes al entorno social y familiares del individuo (López y Laviana, 2007).

Existen a su vez, diversas estrategias para propiciar la participación comunitaria. Para ello, surgen diversos movimientos sociales, por los cuales se pone el foco de atención en que realmente se esté participando, desarrollando una nueva teoría, “teoría de redes” por el que se exponen diversos procedimientos para esta participación. Esta teoría pretende asimilar el poder como una capacidad para ejercer diversas tareas y cumplir con ciertas responsabilidades, así como poner el foco de atención en las relaciones sociales con sus diversas interacciones.

En definitiva, la participación comunitaria en salud es un proceso complicado por el cual, una comunidad desarrolla herramientas y diversas actividades para poder tomar decisiones de manera conjunta. Por ello, existen diversos agentes que distribuyen, dialogan y deliberan sobre distintas perspectivas que afectan a sus vidas. Siguiendo a Bang (2014), existen cinco bases sobre la participación comunitaria:

- La existencia de zonas de encuentro por el cual se puedan intercambiar los sentimientos generados por problemáticas compartidas
- Una información que sea escueta y eficaz
- Que los participantes de la comunidad realicen una toma de decisiones de manera conjunta
- Creatividad colectiva: por el que se pretende generar respuestas creativas a las problemáticas existentes
- Diagnósticos participativos: siendo la comunidad la partícipe de realizar su propio diagnóstico.

### 5.2.2. Tratamiento comunitario asertivo

Existe a su vez un tratamiento denominado “Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA)”, que consiste en ofrecer a la comunidad, por parte de un equipo multidisciplinar, atención y soporte a la rehabilitación de las personas que padecen una enfermedad mental. Dicho tratamiento, siguiendo a Morago (2006), consta de diversas bases:

- *Un equipo multidisciplinar:* es fundamental que se encuentre la presencia de diversos profesionales que hayan estudiado diversas disciplinas, para así poder proporcionar una atención más completa al paciente.
- *Trabajo en equipo:* cada profesional, desde su especialidad, debe asegurarse que el paciente está recibiendo una buena atención. Lo que significa que hay una preocupación e interés por que cada profesional lleve a cabo realmente una buena e integral atención con el paciente.
- *Atención Integral:* Significa ofrecer al paciente un soporte constante, procurando trabajar además no solo con el individuo, sino además de las relaciones tanto familiares como sociales que este mantenga. Así como ayudarlo a mantener contacto, así como posibles derivaciones a diversos centros, tanto públicos como privados.
- *Los equipos del TCA son especialmente activos (o asertivos):* Los profesionales, por iniciativa propia, se preocupan en mantener un contacto constante con las personas enfermas, así como de procurar su atención a estos.
- Los profesionales se preocupan por que su atención esté realmente adecuada a las necesidades de cada paciente, procurando que realmente se esté dando respuesta a estas.
- *Tratamiento in vivo:* consiste en atender a los pacientes en su propio domicilio para así poder generar un ambiente de confianza con la persona, así como que esta no tenga que movilizarse constantemente a los centros de salud mental. No obstante, debido a la variabilidad de las necesidades de los pacientes, estas visitas han de organizarse y programarse, no se deben realizar periódicamente.
- *Control de los síntomas:* este modelo considera que una buena medicación combinado con terapias de tipo psicosocial, ayuda en mayor medida a tener un mejor control de la enfermedad mental, evitando así el ingreso del paciente. De

esta manera se evita también la percepción negativa que tiene la sociedad al conocer a personas enfermas que ingresan en hospitales psiquiátricos reiteradamente.

- Debe ser una asistencia que permanezca activa todos los días, para así poder llevar a cabo una atención eficiente con una rápida respuesta a las necesidades del paciente que lo solicite.
- Los recursos que ofrece estos servicios no tienen un máximo de duración, sino que se adaptan a las necesidades del paciente y son útiles hasta que el paciente deje de necesitarlos. Como pueden tratarse de servicios a largo plazo, es importante que se genere una relación de confianza y apoyo mutuo entre profesional y paciente.

Así mismo, siguiendo al mismo autor, dentro del Tratamiento Comunitario Asertivo, se encuentran una serie de actividades que el trabajador social ha de llevar a cabo:

- Reconocer, evaluar e intentar disminuir todos aquellos problemas sociales que puedan ayudar a que se produzca el trastorno mental que padezca el usuario. Como, por ejemplo: cualquier tipo de violencia, como aquel que se pueda dar en el ámbito convivencial en el que habite el usuario.
- Ayudar al usuario en diversas gestiones, ya sea en encontrar una vivienda que se adapte a las necesidades del usuario o en gestiones económicas como las de un alquiler. De esta manera, lo que se pretende es que el usuario aprenda a gestionar por sí solo sus gastos de tal manera que pueda ser independiente a la hora de administrar y organizar sus propios bienes.
- Facilitar al usuario el acceso a diversos recursos comunitarios, promoviendo además su participación en estos.
- Evaluar y realizar un seguimiento en todas aquellas áreas donde el usuario presente dificultades, así como en sus necesidades.

Del mismo modo que en el ámbito de la salud mental, existe también un desarrollo breve sobre la historia internacional de la salud mental comunitaria. En primer lugar, se encuentra Gran Bretaña, donde el término de comunidad suele asociarse con aquellas actividades que se desarrollan en el entorno social de las personas, excluyendo todo tipo de atención hospitalaria. También se empezó a considerar que todo el ámbito comunitario

debía estar ligado al ámbito de la salud, por lo que, lo que anteriormente se conocía como “manicomios” pasó a conocerse como hospitales psiquiátricos. Además, con esta inclusión de los servicios comunitarios en el ámbito de la salud, se enfatizó en que el paciente no perdiera el contacto ni disminuyera sus relaciones con su entorno.

En segundo lugar, Francia, donde se definía la psiquiatría comunitaria como una ciencia cuya finalidad consistía en una detección precoz de la enfermedad mental, intentando evitar la aparición de esta mediante actividades que incrementaran las relaciones personales. Por último, en Estados Unidos, pese a que surgió la atención comunitaria con la Segunda Guerra Mundial, ya había movimientos dirigidos a buscar los mismos objetivos que la salud mental comunitaria. En 1963 fue cuando empezaron a surgir servicios de carácter comunitario. No obstante, como se ha mencionado antes, ya existían ciertos movimientos dirigidos a esto. En concreto, existían ya once programas. El Centro Comunitario, por ejemplo, era considerado de alto nivel ya que ofrecía diversos servicios capaces de afrontar las necesidades de las personas. Estos servicios, siguiendo a Calderón (1980), son los siguientes:

- Servicios dirigidos a la hospitalización
- Servicios que englobaran visitas en el exterior
- Servicios de internamiento de manera no indefinida, como, por ejemplo, los fines de semana, solo de día o de noche
- Servicios capaces de atender cualquier emergencia
- Servicios dirigidos a la educación y atención a otros servicios comunitarios, así como, al personal que lleva estos servicios
- Servicios encargados de poder realizar un buen diagnóstico
- Servicios que procuren la reintegración y rehabilitación de los pacientes, por el cual se realizan actividades formativas
- Servicios que procuren la atención completa de los pacientes, para de esta manera poder vigilar y ejercer cierto control. Por ejemplo, visitas a las familias de los pacientes
- Educación
- Estudio y evaluación

### 5.2.3. Profesionales de salud mental comunitaria

Se podría decir que existen dos enfoques en relación con las actividades llevadas a cabo por los profesionales. En un primer enfoque nos encontramos actuaciones dirigidas más a la mente del individuo, es decir, una intervención más psiquiátrica. Por otro lado, se encuentra un segundo enfoque con intervenciones dirigidas al ambiente social que rodea al paciente. Estos profesionales trabajan conjuntamente conformando así lo que se denomina Equipos de Salud Mental, los cuales incluyen a psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros, además de otros profesionales. Las actuaciones del psiquiatra en un primer lugar estaban más encaminadas a un modelo psicoanalítico por el cual la persona, aunque no posea conocimientos de lo que está realizando, sus actos siempre tienen una finalidad. Más adelante se optó por seguir un enfoque más biológico, centrándose solo en el análisis cerebral del paciente. Las actuaciones del psicólogo están relacionadas con el apoyo tanto a la realización del diagnóstico del paciente como a las terapias, psicológicas y psíquicas. Por último, las actuaciones del trabajador social están relacionadas con el apoyo tanto en el ámbito familiar como social. También se encarga de la coordinación con otros servicios y recursos sociales para poder atender y cubrir las necesidades que presente el paciente. En relación con el enfermero, se define a este como un enfermero psiquiátrico, quien ha de tener una formación de enfermero en la universidad y posteriormente se ha especializado en el ámbito de la psiquiatría. (García, 2004).

Algunos autores como Palomer, Masnou y García (2012) refieren en su análisis la existencia de una serie de características por las que se tienen que definir las funciones del equipo encargado a la atención en salud mental comunitaria:

- **Complementariedad:** cada profesional ha de ser especializado en un ámbito y debe realizar sus tareas en función de su especialidad.
- **Coordinación:** Se considera necesario la presencia de un profesional que se encargue de coordinar a los diversos profesionales del equipo, así como derivar a los usuarios en función de sus necesidades.
- **Comunicación:** para que se pueda realizar una buena atención al paciente, se considera necesario que exista una buena comunicación entre los profesionales del equipo.

- **Confianza:** todos los profesionales que conforman el equipo han de confiar en el trabajo que llevan a cabo cada uno de ellos.
- **Compromiso:** es indispensable que cada profesional se comprometa a llevar a cabo una buena atención al usuario.

Por último, Romano, et al., (2007) realizan también otro análisis de los roles y del trabajo que llevan a cabo los diversos profesionales en la atención comunitaria:

- El trabajador social es quien mas cuenta con la comunidad y con aquellos factores sociales que pueden dar lugar a la aparición de un trastorno mental.
- Los auxiliares de enfermería llevan a cabo diversas actividades como entrevistas, o visitas a domicilio.
- Área administrativa para ayudar a que las diversas herramientas que se utilizan en la atención a los pacientes queden registradas en una base de datos. De tal manera, que todos los profesionales del equipo puedan coordinarse mejor.
- Los psicólogos realizan múltiples actividades como un apoyo psicológico que funcione de terapia en los pacientes, así como actividades más enfocadas a programas comunitarios implantados en diversos centros.
- Los psiquiatras son los que más funciones tienen y los que presentan un abordaje mayor, ya que no solo asisten a los pacientes, sino además se encargan de la enseñanza de los demás profesionales, controlando las diversas actividades que llevan a cabo.

### 5.3. Esquizofrenia y Psicosis

Un trastorno marcado por la psicosis es aquella en la que se pierde la percepción real de uno mismo y del entorno que rodea a la persona. Lo que caracteriza a este trastorno es la aparición de comportamientos desviados influenciados por las alucinaciones y delirios.

Ramírez (2012) refiere que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) los clasifica de la siguiente manera:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante



- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado

Siguiendo a este mismo autor, dentro de la psicosis nos encontramos con distintas fases o periodos:

- **Periodo de psicosis no tratada**, lo que significa que hasta que no pasan dos años de los primeros episodios psicóticos no se recibe tratamiento.
- **Periodo de estabilización**, que abarca desde los 6-8 meses desde que se inicia el tratamiento.
- **Los síntomas residuales** son aquellos que siguen manifestándose en la persona pese a recibir tratamiento.
- **La evolución precoz** es aquella mencionada anteriormente que abarca los cinco primeros años posteriores a la aparición del primer episodio psicótico. Es el periodo más importante, ya que determina si los pacientes van a poder estabilizarse. Dicha estabilización suele producirse después de los 5-10 años. Esta fase también suele denominarse como *periodo crítico* ya que en los cinco años posteriores al primer episodio psicótico, se produce alrededor de un 80% de recaídas.

La esquizofrenia tiene distintos niveles. Se encuentran la fase premórbida donde existen diversas circunstancias que inducen a la aparición del trastorno. Estas circunstancias pueden estar ligadas con el estrés. Y, la fase prodrómica, donde empiezan a surgir ciertas desviaciones en la persona que puede ser pérdida de sueño, depresión, dificultad para concentrarse e irascibilidad. La duración de esto suelen ser semanas hasta prolongarse a los cinco años. Posteriormente, se van desarrollando hasta encontrarse la persona en una fase más grave de la psicosis (Aznar y Berlanga, 2005).

### 5.3.1. Concepto de esquizofrenia

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) define la esquizofrenia como un trastorno que, tras la aparición del primer síntoma, dura seis

meses, así como un mes más de síntomas, tales como ideas distorsionadas, delirios y un comportamiento hostil. Se encuentran diversos modelos, según Dieguez (2006), que tratan de explicar las causas que motivan a que la esquizofrenia se produzca:

- **Modelo del estrés-diátesis:** se refiere a la existencia de personas con una mayor probabilidad de desarrollar la esquizofrenia debido a estar expuestos a situaciones de estrés.
- **Factores biológicos:** se refiere a aquellas anomalías existentes en el cerebro, causantes de que se desarrolle la enfermedad.

La esquizofrenia se podría definir como un trastorno mental que aparece con mayor frecuencia en la etapa adolescente o en el principio de la etapa adulta. El deterioro de las habilidades personales y la aparición de ideas delirantes es lo que difiere la esquizofrenia de otros trastornos mentales. Suele empezar con un primer síntoma, que, si no se recibe tratamiento, tiende a desarrollarse con la aparición de más síntomas hasta adoptar un carácter crónico y grave (Alanen, 2003).

La esquizofrenia es aquella enfermedad que afecta a la forma de actuar, sentir y pensar de una persona. Según Aznar y Berlanga (2005), los síntomas que suele presentar la persona con esta enfermedad son los siguientes:

- Alteración en la forma de percibir de la persona
- Alteración en la forma de pensar de la persona
- Alteración en los sentimientos de la persona
- Alteraciones cognitivas-conductuales: afectando por ejemplo en el habla de la persona.

### **5.3.2. Síntomas de la esquizofrenia**

En la mayoría de las ocasiones, las enfermedades mentales pueden presentarse como consecuencia de un exceso anomalías o funciones mentales distorsionadas, llamado síntomas positivos, o bien pueden presentarse como un fallo de las funciones mentales, denominado en este caso síntomas negativos. Siguiendo a Aznar y Berlanga (2005), en la esquizofrenia los síntomas tanto positivos como negativos que se presentan son los siguientes:

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
Alucinaciones	Pobreza afectiva
Delirios	Falta de empatía y carencias sociales
Lenguaje y pensamiento desorganizado	Carencia en el lenguaje o el habla
Comportamiento desorganizado	Comportamientos basados en un aislamiento social

A continuación, se va a explicar cada síntoma. En primer lugar, se entrará a desarrollar los síntomas positivos:

- Alucinaciones: puede presentarse en los cinco sentidos:
  - Vista: la persona con esquizofrenia puede ver cosas que no son reales
  - Olfato: pasa lo mismo que en la vista, solo que en este caso se trata de percibir olores que no corresponden con la realidad
  - Gusto: la persona experimenta sabores impropios al sabor real
  - Tacto: la persona nota que alguien pueda estar rozándole o acariciando su piel sin que haya nadie presente o nadie que lo esté haciendo.
  - Oído: la persona escucha voces inexistentes ya que pueden darse cuando la persona esté sola
  
- Delirios: consiste en la creencia, generalmente desviada que provoca ansiedad e inquietud en la persona. Pese a que se pueda demostrar que no son reales, la persona enferma suele mantenerse inflexible y no cree que esas convicciones o creencias no sean reales.
- Lenguaje y pensamiento desorganizados: pérdida cognitiva en el que la persona no puede mantener un dialogo estable ya que no hila sus ideas, de tal manera que no se le llega a entender.
- Comportamiento desorganizado: pueden presentarse en forma de angustia en la persona o bien comportamientos que no siguen una lógica.

En relación a los síntomas negativos:

- Pobreza afectiva: la persona enferma apenas puede expresar correctamente sus emociones y carece de expresión emocional.

- Carencias en el lenguaje o el habla: la persona enferma apenas sabe cómo expresar sus ideas y suelen mantener un dialogo corto con respuestas muy breves.
- Falta de empatía y carencias sociales: la persona no muestra un interés por el conocimiento de otras cosas, además de presentar una carencia para relacionarse con otras personas. Es decir, tiene las habilidades sociales muy disminuidas. Esto tiende a que la persona se aíse socialmente.

Huber, según Gerbaldo (2010), también realiza una clasificación de síntomas básicos.

Algunos de ellos son:

- La distinción de las emociones empieza a ser un trabajo dificultoso.
- Disminución de la capacidad de atención.
- Dificultad para pensar.
- Disminución de lenguaje, tanto captar los mensajes como emitirlos.
- La persona empieza a no saber diferenciar las ideas delirantes de la realidad.
- Distorsión en distinguir el rostro de las personas.
- Desarrollo de una mayor preocupación por sí mismo y de pensamientos de control, donde la persona empieza a pensar que está siendo vigilado.

La persona que padece uno o varios de estos síntomas no acepta el problema, desarrollando comportamientos para que los demás no sean capaces de percibir que la persona está enferma.

Alanen (2003) refiere que dentro de la esquizofrenia nos encontramos con diversos grupos. Por un lado, los grupos nucleares y por otro los marginales. Dentro de los grupos nucleares se encuentran a su vez tres subgrupos:

- **Hebefrénica:** aquellos casos donde se produce un deterioro de la percepción real, así como sucesos donde la persona empieza a comportarse de manera distinta. Este grupo suele darse de manera más precoz, manifestándose con anterioridad a los veinticinco años y adoptando un carácter crónico. Un ejemplo de los síntomas que aparecen en este grupo son el deterioro auditivo, creando en la persona ideas delirantes.
- **Catatónica:** suele ser en los casos de esquizofrenia aguda, donde la persona empieza a manifestar el estrés y actitudes violentas.

- **Paranoide:** se asocia con las alucinaciones e ideas delirantes. Un ejemplo de los síntomas que se producen en este grupo puede ser cuando la persona empieza a considerar la idea de que alguien le vigila o le persigue.

### 5.3.3. Mitos sobre la esquizofrenia

Siguiendo a Aznar y Berlanga (2005), existen ciertos mitos sobre la esquizofrenia:

- Se trata de una enfermedad que el paciente padecerá a lo largo de toda su vida
- El único tratamiento viable para esta enfermedad es la toma de ciertos medicamentos para tranquilizar la conducta de los pacientes que la presentan.
- Esta enfermedad tiene como consecuencia ciertas actitudes agresivas y comportamientos violentos
- Otra de las consecuencias de la esquizofrenia es la limitación e incluso disminución de la inteligencia de las personas.
- El motivo por el que las personas puedan desarrollar esta enfermedad es por la familia
- Esta enfermedad se hereda
- Quien padezca esta enfermedad no podrá tener una vida social ni laboral normalizada
- Las personas con esquizofrenia serán dependientes durante toda su vida.

Esta serie de mitos conlleva a una marginación de las personas con esta enfermedad, creando de esta manera un estigma social y la convicción en toda la sociedad de que no deben permanecer junto a estas personas. No obstante, existen datos, como por ejemplo con la toma de medicamentos, que hoy en día la recuperación se puede conseguir ya no solo con el tratamiento farmacológico, sino, además, con ciertas terapias o tratamientos psicosociales.

Dentro del concepto de la esquizofrenia, siguiendo a Peralta, Cuesta y Langarica (2006), existen diversos autores pioneros que ayudaron a entender mejor en qué consistía esta. Estos autores son:

- Emil Kraepelin: la demencia precoz: distingue entre una serie de indicadores que inciden en la aparición de una demencia precoz:
  - Estas demencias son provocadas por el organismo, no por causas externas.

- Un gran número de personas que empiezan a tener una demencia, desarrollan esta enfermedad hasta el punto de que se encuentren en una fase más grave.
- La enfermedad afecta a la forma de actuar de las personas, alterando su capacidad de percepción y sus pensamientos. Así mismo, se puede producir en la misma persona varias alteraciones en su capacidad cognitivo-conductual.
- Eugen Bleuler: las esquizofrenias: realiza una sustitución de la demencia precoz mencionada con anterioridad, por esquizofrenia. Así como una distinción entre síntomas primarios y secundarios. Los primeros están relacionados con la capacidad cognitiva, mientras que los segundos se relacionan más con la percepción de la persona sobre la enfermedad y la manera que tiene esta de afrontarla. Dentro de estos síntomas, distingue los síntomas básicos que son aquellos que siempre se muestran presentes a la hora de desarrollar una esquizofrenia, y los síntomas accesorios que son aquellos que se caracterizan por su flexibilidad en el desarrollo de la enfermedad.
- Kurt Schneider: los síntomas de primer rango (SPR): consigue que lo que él considera como síntomas de primer rango se aglutinen en un diagnóstico válido para todos a la hora de determinar la esquizofrenia.

A su vez, Eugen Bleuler fue quien puso de manifiesto que las características propias de la esquizofrenia son aquellas que tienen que ver con el deterioro de las habilidades personales y su manera de percibir la realidad, que normalmente se encuentra distorsionado, teniendo ideas delirantes. Otro autor, David Shakow apoya la idea de Eugen manifestando que las ideas delirantes y las falsas percepciones con las que se encuentran las personas esquizofrénicas les supone una mayor dificultad para percibir la realidad tal y como es (Alanen, 2003).

Por último, se puede destacar la relación que mantienen la esquizofrenia y la depresión, ya que en la mayoría de las ocasiones los síntomas que aparecen en el primer episodio psicótico también pueden diagnosticarse como síntomas propios de la depresión. Es por

ello por lo que se empiezan a considerar los síntomas de la depresión como un indicador más de la esquizofrenia.

“Se ha detectado un síndrome de depresión en el 12,9 % de los pacientes con esquizofrenia crónica, y estos síntomas han persistido más allá de 3 meses en el 60 % de los individuos. En otro estudio se observó que el 30-40 % de los pacientes esquizofrénicos presentó síndromes de depresión mayor durante el curso longitudinal de su enfermedad” (Oosthuizen, Emsley, Niehaus, Koen y Chiliza, 2006, p 172).

Estos síntomas son relevantes especialmente en la fase aguda de la esquizofrenia ya que incide en el alto riesgo y en una mayor probabilidad a cometer suicidios, así como déficits en el ámbito social y laboral de la persona.

## **5.4. Atención Temprana o Prevención Secundaria**

### **5.4.1. Concepto de Atención Temprana**

Existen tres niveles de intervención en atención temprana según el Libro Blanco de Atención Temprana (2005):

- Prevención primaria: consiste en una protección y actuación de carácter universal.
- Prevención secundaria: este tipo de prevención se realiza mediante programas especializados en detectar de manera anticipada enfermedades o factores de riesgo.
- Prevención terciaria: consiste en intervenciones y acciones que se dirigen específicamente a solventar aquellas situaciones donde ya existe un trastorno mental.

La prevención secundaria adopta una serie de medidas cuya finalidad consiste en paliar o ralentizar el desarrollo de la enfermedad mental. Por lo que se puede decir que una de las metas de este tipo de prevención es de disminuir la aparición de la enfermedad mental. Las actividades se desarrollarán bajo la tutela de aquellos programas o servicios encargados de detectar la enfermedad. Lo esencial en la prevención secundaria es la de poder realizar un diagnóstico temprano, así como la de aplicar un tratamiento que se adecue a las características de la enfermedad y a las necesidades del paciente (Gerbardo, 2010).

La prevención secundaria significa poder distinguir de manera temprana aquellos trastornos patológicos que derivan de una lucha inter e intrapersonal que experimenta la persona. Poder diferenciarlos a tiempo, conlleva a ofrecer un adecuado tratamiento de estos trastornos. Siguiendo a Calderón (1980), en las diferentes etapas de la vida esta enfermedad se puede distinguir de la siguiente manera:

**En la etapa infantil**, los niños pueden presentar problemas o patologías ligadas al aprendizaje. Una buena educación a los padres para saber dirigir a sus hijos, o una buena y correcta enseñanza en la escuela, pueden resolver la probabilidad de que aparezcan trastornos a esta edad. De no ser así, el niño desarrollará un trastorno que, a su vez, incrementará con el transcurso de los años.

No obstante, **en la adolescencia** existe una mayor dificultad para reconocer estos procesos patológicos, ya que consiste en una etapa donde se da una mayor variabilidad emocional. Es decir, los conflictos que se presentan en la adolescencia suelen parecer más problemáticos debido a la inestabilidad emocional que presentan todos los jóvenes adolescentes. Es importante conocer, además, que en la adolescencia los trastornos que pueden aparecer con más frecuencia son la epilepsia y la esquizofrenia, así como desarrollar una dependencia a los fármacos o una conducta conflictiva e incluso se puede decir que la tasa de suicidios es más alta en esta etapa de la vida.

**En la etapa adulta**, estos trastornos pueden presentarse como consecuencia de diversas crisis que se presenten ante la persona. Estas crisis pueden asociarse a una insatisfacción laboral, vital o una ruptura en la esfera social de la persona.

El objetivo de la intervención temprana es el de disminuir las consecuencias de la enfermedad, así como aumentar las posibilidades de recuperación a corto plazo. Además de una finalidad preventiva para la no reincidencia del trastorno o de sus síntomas en la persona, para así poder ganar más seguridad y desarrollar más su autonomía (Ramírez, 2012).

Becerra y Kennel (2008) refieren en su análisis que el trabajador social dentro de este ámbito ha de tener en consideración la importancia de realizar un diagnóstico temprano que puede desarrollarse de la siguiente manera:



- Conseguir un modelo tipo de diagnóstico, por el cual pueda diferenciarse el trastorno en sus primeros síntomas.
- Informar a todas las posibles personas que sean vulnerables de padecer estos trastornos, así como a su entorno social y familiar de estos primeros síntomas.
- Del mismo modo, se debe informar sobre los establecimientos a los que poder acudir en caso de presentarse los primeros síntomas.
- Además de proporcionar información, el trabajador social debe saber identificar a las personas que puedan presentar un posible trastorno mental, y de esta manera, poder tratarle de manera rápida y eficaz.

#### **5.4.2. Atención Temprana en Psicosis**

Siguiendo a Ramírez (2012), el tratamiento que se produce al inicio del trastorno psicótico intenta conseguir los siguientes objetivos:

- Paliar o reducir los síntomas, así como su prevención
- Desarrollar una mejor adaptación y rehabilitación del trastorno
- Promover que la persona se sienta segura y bien consigo misma
- Promover la creación de ambientes favorables mediante la participación de las familias y el apoyo a estas
- Evaluar que el tratamiento se esté cumplimentando

No obstante, existe un alto porcentaje de recaer y agravar el trastorno pese a realizar el tratamiento.

Existen ciertos programas que realizan una intervención cuando aparecen los primeros síntomas psicóticos. La finalidad de estos programas es que se exista un diagnóstico para que se pueda diferenciar los síntomas que indican padecer un trastorno psicótico, así como poder proporcionar un tratamiento que ayude a que la enfermedad no evolucione. Otras finalidades que tienen estos programas son que la persona empiece a aceptar su enfermedad, así como poder convivir con ella en sociedad, para que la persona no se margine (Vázquez-Barquero y Artal, 2006).

Por esto, se puede hablar de la existencia de programas que intervienen en las fases prodrómicas de la psicosis, cuyos objetivos son los siguientes:

- Investigar cuáles son los primeros síntomas que aparecen en la fase prodrómica de esta enfermedad, así como los indicadores que pueden desarrollarla.
- Realizar una intervención con el fin de disminuir o evitar que la psicosis evolucione hasta alcanzar los síntomas que la definen como psicosis grave.
- Estudiar cuales son los síntomas que se producen dentro del organismo de la persona y que provocan la aparición de la enfermedad, para así poder intervenir sobre ellos y de esa manera poder reducir la probabilidad de que aparezca esta enfermedad.

### 5.4.3. Fase prodrómica

Existe una definición de pródromo por el que se considera que la persona en esta fase tiene un alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico (Vázquez-Barquero y Artal, 2006).

La fase prodrómica puede prevalecer durante varios años, en los cuales se producen varios síntomas. Siguiendo a Schultze-Lutter, Klosterkötter y Ruhmann (2006), en el DSM-III se establecen varios síntomas prodrómicos, que suelen tener una duración de seis meses hasta que aparecen los síntomas propios del trastorno psicótico:

- Marginación de la persona
- Disminución de las habilidades sociales
- Actitudes o formas de actuar inadecuados
- Disminución de las habilidades higiénicas
- Disminución de la capacidad que tiene la persona para sentir
- Deterioro de las habilidades de la persona para seguir un diálogo
- Capacidad de percepción alterada
- Deterioro en la personalidad de persona hasta el punto de que no tenga motivación para realizar ciertas cosas.
- Ideas alteradas, distorsionadas que no tienen relación alguna con la realidad

A su vez, según Vallina (2003), existe una clasificación diversos indicadores prodrómicos que se da en las personas que pueden presentar una psicosis:

- **Síntomas psicóticos atenuados:** distorsión de la capacidad de percepción

- **Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos:** son aquellas modificaciones que se producen en la personalidad de quien padece una psicosis.
- **Cambios conductuales:** se encuentra más ligado a la necesidad de marginación que suelen sentir estas personas.

Existe un **periodo de la psicosis no tratada**, que oscila entre uno o varios años y se define cuando se manifiesta el primer síntoma psicótico. El no tratamiento durante este periodo de tiempo puede suponer tanto daños graves en la capacidad mental de la persona como en la capacidad de relacionarse. Algunas consecuencias de este periodo sin tratar pueden ser que la persona empiece a lesionarse a sí misma, la adicción a diversas drogas y la pérdida de habilidades influyendo y agravando problemas en el ámbito laboral o escolar.

A su vez se distinguen una serie de circunstancias por las que no se aplica un buen tratamiento a tiempo. Estas son la de no haber reconocido la psicosis, la persona se niega a buscar ayuda, la dificultad de acceder a diversos recursos y la existencia de otras circunstancias graves ligadas a la persona como las adicciones, otra enfermedad mental, etc (Vallina, 2003).

La fase prodrómica se define también como una etapa por la que el sujeto presenta ciertos síntomas previos a una fase más grave de la enfermedad. Además de la probabilidad sobre la relación de que los síntomas se desarrollan en aquellos individuos que cuentan con familiares que han padecido o sufren de esquizofrenia. Se encuentran dos indicadores, por un lado, el individuo presenta familiares con esquizofrenias agudas, y, por otro lado, la disminución de la capacidad funcional del individuo.

Por lo que, el tratamiento se centra en disminuir la probabilidad de que la enfermedad se desarrolle en una psicosis. De este modo, la intervención va enfocada a ayudar al individuo a afrontar y entender la enfermedad, mejorar la autoestima de las personas, así como apoyar en el proceso de adaptación y adecuación del individuo con la enfermedad, controlar la ira que pueda sentir el individuo, y por último, prevenir la aparición de nuevos síntomas (Ruiz, Salaberria y Echeburúa, 2013).

Se resalta la importancia de una intervención temprana a nivel bio-psico-social para una atención integral al paciente. Ciertos estudios sobre el inicio de la esquizofrenia muestran que, el 73% de los casos, esta enfermedad se inicia con síntomas negativos o prodrómicos

y solamente un 7% con síntomas positivos. Esta fase prodrómica se desarrolla con la aparición de diversos síntomas como el aislamiento social, disminución del interés en el ámbito laboral o escolar, falta de higiene y autocuidado y comportamientos hostiles. Por lo que se hace imprescindible la existencia de programas que abarquen los síntomas negativos, la marginación social que los enfermos de esquizofrenia tienden a conseguir, así como, el seguimiento de los enfermos sobre su participación en el ámbito social, sobre todo, en sus actividades de ocio (Gil, 2010).

En la fase inicial de la esquizofrenia, denominada, fase prodrómica, los cambios que se producen en el comportamiento de la persona son de menor gravedad. Suele ser previo a los síntomas propios de la fase aguda de la esquizofrenia. Siguiendo a Aznar y Berlanga (2005), los síntomas en esta fase son las siguientes:

- Cierta preocupación y angustia
- Se disminuye el apetito, así como una falta de organización en las horas propias de la comida
- Se produce una disminución en la concentración, en el sueño
- La persona empieza a perder la capacidad de divertirse
- La persona empieza a caer en una sensación de decaimiento
- La persona empieza a aislarse, relacionándose menos con su entorno social
- La persona empieza a percibir que la sociedad puede hablar o reírse de ella.
- La persona empieza a carecer de preocuparse por mostrar un interés en otras cosas
- La persona muestra un comportamiento de angustia sin saber la causa de esta
- La persona puede presentar comportamientos excitados o sobresaltados
- La persona empieza a sentirse inadaptado o poco apto para poder realizar ciertas cosas.

Los jóvenes que se han clasificado como personas con un elevado nivel de padecer una psicosis han presentado diversos síntomas característicos de la etapa prodrómica.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, si no se trata a la persona en el inicio de estos síntomas, esto se puede traducir a que en el futuro se agrave la recuperación de la persona o no se pueda impedir el desarrollo agudo de la enfermedad. Por lo que, los programas destinados a tratar a los pacientes en esta fase tienen una serie de

características en común. Algunas de estas características, según Poza, Cantero y Bermejo (2013) son las siguientes:

- Distinguir a los jóvenes con mayor probabilidad de desarrollar una psicosis.
- Diferenciar las circunstancias que suponen un riesgo en el desarrollo de esta enfermedad.
- Convencer a los pacientes de que busquen ayuda.
- Proporcionar en cantidades mínimas tratamiento farmacológico

Travé y Pousa (2012) analizan un tipo de terapia, denominado terapia cognitivo-conductual, la cual comprende una serie de programas que se implantan en los primeros episodios psicóticos. Estos programas son los siguientes:

- **Mindfulness:** consiste en enseñar diversas pautas para que las personas que padecen una enfermedad mental puedan diferenciar los pensamientos negativos y controlarlos para que no lo confundan con la realidad.
- **Terapia de aceptación y compromiso:** este tipo de terapia pretende que los individuos realicen una introspección a modo de conocerse más para actuar, así como defender los valores que tienen aprendidos.
- **Entrenamiento en mente compasiva:** para ayudar a las personas que padecen un trastorno mental a no actuar de manera hostil ni castigarse por sus comportamientos derivados de la enfermedad. Así como ofrecer herramientas para que los individuos aprendan estrategias de cuidado y bienestar con uno mismo.
- **Terapia meta-cognitiva:** relacionado con el mindfulness, para que las personas aprendan a controlar y diferenciar sus pensamientos negativos. Junto con esta terapia se encuentra el método de niveles, para que las personas aprendan a percibir la realidad y no ideas distorsionadas, además de aprender a distinguir estas ideas o percepciones distorsionadas con la realidad.

Existe una crítica hacia el modelo de atención temprana en psicosis por el cual se pone en relevancia que, en primer lugar, ha habido tanta preocupación por los factores biológicos que se han ido olvidando los factores sociales que pueden incidir en que una persona desarrolle una enfermedad mental. Además, en relación con el periodo de tiempo que pasa la persona sin recibir tratamiento tras la aparición del primer síntoma psicótico,

no existen evidencias científicas de que un tratamiento a tiempo mejore el diagnóstico a largo plazo. En segundo lugar, al no haber tenido un diagnóstico claro desde el principio, no se ha podido identificar a las personas con altas probabilidades de desarrollar una psicosis. Junto con esto, también existen datos sobre el porcentaje de personas que no pasan por una fase prodrómica, siendo esta del 50% (Ibañez, 2018).

#### **5.4.4. El trabajo social en atención temprana en psicosis**

En relación con los profesionales que trabajan sobre este ámbito, se encuentra la intervención psicosocial desarrollada en diversas guías como en la Guía de Chile. Esta guía define una serie de objetivos. Algunos de estos, según Gil (2010) son:

- Reducir el rechazo al tratamiento.
- Proporcionar una mayor información sobre la enfermedad, así como evitar las recaídas.
- Disminuir los síntomas tanto positivos como negativos.
- Apoyar al paciente de tal manera que confíe más en sí mismo y en poder controlar la enfermedad, sobre todo, en aquellos aspectos relacionados con las ideas delirantes.
- Conseguir que el paciente no rompa sus relaciones sociales.
- Derivar e integrar al paciente en recursos normalizados ante la posibilidad de tener que usar recursos más específicos.

El trabajador social en este ámbito debe proporcionar al usuario una atención y un seguimiento de forma continua tras el inicio de los primeros síntomas, además de diversos tratamientos que incluyan no solo medicación sino también programas que enseñan a los individuos a manejar el estrés, así como prevenir las recaídas. Dicho tratamiento debe realizarse atendiendo las necesidades de cada paciente, por ello se dice que se trata de un tratamiento individualizado el cual se adecúa a los intereses y habilidades de cada individuo enfermo. Siguiendo a Gil (2010), algunos de los objetivos que tiene que alcanzar un trabajador social son los siguientes:

- Proponer metas y objetivos realistas adecuadas con las habilidades y necesidades del paciente.
- Promover las relaciones sociales del paciente, así como un desarrollo sexual normalizado.

- Promover que el paciente desarrolle sus propios valores y actúe conforme a estos.
- Apoyar al paciente para que sepa afrontar la situación.
- Reducir los efectos negativos que pueda sentir el paciente con el desarrollo de la enfermedad.
- Estar abierto a todos aquellos aspectos que puedan dificultar el seguimiento del tratamiento.
- Proporcionar una intervención que vaya también dirigida a problemas que puedan surgir relacionados con el abuso de estupefacientes o actos suicidas.
- Formar a los pacientes para que adquieran habilidades de tipo social, y así conseguir, como ya se ha mencionado anteriormente, que este no rompa sus lazos sociales.
- Aumentar la confianza del paciente en sí mismo mejorando su autoestima.

Los jóvenes tienden a no seguir los tratamientos cuando ven que estos consisten en intervenciones que duran varios años e incluso puede que con el paso del tiempo surjan más tratamientos. Por ello, como se observa en los objetivos que pretende alcanzar un trabajador social, se observa la importancia de implantar objetivos o metas a corto plazo, que sean realistas, para motivar de esta manera a la continuidad y permanencia en el tratamiento. Además, existe una alta probabilidad de que si no se solucionan los problemas sociales que puedan surgir de manera correcta, estos se agraven hasta que sea más difícil su resolución. Cabe resaltar la importancia del “Trabajo Social centrado en la tarea o por objetivos”, el cual es bastante útil para así poder conseguir los objetivos anteriormente mencionados. Por último, resaltar que las intervenciones que se realizan en la atención temprana en psicosis ayudan a resolver los problemas que puedan ir surgiendo, para así evitar que estos se desarrollen. Para ello, se ha de trabajar en establecer una relación de confianza con el paciente. Esto se puede conseguir estableciendo objetivos a corto plazo mediante un “programa de continuidad de cuidados” (Gil, 2010).

## **6. Familias**

Una encuesta realizada en 1992 por la Federación Madrileña de Asociación de Familiares de Enfermos Mentales (FEMASAM), estimó que un 80% de los enfermos mentales viven con sus familias y en especial con sus padres. Las

familias son el principal recurso de atención, cuidado y soporte del enfermo mental, siendo poco conocida e ignorada la problemática y necesidades de las familias. La vivencia de estigmatización aparece, invariablemente, en mayor o menor medida y con más o menos conciencia de ello, en familias de pacientes esquizofrénicos: un 88% de los familiares asocian de forma intensa el estigma a la enfermedad mental y, lo que es más grave, los profesionales son vistos a menudo como un factor que contribuye a ello (Gisbert, 2003, p 181).

Las familias durante el proceso de la enfermedad suelen presentar ciertas dificultades y preocupaciones a la hora de tener que afrontar la situación. Por un lado, sus propios sentimientos y, por otro lado, la falta de conocimientos sobre las actuaciones que pueden llevar a cabo para cuidar a la persona enferma. En relación con los sentimientos con los que se encuentran las familias, en su mayoría, suele ser de culpabilidad. Las intervenciones con las familias suelen ir dirigidas a que estas conozcan o tengan una mayor información sobre lo que es la enfermedad y cómo intervenir con ella, tanto en el entorno convivencial, a la vez que, enseñar cómo afrontar la enfermedad de tal manera que no realicen unos cuidados insuficientes o negativos hacia la persona enferma. (Aznar y Berlanga, 2005).

En las familias donde se llevan a cabo procedimientos que implican dejar al enfermo en un hospital, siempre se produce el conflicto de si realmente esta es la opción más correcta. Además, el problema de ingresar al paciente es que este dentro del hospital muestra comportamientos dóciles y buenas conductas que hacen pensar que ya está recuperado y que el paciente puede volver a su domicilio. No obstante, esto genera un problema ya que la forma de actuar del paciente no será la misma en el hospital que en el hogar, debido a la falta de información y falta de pautas que enseñen al paciente y a la familia a afrontar la enfermedad dentro del lugar convivencial (Soria, 1975).

Siguiendo a Becerra y Kennel (2008), existe una clasificación de familias:

- **Familia de adaptación estable y comunicación satisfactoria:** es aquella familia capaz de afrontar la enfermedad.
- **Familia de adaptación inestable y comunicación satisfactoria:** es aquella familia que puede producir el desarrollo de una enfermedad
- **Familia de adaptación estable y comunicación insatisfactoria**



- **Familia de adaptación inestable y comunicación insatisfactoria**

Estos dos últimos tipos de familias son tipos de familias en las cuales, con mayor frecuencia surgen las enfermedades mentales relacionadas con la psicosis o esquizofrenia.

A su vez, según Alanen (2003), existen cuatro modelos que tratan de explicar la relación entre los trastornos de los padres y el trastorno de los hijos:

- **Etiológica:** la enfermedad de los padres como causantes de que el hijo desarrolle la esquizofrenia.
- **Reactiva:** Además de los padres ser los causantes de la enfermedad del niño por padecerlos ellos también, esta enfermedad se agrava más cuando los padres adoptan actitudes de aislamiento y marginación hacia el hijo.
- **Situacional:** Consiste en que cuando se va a realizar la evaluación de un niño que padece una enfermedad, la familia de este presenta ciertos comportamientos anómalos.
- **Interactiva:** se puede observar la falta de comunicación dentro de la familia con un hijo esquizofrénico.

Este mismo autor refiere que algunas investigaciones que se han realizado obtuvieron como datos que el 60% de los padres con hijos esquizofrénicos adoptaban medidas exageradas de protección, mientras que unos pocos padres adoptaban actitudes negativas rechazando al hijo. Del mismo modo, se publicó un libro: *“La esquizofrenia y la Familia”*, el cual, pudo obtener los siguientes resultados:

- En el 60% de los casos, uno o ambos padres presentaban también un trastorno de personalidad, por lo que el hijo puede heredar la enfermedad.
- Además, pueden darse casos donde existe una convivencia hostil y una relación negativa entre los padres.
- Debido a esta relación hostil entre los padres, uno de ellos acaba satisfaciendo sus necesidades usando al hijo. Normalmente esto se traduce a violaciones de los padres hacia sus hijos.
- Con los varones esquizofrénicos se pudo observar, que los padres adoptan el rol masculino, por el que intentan enseñar a sus hijos pautas y comportamientos propias de un varón, mientras que las madres adoptaban un rol más dependiente hacia sus hijos. En relación con las pacientes femeninas, los padres adoptaban un

rol más seductor intentando aprovecharse de su hija, mientras que las madres se mostraban carentes de emoción afectiva.

## **6.1. Intervenciones familiares**

El primero que estudió la intervención familiar con la aparición del primer episodio psicótico fue Goldstein, quien, en 1978, desarrolla un programa para intervenir con familias. Dicho programa sirvió para comprobar que, aquellas intervenciones donde se combinaban el tratamiento farmacológico con terapias familiares, concurrían en una mayor probabilidad de reducir el número de recaídas después de la aparición del primer episodio psicótico. Dicho programa familiar se centraba, no solo en el paciente, sino también en enseñar pautas a las familias para saber afrontar la enfermedad. Además, existen estudios que confirman que, en aquellas familias donde se realizan espacios para que expresen sus sentimientos y emociones, se reducen las recaídas que pueda tener la persona después del primer episodio psicótico (Linszen, 2006).

Siguiendo a Becerra y Kennel (2008), el trabajo con la familia pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- Analizar los tipos de problemas que puedan existir dentro del vínculo familiar, para de esta manera observar si pueden estar influenciando en el desarrollo de la enfermedad del individuo.
- Analizar las relaciones existentes entre los distintos miembros del núcleo familiar, enfatizando en las relaciones que mantengan con el enfermo.

Existen ciertas terapias con familias que consisten en grupos de discusión, donde familias que tienen individuos con enfermedades similares pueden expresar sus emociones o sentimientos con el fin de disminuir la tensión que la enfermedad genera en ella, así como aprender pautas de afrontamiento. Es la figura del trabajador social quien ayuda a que los miembros del grupo encuentren diversas soluciones mediante la interacción y el intercambio de experiencias que viven las familias.

Algunos estudios concluyen que las familias que no han realizado terapias o no han mantenido un seguimiento en el tratamiento del individuo enfermo, suelen rechazar en mayor medida al enfermo cuando este se recupera y deja el ingreso psiquiátrico para volver al domicilio familiar.

Se realizan reuniones terapéuticas, donde el individuo acude con su familia. Estas reuniones, en un primer momento tienen como objetivo analizar la reacción del individuo y su familia tras la aparición de la enfermedad mental, así como del ingreso hospitalario. En un segundo momento, se pretende apoyar al individuo y a su familia con el fin de que aprendan a afrontar la enfermedad. Además, este tipo de reuniones no solo muestran al individuo como participante activo, sino que su familia también puede participar en la toma de decisiones sobre qué tratamientos se llevarán a cabo. En relación con los profesionales, este tipo de terapias ayuda a que estos puedan analizar las relaciones e interacciones familiares con el fin de conocer con exactitud si una terapia familiar ayudaría más al individuo (Räkköläinen, Lehtinen y Alanen, 1991).

La terapia familiar empezó a adquirir importancia con la Segunda Guerra Mundial, ya que antes prevalecía la atención individual. El incluir a las familias en la atención a las personas con trastornos mentales ayuda a que estos tengan un apoyo y no se sientan marginados. Así como la importancia de poder orientar a las familias en el proceso de la enfermedad para que aprendan y sepan qué actitudes y medidas llevar a cabo, así como ofrecerles apoyo y no se sientan sobrecargados con el cuidado del enfermo (Alanen, 2003).

## **6.2. Características sobre el trabajo con las familias**

Según Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells (2009), existen una serie de características básicas del trabajo centrado en la familia:

- **La familia como unidad de apoyo:** lo importante es centrarse en las necesidades y preocupaciones de la familia. Empieza a relacionarse con la teoría de sistemas, el cual pretende dar apoyo y considerar a todos los miembros de la familia.
- **La familia elige:** se centra en enseñar a los padres la importancia de que expresen sus sentimientos y necesidades, para que así los profesionales y servicios se adapten y adecuen a la familia. Con esto se pretende animar a las familias en su propia toma de decisiones y participar activamente en el proceso.
- **Apoyos basados en las fortalezas:** En vez de centrarse en las carencias de los pacientes y sus familias, se intenta motivar a las familias para que sean ellos mismos los que encuentren sus puntos más fuertes y positivos y no se centren solo

en lo negativo. Con esto se consigue una mayor autoestima y seguridad en las familias.

A su vez estos mismos autores ponen de manifiesto la importancia del trabajo centrado en la familia, ya que consideran que la participación de la familia sirve de apoyo para el paciente que padece un trastorno mental. Lo que se intenta es un trabajo con los padres, proporcionando pautas y maneras de actuar que faciliten el desarrollo del joven en la sociedad. Por tanto, no solo se pretende ofrecer un apoyo al paciente para que este pueda potenciar sus capacidades y habilidades, sino, además, que la familia también desarrolle y promueva sus competencias a la hora de afrontar la situación y de tomar decisiones. Los profesionales que intervengan con la familia han de entender el funcionamiento interno de esta para así poder analizar si se apoyan mutuamente.

Además, “trabajar de manera efectiva con las familias exige, entre otros aspectos, conocer las demandas crecientes que tienen las familias y sus estilos de enfrentamiento con objeto de ayudarles a responder de manera adecuada; aprender a reconocer las fortalezas de las familias; promover la adquisición de nuevas capacidades; proporcionar el acceso a los apoyos promoviendo, entre otros aspectos, redes sociales de relación; establecer una relación de colaboración, compartiendo información y mostrando sensibilidad y flexibilidad ante las distintas realidades de las familias” (Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells, 2009, p. 102).

Siguiendo a Vallina y Lemos (2000), existe también otra clasificación de características comunes en las intervenciones que se realizan con las familias:

- **Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias:** supone centrar la terapia en la ayuda que proporciona la familia, pese a que lleven a cabo medidas inadecuadas para afrontar la enfermedad. Se les reconoce la sobrecarga que supone cuidar a un enfermo de esquizofrenia, así como enseñarles pautas para poder afrontar los problemas.
- **Proporcionar estructura y estabilidad:** supone realizar un contacto continuo con la familia para que reciban el apoyo necesario ante los problemas que pueda generar la esquizofrenia.
- **Centrarse en el aquí y ahora:** consiste en el análisis de las relaciones existentes entre los miembros de la familia, así como la manera que tiene cada miembro de

afrontar la enfermedad, para así desarrollar un estilo de afrontamiento que se adapte a las características de cada familiar. Además de reforzar a la familia mediante el empoderamiento.

- **Utilización de conceptos familiares:** se pretende conseguir que el enfermo no se vuelva dependiente con su familia y aprenda a vivir de manera independiente, por lo que también hay que enseñar a la familia pautas para que no actúen de manera sobreprotectora, para de esta manera no marginar al enfermo.
- **Aproximación conductual:** consiste en investigar los recursos con los que cuenta la familia con el fin de poder realizar un tratamiento con objetivos que realmente se puedan cumplir.
- **Mejorar la comunicación:** se enseñan pautas de comunicación para que no se produzcan conflictos en la familia.

De igual manera, Martínez y Calet (2015) ponen de manifiesto la importancia de la familia en la atención temprana estableciendo una serie de objetivos:

- **Vínculos de apego:** se considera que el establecer vínculos afectivos en el ámbito familiar disminuye el riesgo de que el niño pueda presentar complicaciones en su autonomía personal.
- **Autocompetencia del cuidador:** capacidades de los miembros de la familia para atender de manera efectiva las necesidades que presente el menor y poder servir de apoyo al mismo. Además de potenciar las habilidades de los propios cuidadores o miembros de la familia del niño con el fin de saber afrontar diversas adversidades que se puedan presentar en el proceso de intervención con el menor, así como la manera de interactuar y comportarse con este.
- **Estrategias de crianza positivas:** la influencia favorable y positiva que puede ejercer la familia en el menor mediante una relación basada en afectividad. Proporcionando así un apoyo para la integración del niño con el entorno social.

### 6.3. Modelos de intervención con familias

Siguiendo a Vallina y Lemos (2000), existen una serie de modelos terapéuticos con las familias:

- **El paquete de intervenciones de Leff:** se centra en la importancia de las emociones y de cómo saber expresarlas correctamente, para que así exista una buena comunicación en la familia y se generen relaciones positivas con el esquizofrénico.
- **El modelo psicoeducativo de Anderson:** consiste en proporcionar información a las familias sobre la enfermedad y sobre cómo poder afrontarla.
- **La intervención cognitivo-conductual de Tarrier:** se centra en las necesidades que presentan cada miembro que compone la unidad familiar, para así poder enseñarles nuevas técnicas y habilidades de afrontamiento ante la aparición de problemas. De igual manera, se pretende conseguir disminuir el estrés que la enfermedad pueda ocasionar en la familia.
- **La terapia conductual de Falloon:** consiste en analizar las habilidades y carencias de cada miembro de la familia, para así poder resaltar las habilidades y enseñarles herramientas en aquellas áreas donde presenten las carencias o falta de habilidades.

Del mismo modo, según Muela y Godoy (2001), se encuentran una serie de estudios que muestran que, realizando diversas intervenciones familiares, se reduce el número de recaídas tras la aparición de los primeros síntomas:

- **Estudio de Ventura:** se centra en el seguimiento de pacientes y familiares que se encuentran en el proceso de hospitalización, ya que es donde se producen mayormente las recaídas. La finalidad de este estudio es el de saber afrontar correctamente aquellos factores que generen estrés en la familia, para así poder desarrollar un ambiente favorable. En este estudio se observa que en aquellas familias donde se proporciona información hay una menor probabilidad de recaídas.
- **Estudio de Camberwell:** se centra en ofrecer información a las familias, en promover la comunicación de las familias para que expresen sus emociones y sentimientos sobre el problema, así como seguimientos en el lugar convivencial de la familia.
- **Estudio de California:** la finalidad que tiene este estudio es el de enseñar técnicas a la familia para que aprenda a resolver los problemas que puedan ir surgiendo.

- **Estudio de Hamburgo:** se centra en diversos factores como el sentimiento de culpa que pueda sentir la familia, así como el paciente esquizofrénico. Además de la marginación hacia el enfermo que se pueda originar.
- **Estudio de Pittsburgh:** se centra en disminuir los sentimientos y conductas conflictivas que se puedan generar en el lugar convivencial de la familia debido al estrés.
- **Estudio de Salford:** los objetivos de este estudio son generar pautas educativas, proporcionando información a las familias, enseñar técnicas de afrontamiento y de control sobre el estrés, así como, desarrollar metas realistas que se adecuen a las necesidades de las familias, teniendo en cuenta las habilidades que tengan para afrontar el problema.
- **Estudio de Sydney:** se centra especialmente y exclusivamente en las familias, hecho que obtuvo muchos críticos debido a la falta de interés por el paciente esquizofrénico.
- **Estudio de Birmingham:** este estudio pone el foco de interés en apoyar a la familia para que no se sienta sobrecargada. De esta manera también se les ayuda ante el sentimiento de pérdida que pueda presentar la familia.
- **Estudio de Andalucía:** como los otros estudios, se centra en proporcionar información a las familias, así como reducir el estrés que se pueda generar en la familia y el sentimiento de sobrecarga.
- Promover el apoyo familiar.
- Ayudar a hacer frente a los conflictos que pueden darse entre el paciente y su familia, así como aquellas conductas agresivas por parte del primero.

En relación a los profesionales que intervienen con las familias se observa la importancia de que el trabajador social cuente con estas para así poder evitar la dependencia del paciente con su familia y que esta se sienta sobrecargada.

Para ello, el trabajador social ha de promover una intervención mediante el cual exista un compromiso y participación por parte de las familias. Por lo tanto, según Gil (2010), algunos de los objetivos que va a seguir el trabajador social en sus intervenciones familiares serán:

- Proporcionar una atención a las familias.

- Conseguir que tanto familia como paciente se comprometan y trabajen conjuntamente, apoyándose mutuamente.
- Educar a las familias y pacientes técnicas y herramientas para afrontar la situación.

Hernández (2013) refiere que las funciones del trabajador social, además de gestionar y tramitar, serían la de apoyar especialmente a las familias con la finalidad de que estas se sientan escuchadas, comprendidas y puedan expresarse e intentar buscar soluciones a diversos problemas. Por esta misma razón, el trabajador social se convierte en una persona referente en la que pueden confiar. Bien es cierto, que diversos programas o recursos como los grupos de autoayuda, la escuela de familias o la psicoeducación es esencial para las familias, pero todavía más importante lo son el acompañamiento, seguimiento y apoyo por parte del trabajador social o profesional de referencia.

La intervención que se realiza con las familias desde el trabajo social está encaminada a aclarar las funciones que tienen que ejercer los familiares, así como de empoderarlas. Para ello, siguiendo al Colegio Oficial de Diplomats en Treball Social (s.f.), se realizan una serie de actividades:

- Reducir los indicadores de riesgo.
- Establecer unos límites, metas y objetivos.
- Educar ciertas técnicas con el fin de que las familias adquieran habilidades sociales y que aprendan a cómo cuidar a la persona enferma.
- Proporcionar información y orientar a las familias sobre las actividades tanto sociales como laborales adecuados para la persona enferma.
- Orientación en asuntos legales y ayudar a resolver las crisis familiares que puedan surgir mediante la mediación.
- Información sobre prestaciones económicas.
- Informar a la familia extensa pese a que no sean los principales cuidadores, para que estos puedan ayudar en el cuidado.



## 7. Análisis y comparativa de guías

A continuación, se va a proceder al análisis de diversas guías clínicas que llevan a cabo intervenciones familiares, para posteriormente realizar una comparativa entre ellas.

### 7.1. Análisis

- Murcia: *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental:*

La intervención familiar consiste en realizar sesiones que englobe la participación del paciente y su familia. Los objetivos, siguiendo a Martín (2009), son los siguientes:

- Aumentar la motivación de los pacientes a recibir tratamiento y que este sea efectivo.
- Reducir el estrés enseñando pautas tanto al paciente como a la familia, para así poder saber controlar este, a la vez que adoptar estilos de afrontamiento más favorables ante la aparición de nuevos problemas.
- Proporcionar una mayor información y promover la comunicación en la familia.
- Reforzar a las familias y pacientes enfatizando las cualidades y recursos que tienen.
- Disminuir la probabilidad de recaídas y de hospitalización del paciente.
- Ayudar a las familias y pacientes a adquirir nuevas técnicas para afrontar y resolver los problemas.
- Reducir la sobrecarga que pueda sentir el cuidador del enfermo.

Además, trabajar con las familias debe convertirse en una parte importante del tratamiento del paciente, ya que como se puede ver con los objetivos, lo que se pretende es evitar que la enfermedad se desarrolle más y se produzcan recaídas. Este tipo de intervenciones están destinadas especialmente a aquellas familias que viven con el paciente y mantienen un contacto continuo con él. Además, ha de proporcionarse en los primeros episodios de la enfermedad y a pacientes que tienen una mayor probabilidad de recaer en la enfermedad. La duración de las intervenciones familiares ha de durar más de seis meses con diez sesiones anteriormente planificadas. Estas sesiones no se deben

realizar solo con la familia, sino como ya se ha mencionado anteriormente, es favorable realizarlas conjuntamente, es decir, el paciente junto con su familia (Martín, 2009).

- Cataluña: *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: versión para la aplicación en la práctica clínica:*

Se considera importante el trabajo con las familias ya que son los cuidadores de los pacientes. Los objetivos, según San Emeterio., et al (2003), son los siguientes:

- Generar una relación de confianza con los familiares.
- Disminuir los sentimientos negativos y conflictivos en la familia.
- Empoderar a las familias resaltando sus capacidades, para así poder resolver mejor los problemas.
- Disminuir el sentimiento de culpabilización que pueden sentir las familias.
- Establecer unas metas y objetivos realistas que se adapten a las necesidades reales del paciente y de la familia.
- Enseñar pautas a las familias para que no adopten un rol demasiado protector con el paciente y no acabe este siendo demasiado dependiente con su familia.
- Conseguir variaciones en la forma de comportarse de la familia y en las creencias negativas que estas puedan tener sobre la enfermedad.

Además, se pone el énfasis en que la mayoría de las recaídas se pueden ocasionar por los comportamientos hostiles de las familias hacia los pacientes, por lo que es importante que se genere un ambiente favorable donde se puedan expresar las emociones y se apoye a las familias para que no se sientan sobrecargados, proporcionándoles la información que necesiten. Para ello, existen una serie de recomendaciones como por ejemplo manejar el estrés que existe en la familia, así como crear espacios donde las familias expresen sus emociones. Otra de las recomendaciones es que se realicen intervenciones familiares con pacientes que se encuentren en una fase grave o moderada, mientras que en aquellos pacientes que se encuentren en la fase prodrómica se realizarán sesiones individuales. Además, estos programas que trabajan con las familias han de considerar como importante el proporcionar información para que se aprenda más sobre la enfermedad y en qué consiste realmente, así como, educar estilos de afrontamiento. También se considera importante enfocar la atención en las necesidades de las familias. Por último, la intervención familiar debería durar más de seis meses ya que obtiene mejores resultados (San Emeterio., et al, 2003).

- Aragón: *Guía práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*:

Existe una gran relación entre las recaídas de los pacientes con esquizofrenia y las relaciones que mantienen con sus familiares. Aquellas familias que expresan de manera hostil sus emociones relacionadas con la enfermedad tienden a generar una mayor probabilidad de que el paciente recaiga en la enfermedad. Por lo que, como anteriormente se ha descrito, se hace importante la creación de espacios donde los familiares expresen sus emociones y se les enseñe a adoptar estilos comunicativos que no se caractericen por ser hostiles ni conflictivos. En esta guía se muestra la eficacia de realizar tratamientos que engloben tanto intervenciones familiares como tratamientos farmacológicos, para así realizar una atención más integral. Además, se observa la importancia de proporcionar información y educar pautas de afrontamiento a los familiares. También se obtienen resultados donde se puede observar que cinco sesiones de intervenciones familiares son efectivas en relación con la reducción de recaídas, mientras que las intervenciones familiares de más de cinco sesiones encuentran su efectividad ligada a la disminución de ingresos hospitalarios, además de disminuir el sentimiento de carga de los familiares cuyo rol es el de cuidar al enfermo (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009).

- Escocia: *Psychosocial interventions in the management of schizophrenia*:

Del mismo modo que las anteriores guías, en esta se encuentra la importancia de reducir los comportamientos hostiles y emociones negativas que se dan dentro de la familia, ya que esto no hace más que aumentar las recaídas. Por lo que las intervenciones familiares van a estar enfocadas en crear espacios de comunicación entre el paciente y su familia. En esta guía se resalta la importancia de que los programas que trabajan con familias deben incluir:

- Programas educativos y programas que consistan en analizar las relaciones existentes en la familia.
- Creación de espacios donde la familia pueda expresar sus emociones, con la finalidad de ayudarlas a adoptar nuevas técnicas o estilos de afrontamiento a la enfermedad. Por lo que las sesiones que se realicen aquí deben ir enfocadas a generar un clima de confianza con las familias y a reducir el ambiente violento que pueda existir. Junto con esto, reforzar a las familias mediante el

empoderamiento, disminuir el sentimiento de culpa y establecer metas realistas en función de las capacidades que muestre la familia, se considera también importante en este tipo de intervenciones (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998).

Por último, al igual que las guías anteriores, se muestra una mayor efectividad en aquellas intervenciones que tienen más de cinco sesiones y que duran más de seis meses.

- Chile: *Guía clínica. Primer episodio esquizofrenia:*

Las intervenciones familiares deben ir enfocadas a informar a la familia sobre la enfermedad, además de ayudar a la familia a afrontar esta situación. También, a establecer metas que realmente se vayan a conseguir, apoyar a las familias y ayudar a estas a conseguir los medios necesarios para poder afrontar las crisis que se puede producir por la enfermedad. También se hace necesario el trabajo en la comunicación que se da dentro de la familia. Por último, esta guía resalta que no son necesarias las intervenciones conjuntas entre paciente y familias, sino que se pueden hacer perfectamente sin este primero, para de esta manera conseguir reforzar a las familias (Gobierno de Chile, 2005).

## **7.2. Comparativa de las guías**

1. En todas las guías descritas anteriormente se puede ver que comparten la misma idea de dar especial importancia a las intervenciones familiares como medio para disminuir las recaídas.
2. Todas las guías coinciden que la información a las familias es esencial para que puedan aprender nuevos estilos de afrontamiento al problema.
3. En todas las guías se muestra la preocupación por una comunicación hostil de la familia hacia el paciente ya que puede aumentar el riesgo de recaída. Pese a que en la guía de Murcia se establecen también espacios de comunicación, no se muestra especial interés en que esto sea el motivo más importante de las recaídas. Del mismo modo que en la guía de Chile.
4. Todas las guías coinciden en que las intervenciones familiares que duren más de seis meses, así como que contengan más de diez sesiones tienen mayores resultados favorables en relación con la disminución de recaídas y

hospitalizaciones. No obstante, la guía de Aragón resalta también que las intervenciones realizadas en cinco sesiones también encuentran su efectividad.

5. En la guía de Cataluña se puede observar que se recomienda realizar intervenciones familiares en una fase más aguda de la esquizofrenia, mientras que en la fase prodrómica sólo se realicen intervenciones individuales. Esto hecho no consta en ninguna de las otras guías. Del mismo modo se observa en la guía de Chile que las intervenciones familiares se pueden hacer sin estar el paciente enfermo presente, ya que se trata también de atender más las necesidades que tenga la familia.
6. Por último, en la mayoría de las guías se ve necesario realizar un proceso de empoderamiento a las familias para reforzar sus cualidades y habilidades y así sepan afrontar mejor la enfermedad. También se hace hincapié en quitar a la familia ese sentimiento de culpa además del sentimiento de sobrecarga de las personas que ejerzan un rol de cuidador con respecto a la persona enferma.

## 8. Conclusiones

1. En relación con el primer objetivo, se puede observar que tanto la salud mental como la salud mental comunitaria se encuentran definidas por diversos autores. Además, anteriormente se pensaba que la aparición de un trastorno mental venía dada por un mal funcionamiento del cerebro por lo que se realizaban ciertas prácticas para paliar y eliminar la enfermedad un tanto peligrosas para la vida de la persona, como son las trepanaciones. Con el paso de los años, se empezó a considerar que la causa de los diversos trastornos mentales podía venir dada por los factores ambientales que rodeaban a la persona, surgiendo así dos dimensiones.

En relación con la salud mental comunitaria, el foco de interés pasa a ser la red social que rodea a la persona enferma siendo importante que el contacto con esta no se rompa. Las funciones del trabajador social en salud mental son varias en las que se puede destacar el de realizar una atención que se adecúe a las necesidades del individuo. Una de las funciones del trabajador social en la salud mental comunitaria, es la de ayudar al usuario a que permanezca en contacto con otros servicios o recursos, además de trabajar con el empoderamiento de las personas para que no se aíslen. También, desde la salud mental comunitaria se considera importante un buen trabajo en equipo, donde todos los profesionales se coordinen para así poder hacer una atención al usuario de manera integral.

Desde las intervenciones familiares en las diversas guías, se observa que es importante reforzar a la familia, además de enseñar pautas a esta para que el paciente no genere una dependencia excesiva con su familia y de esta manera no se margine. O, por el contrario, que la familia no sea la encargada de marginar al enfermo, ya que en la mayoría de las veces se producen ambientes hostiles.

2. En relación con el segundo objetivo, se puede observar que la prevención secundaria consiste en realizar un diagnóstico precoz con la finalidad de que no vuelvan a aparecer otros síntomas tras la aparición del primero y que no se desarrolle la enfermedad hasta llegar a su fase más aguda. En cuanto a la atención temprana en psicosis, existe un periodo de tiempo tras la primera aparición del síntoma psicótico por el que la persona no recibe tratamiento, que oscila entre uno

o dos años. Esto supone un grave peligro para la persona ya que entre otras muchas circunstancias que pueden darse, esta puede empezar a generar una adicción a drogas o caer en una gran depresión además de negarse a buscar ayuda. También puede suponer un mayor riesgo en la aparición de nuevos síntomas y del desarrollo de la enfermedad.

En la fase prodrómica se encuentra a su vez una serie de síntomas propios entre las que destacan la disminución de las habilidades sociales de la persona, así como higiénicas o la aparición de ideas distorsionadas que no corresponden con la realidad.

Sobre la esquizofrenia es importante destacar a tres autores relevantes que influyeron en la definición de la esquizofrenia, siendo estos Emili Kraepelin, Eugen Bleuler y Kurt Schneider. Además, nos encontramos con una serie de síntomas propios de la esquizofrenia, entre ellos los síntomas positivos y los síntomas negativos. Entre los síntomas positivos destacan las alucinaciones, los delirios, un lenguaje y pensamiento desorganizado y un comportamiento desorganizado. Entre los síntomas negativos destacan la pobreza afectiva, la falta de empatía y carencias sociales, carencias en el lenguaje o el habla o comportamientos basados en un aislamiento social. También existen una serie de mitos ligadas a la esquizofrenia que lo único que generan es una marginación y estigma social hacia la persona enferma.

Por último, en relación con las intervenciones familiares, se puede observar que la mayoría de las guías clínicas apuestan por un tratamiento familiar en los primeros episodios psicóticos, ya que se ha observado que reduce las probabilidades de recaídas e ingresos hospitalarios.

3. En relación con el tercer objetivo, se observa que las intervenciones familiares son importantes para que las familias no se sientan sobrecargadas y puedan sentirse apoyadas. Además, se hace importante que se intervenga con las familias en las primeras fases de la psicosis ya que normalmente estas no saben cómo actuar o afrontar la enfermedad, por lo que es importante proporcionarles una información adecuada sobre en qué consiste la enfermedad, así como enseñar técnicas o estilos de afrontamiento para que así no se generen situaciones violentas o de conflicto. Una figura relevante en el estudio sobre el tratamiento familiar fue Goldstein, quien desarrolló un programa de intervención con las familias de las

personas enfermas y observó que aquellos tratamientos que englobaban tanto medicación como terapias con los familiares incidían en la reducción del número de recaídas. Además, se observa una serie de características en los tratamientos familiares entre las cuales caben destacar el empoderamiento de las familias y la participación de estas en la toma de decisiones.

En cuanto a las guías clínicas, se han tomado de referencia las guías clínicas de Murcia, Cataluña, Aragón, Escocia y Chile. En estas guías podemos observar que en todas ellas se considera importante realizar intervenciones familiares como medio para disminuir las recaídas. Se observa que proporcionar información es esencial para que las familias no generen relaciones conflictivas con el enfermo y no se muestren hostiles hacia este. También puede ocurrir lo contrario y es que la persona enferma empiece a sentirse agobiada por la familia, tanto por la dependencia que se ha generado como por el rechazo que pueda sentir por parte de los miembros que conforman la unidad familiar. Por esto mismo, adopta comportamientos violentos hacia sus progenitores o cuidadores. Para que estos tratamientos sean efectivos, se observa en todas las guías la necesidad de que las intervenciones familiares duren más de seis meses. No obstante, no todas las guías consideran el tratamiento familiar en las primeras fases de la psicosis, como en la guía de Cataluña, donde se considera que en estas fases iniciales es mejor un tratamiento y atención individual, mientras que las intervenciones familiares se realicen en fases más agudas. Por el contrario, en la guía de Chile se observa que se centra más en las familias llegando a no considerar como importante que el enfermo se presente en las sesiones que se realicen con las familias. Por último, es importante señalar la importancia de empoderar a las familias, así como de reducir el sentimiento de culpa que estas puedan sentir.



## 9. Bibliografía

- Alanen, Yrjo. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid, España: Janseen-Cilag, S.A.
- Ardila, S., Galende, E. (2012). El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. 1, 39-50.
- Aroca Fons et al. Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. Equipo trabajadoras sociales USM, USMI, UME, HD Y UR. Recuperado de:  
[http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidad\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidad_de_salud_mental.pdf). Consultado: 14/10/2019.
- Ausín, B., Muñoz, M. (2018). *Guía Práctica de detección de problemas de salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aznar, E., Berlanga, A. (2005). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 13. Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071869242014000200011&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071869242014000200011&script=sci_arttext&tlng=en). Consultado: 14/10/2019.
- Barcala, A., Torricelli, F. (2013). Ampliando los márgenes de la clínica. Trayectoria de un Programa de Salud Mental Comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 14, 67-75.
- Becerra, RM., Kennel, B. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Calderón, G. (1980). *Salud mental comunitaria: Un nuevo enfoque de la psiquiatría*. México: Editorial Trillas.
- Colegio Oficial de Diplomats en Treball. (Sin fecha). Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental. Recuperado de:  
[file:///Users/martacarrancejacomesana/Downloads/monografic\\_salut\\_mental%20\(4\).pdf](file:///Users/martacarrancejacomesana/Downloads/monografic_salut_mental%20(4).pdf). Consultado: 24/11/2019.
- Desviat, M. (2012). La salud mental comunitaria. En A. Marcos., G. Topa (Ed.), *Salud Mental Comunitaria* (pp. 13-34). Madrid, España: Aranzadi, S.A.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 253-263.
- Dieguez, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Garcés, E. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 333-352.
- García, R. (2004). Salud mental comunitaria; ¿una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*. 17, 273-287.
- Gerbaldo, V. (2010). *Esquizofrenia: una aproximación a su detección temprana* (tesis doctoral). Recuperado de:  
[http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/537/322\\_Tesina\\_Gerbaldo.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/537/322_Tesina_Gerbaldo.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Consultado: 16/11/2019.
- Gil, D. (2010). Trabajo Social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 403-417.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*. 65, 95-113.

- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de: [https://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf). Consultado: 16/11/2019.
  
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf). Consultado: 19/09/2019.
  
- Heinze, G., Pellicer F. (2007). In memoriam: Doctor José María Calvo y Otálora. *Salud Mental*. 30(2), 74-79.
  
- Hernández, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo. *Documentos de trabajo social: revista de trabajo y acción social*. 314-325.
  
- Ibañez, V. (2018). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38, 567-585.
  
- Linszen, D.H. (2006). Intervención familiar y social en las fases tempranas de las psicosis. En J.L. Vázquez-Barquero., B. Crespo., A. Herrán (Ed.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales* (pp. 99-105). Barcelona, España: Masson, S.A.
  
- Lopera, JD. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de la Salud Pública*. 32, 12-20.

- López M., Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 27(1).
- Martínez, A., Calet, N. (2015). Intervención en atención temprana: enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología*. 8(2). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092015000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200006). Consultado: 16/11/2019.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>. Consultado: 23/10/2019.
- Morago, P. (2006). Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*. 19, 7-23.
- Muela, J., Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*. 13(1), 1-6.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Atlas de Salud mental. Recuperado: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/executive\\_summary\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf?ua=1). Consultado: 24/09/2019.
- Oosthuizen, P., Emsley, R., Niehaus, D., Koen, L., Chiliza, B. (2006). Relación entre depresión y remisión en el primer episodio de psicosis. *World of Psychiatry: revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría*. 4(3), 172-176.
- Palomer, E., Masnou, S., García, R. (2012). Una integración comunitaria adecuada: habilidades, trabajo, familia, recursos residenciales y tutela. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 11(1), 107-120.

- Peralta, V., Cuesta M.J., Langarica, M. (2006). Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos. En J.L. Vázquez-Barquero., B. Crespo., A. Herrán (Ed.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales* (pp. 17-25). Barcelona, España: Masson, S.A.
  
- Pozas, B., Cantero, P., Bermejo, N. (2013). Tratamiento y diagnóstico precoz en jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental: una visión desde la terapia ocupacional. Recuperado de:  
<http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original7.pdf>. Consultado: 8/11/2019.
  
- Ramírez, M. (2012). Clasificación actual de los trastornos mentales. Modelo de vulnerabilidad. Curso evolutivo: pródromos, episodios agudos, síntomas residuales. Intervención temprana y prevención de recaídas. Cronicidad. En A. Marcos., G. Topa (Ed.), *Salud Mental Comunitaria* (pp. 13-34). Madrid, España: Aranzadi, S.A.
  
- Rääköläinen, V., Lehtinen, K., Alanen, Y.O. (1991). Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: el papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en las familias. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 11(36).
  
- Restrepo, DA., Jaramillo, JC. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de la Salud Pública*. 30(2), 202-211.
  
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C., Frontera, G. (2007). El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71, 135-152.
  
- Ruiz, M., Salaberria, K., Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 41(1), 52-59.

- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 29, 143-148.  
[http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidas\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidas_de_salud_mental.pdf)  
Fecha de consulta: 4/10/2019.
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S. (2006). Factores de predicción psicopatológicas del desarrollo de la psicosis. En J.L. Vázquez-Barquero., B. Crespo., A. Herrán (Ed.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales* (pp. 39-45). Barcelona, España: Masson, S.A.
- Soria, J. (1975). La familia del enfermo mental. Ministerio de la gobernación. Dirección General de Sanidad. Cuadernos para la Educación en Salud Mental.
- Travé, J., Pousa E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*. 33(1), 48-59.
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. 15-27.
- Vallina, O., Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*. 12(4), 671-681.
- Vazquez-Barquero, J.L., Artal, J. (2006). Las fases tempranas de las psicosis. En J.L. Vázquez-Barquero., B. Crespo., A. Herrán (Ed.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales* (pp. 3-8). Barcelona, España: Masson, S.A.

**Guías clínicas:**

- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005). *Guía clínica. Primer episodio esquizofrenia*. Recuperado de:  
[https://www.saludquillota.cl/informacion\\_ges/Guias%20Clinicas%20GES/GES](https://www.saludquillota.cl/informacion_ges/Guias%20Clinicas%20GES/GES)

- [%202005/Guia%20%20GES%20Esquizofrenia%202005.pdf](#). Consultado: 17/11/2019.
- Martín, J. (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Recuperado de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf). Consultado: 17/11/2019.
  - Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2009). *Guía práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Recuperado de: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-de-Intervenciones-Psicosociales-en-el-Trastorno-Mental-Grave3.pdf>. Consultado: 17/11/2019.
  - San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., M<sup>a</sup> Illa, J., Lalucat, L., Martínez, C., Sánchez, I., Teixidó, M. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: versión para la aplicación en la práctica clínica*: Barcelona: Agència d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques.
  - Scottish Intercollegiate guidelines network. (1998). *Psychosocial interventions in the management of schizophrenia*. Recuperado de: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2014/620.pdf>. Consultado: 17/11/2019.