

nº1

apuntes civifes

sobre esquizofrenia



AVIFES

Senideen eta Gaizotasun
Mentales Bizkaiko Elkartea
Asociación Vizkaína de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental



Bizkaiko Foru Aldundia
Diputación Foral de Bizkaia

1	LA PUBLICACIÓN	2
2	AVIFES	3
3	¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?	4
4	¿CÓMO SABER SI UNA PERSONA TIENE ESQUIZOFRENIA?	5
5	¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?	6
6	¿CUALES SON LOS TIPOS DE ESQUIZOFRENIA?	9
7	CAUSAS	11
8	¿CÓMO EVOLUCIONA?	13
9	¿EXISTE UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA ESTE DESORDEN?	15
10	PREGUNTAS FRECUENTES	19

EDICIÓN: 2008

DEPÓSITO LEGAL: XXXXXXX X XX XXX

AVIFES

Bº Sarrikue s/n Bilbao

info@avifes.org

www.avifes.org

La colección «Apuntes Avifes» pretende ofrecer a los familiares, profesionales y otras personas interesadas en el ámbito de la salud mental, información útil sobre distintas cuestiones, diagnósticos y temas que aporten un mayor acercamiento y una mejor comprensión del ámbito de la salud mental, de sus recursos y apoyos y de las inquietudes, necesidades y deseos de las personas afectadas y de sus familiares.

Iniciamos esta colección con una reedición de una publicación anterior dedicada al diagnóstico de esquizofrenia, en la que hemos pretendido actualizar los conceptos e incluir algunas otras cuestiones que nos parecen de interés. Este primer número está dirigido principalmente a los familiares y a las personas afectadas por alguna enfermedad mental severa con el objetivo de proveerles de información útil y más amplia sobre la esquizofrenia.

LA ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL nace como Asociación en el año 1.986 a partir de la iniciativa de un grupo de familiares de personas con enfermedad mental que tras constatar la gran escasez de recursos destinados al ámbito de la Salud Mental, emprendieron la tarea de agruparse entorno a una Asociación que luchara por dignificar esta enfermedad y reivindicara la generación de recursos para dar respuesta a las muchas necesidades sentidas. Es una entidad sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública.

Su misión es la de facilitar apoyos personalizados a lo largo de la vida de todas las personas con enfermedad mental de Vizcaya y sus familias para alcanzar autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad: asegurando su condición de ciudadano o ciudadana de pleno derecho.

A lo largo de estos más de 20 años, con el compromiso y dedicación de las familias, profesionales, personas afectadas, personas voluntarias e instituciones se está consiguiendo superar el enorme desconocimiento de la sociedad hacia este colectivo que ha conllevado en muchas ocasiones situaciones de discriminación y estigmatización social.

Es necesario empoderar a las personas con enfermedad mental para que dispongan de mayores competencias para su pleno desarrollo en todos los ámbitos de la vida, apoyar su máxima autonomía personal y participación activa en la comunidad.

Los recursos y apoyos para las personas con enfermedad mental han ido aumentando en los distintos ámbitos, en este sentido AVIFES gestiona distintos servicios pero todavía hoy en día es necesario generar mayores apoyos y más plazas. La **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (La ley de la Dependencia)** que también contempla a las personas con enfermedad mental, constituye una oportunidad.

3 ¿QUE ES LA ESQUIZOFRENIA?

Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes cuya incidencia, según la Organización Mundial de la Salud, está estimada en un 1% de la población (es decir, afecta a una de cada 100 personas), afectando por igual a hombres y mujeres en todo el mundo, sin diferencias socioeconómicas o culturales.

Es un desorden crónico, paradigma del trastorno mental severo, término que engloba a los trastornos mentales graves, de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

El término Esquizofrenia fue usado por primera vez en 1911 por el Dr. Eugen Bleuler. Traducido literalmente significa mente dividida o fragmentada.

La Esquizofrenia pertenece al grupo de la Psicosis (definido como un grave deterioro de la evaluación de la realidad que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida); está caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.

4 ¿COMO SABER SI UNA PERSONA TIENE ESQUIZOFRENIA?

El diagnóstico debe ser realizado por un especialista clínico en base a una exploración psicopatológica e historia clínica.

Establecer un diagnóstico no es tarea fácil, porque muchos síntomas son comunes a diferentes enfermedades, los síntomas van cambiando en el tiempo, o incluso en diferentes contextos, y la enfermedad presenta en cada persona síntomas diferentes.

Para el diagnóstico de esquizofrenia no es necesario que aparezcan todos los síntomas; sólo con la combinación de alguno de ellos o la manifestación muy evidente de alguno, podría ser suficiente.

Por lo general la enfermedad se inicia entre los 15 y los 35 años de edad, y antes de presentar el primer brote el individuo ha tenido una vida, por lo general, dentro de la normalidad.

El inicio puede ser brusco, repentino, pero lo más habitual es un comienzo insidioso, en el que se producen cambios de comportamiento de manera lenta y gradual, como por ejemplo:

- Aislamiento o retraimiento social.
- Pérdida de interés y rendimiento en el estudio o en el trabajo.
- Deterioro en la higiene y el aseo.
- Comportamiento extraño y explosiones de ira.

A los familiares les resulta difícil entender estos comportamientos y son interpretados como que el sujeto «está pasando una etapa difícil»; sin embargo, en un momento dado, la aparición del algún síntoma de la fase activa (oir voces, que la persona habla con ellas o se comporta de forma extraña) les advierte de que algo serio está pasando y se plantea entonces la necesidad de consultarlo y buscar ayuda.

5 ¿CUALES SON SUS SINTOMAS?

La esquizofrenia afecta a las personas de formas muy diferentes, pero hay algunos síntomas que caracterizan a esta enfermedad.

Podemos clasificar estos síntomas en dos grandes grupos:

SÍNTOMAS POSITIVOS

Así llamados no porque sean buenos para la persona, sino porque antes no los tenía y ahora sí, aparecen con la enfermedad; no están presentes en la población general.

IDEAS DELIRANTES

Creencias erróneas que habitualmente implican mala interpretación de las percepciones o las experiencias.

- La persona cree que está siendo perseguida, molestada, engañada, espiada o ridiculizada.
- Cree que posee poderes especiales.
- Cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones, televisión u otros elementos del entorno, están especialmente dirigidos a ella.
- Cree que sus pensamientos han sido captados por una fuerza exterior (robo de pensamiento).
- Cree que su cuerpo o sus actos son controlados por una fuerza exterior.
- Experimenta una sensación de extrañeza; puede estar convencido de que es alguien diferente.
- Muestra una preocupación excesiva por cuestiones espirituales o religiosas.

ALUCINACIONES

Consisten en percibir algo inexistente.

- Las más frecuentes son las auditivas: oír ruidos o voces que se dirigen a la persona, comentan lo que hace o que hablan entre sí. Las voces pueden decir cosas agradables o desagradables, le pueden insultar o amenazar, o dar órdenes y la persona verse obligada a obedecer, lo cual le crea mucha angustia.

Estas voces son consideradas reales por la persona y a veces las contesta.

- Las alucinaciones pueden afectar igualmente al resto de los sentidos, aunque con menos frecuencia, tales como:
 - Sentir que su cuerpo o alguna de sus partes ha cambiado, o sensación de picazón u hormigueo (Cenestésicas).
 - Percibir olores extraños o deformados (Olfativas).
 - Sentir extrañeza en algunas cosas que come (Gustativas).
 - Ver cosas extrañas o deformar las existentes (Visuales).
 - Sensibilidad inusual a los estímulos (ruido-luz). Irritabilidad ante este hecho.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

- Puede perder el hilo conductor de sus pensamientos, saltando de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de asociaciones), o se queda en blanco (bloqueo del pensamiento), los pensamientos se aceleran, le resulta muy difícil ponerlos en orden y expresarse con sentido, lo que produce un discurso difícil de seguir y entender.

CONDUCTA DESORGANIZADA

- Vestimenta excéntrica.
- Caminata, viajes o paseos que no llevan a ninguna parte.
- Agitación impredecible, excesiva e inmotivada.
- Conducta infantiloides.
- Pueden adoptar posturas rígidas y se resisten a ser movidos.

Cuando estos síntomas positivos se acentúan o agravan se dice que la persona está en crisis o sufre un brote y puede precisar entonces un ingreso hospitalario.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Conductas habituales en la población (y que la persona antes sí tenía) faltan o están disminuidas en las personas afectadas.

A pesar de lo llamativo y extravagante de los síntomas del primer grupo, los síntomas negativos son los que verdaderamente limitan la vida de la persona:

- Aislamiento social, dificultad para relacionarse y conversar, retraimiento, temor y recelo.
- Anhedonia, dificultad para sentir placer por las cosas que antes le gustaban, de disfrutar de la vida.
- Abulia, incapacidad para iniciar y persistir en actividades específicas.
- Apatía, pérdida significativa de la motivación. Se nota cansado, sin capacidad para hacer cosas.
- Aplanamiento afectivo: Dificultad para expresar sus emociones, falta de respuesta en la expresión facial, no aparentando ningún tipo de emoción.
- Ansiedad o miedo excesivo.
- Deterioro de la higiene personal.
- Empobrecimiento del pensamiento y del lenguaje.
- Problemas de atención, concentración en el trabajo o en la lectura.

A pesar de las diferentes manifestaciones que puede adoptar la esquizofrenia, se sigue considerando que se trata de una única enfermedad; pero dependiendo de los síntomas más evidentes o predominantes que muestre la persona en el momento de la evaluación, se pueden distinguir varios tipos:

PARANOIDE

- Característica Principal: alucinaciones auditivas e ideas delirantes de persecución, grandeza, celos. Pueden ser múltiples, pero alrededor de un tema coherente.
- Coincide con un inicio más tardío.
- Conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad
- Pronóstico mejor que los otros tipos, mejor actividad laboral y vida independiente.

DESORGANIZADA (HEBEFRÉNICA)

- Características principales:
 - Lenguaje desorganizado
 - Comportamiento desorganizado
 - Afectividad aplanada o inapropiada
- Risas inmotivadas, sin relación con lo que habla.
- Falta de definición sobre lo que desea hacer.
- Ideas delirantes y alucinaciones fragmentadas sin organización a tema coherente.
- Muecas, manierismos, rarezas.
- Deterioro en test o pruebas neuropsicológicas.
- Asociado a personalidad premórbida empobrecida.
- Inicio temprano, insidioso.

CATATÓNICA

- La característica principal es la alteración psicomotora:
 - Posturas rígidas, raras o inapropiadas, inexpressividad.
 - Muecas llamativas.
 - Actividad excesiva sin propósito definido.
 - Negativismo extremo.

- Repite como un loro o sin sentido frases o palabras que escucha (Ecolalia).
- Imitación repetitiva (Ecopraxia).

INDIFERENCIADA

- Presenta síntomas de esquizofrenia, pero sin una predominancia particular de algún tipo específico.

RESIDUAL

- Característica Principal: predominancia de los síntomas negativos:
 - Afectividad aplanada
 - Pobreza del lenguaje
 - Abulia
 - Anhedonia
- Ha tenido al menos un episodio pasado de síntomas positivos.
- Ausencia en la actualidad de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico (si se presentan, muy atenuado).

SIMPLE

- Característica principal: síntomas negativos característicos de la esquizofrenia residual (embotamiento afectivo, abulia), pero sin antecedentes de alucinaciones, ideas delirantes ni otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado.
- Desarrollo lento y progresivo.
- Cambios en la conducta personal manifestados por pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro. Se desconoce la causa exacta, pero sí se puede asegurar su origen multicausal. La aparición de la esquizofrenia no estaría asociada a una única causa, sino que sería el resultado de múltiples factores: genéticos, cambios en la química y estructura del cerebro, infecciones víricas, lesiones cerebrales, etc

Existen diferentes líneas de investigación y modelos conceptuales, no concluyentes, ni excluyentes entre sí. Quizá el más aceptado hasta la fecha sea el *modelo vulnerabilidad-estrés*, que sugiere que más que heredar la enfermedad se heredaría la vulnerabilidad a padecerla y que son necesarios otros factores para que la enfermedad aparezca, distinguiendo por tanto entre factores de predisposición, desencadenantes y mantenedores:

FACTORES PREDISPONIENTES

- Genéticos: la probabilidad de padecer esquizofrenia del 1 % entre la población general se elevaría a un 10% en los casos en los que uno de los padres sufre esta enfermedad y a 40 % si los dos padres la padecen.
- Bioquímicos: se han encontrado alteraciones en los niveles de algunos neurotransmisores tales como dopamina y serotonina.
- Alteraciones durante el embarazo, complicaciones en el parto.

FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES

La ocurrencia de ciertos sucesos vitales estresantes en personas vulnerables podría desencadenar la aparición de la enfermedad, tales como la pérdida de un ser querido, cambio de domicilio, entrada en la universidad, servicio militar, comienzo o pérdida de un trabajo...

FACTORES MANTENEDORES

Una vez instaurada la enfermedad, podemos identificar ciertas situaciones que tienden a empeorar o mantener los síntomas y otras que, por el contrario, tienden a disminuir el grado de vulnerabilidad:

PROTECTORES

- Cumplimiento de la Medicación
- Existencia de apoyos familiares y sociales
- Mantenimiento de una ocupación
- Reconocimiento de síntomas
- Vida saludable (estabilidad de horarios de sueño, no consumo de tóxicos...)

RIESGO

- Acontecimientos vitales
- Abandono Medicación
- Carga emocional familiar excesiva: sobreprotección, crítica, desvalorización.
- Consumo alcohol y drogas

La evolución de la enfermedad es diversa. Se habla comúnmente de la regla de los tres tercios:

- Un tercio de las personas diagnosticadas de esquizofrenia presenta una evolución favorable, hacia la remisión completa de los síntomas.
- Un tercio presenta una evolución estable, sucediéndose las recaídas con los periodos de estabilidad y control de los síntomas.
- Un tercio evoluciona desfavorablemente, hacia el deterioro personal y social.

Las recaídas no siempre son evitables. A veces se producen de forma espontánea, sin relación con factores externos a la enfermedad.

Existe un grupo de factores asociados a un mejor pronóstico:

- Buena adaptación previa, con inicio agudo, relacionado con acontecimientos vitales estresantes.
- Comienzo tardío (edad adulta o mayor).
- Sexo femenino.
- Duración breve de los síntomas de la fase activa.
- Buen funcionamiento en el periodo entre crisis.
- Ausencia de anomalías cerebrales estructurales: los estudios realizados no revelan patologías (Tomografía Computarizada (T.A.C.), Electroencefalograma (E.E.G.), Resonancia Magnética Cerebral (R.M.C.), etc.)
- Función neurológica normal.
- No tener antecedentes familiares de esquizofrenia, ni de trastornos afectivos (bipolar, depresión)

A menudo las crisis van precedidas de ciertas señales (pródromos). Reconocerlas es importante porque nos va a permitir el tratamiento temprano de nuevos brotes y, en muchos de los casos, la prevención de ingresos hospitalarios.

Los signos de riesgo de recaída más comunes son:

- Cambios en el comportamiento
- Inquietud, tensión o nerviosismo
- Irritabilidad
- Sentimientos de depresión
- Pérdida de apetito o desorganización de las comidas
- Aumento de la dificultad para concentrarse y recordar
- Alteración del sueño
- Disfruta menos de las cosas

En estas situaciones, algunas actitudes útiles pueden ser:

- Solicitar consulta con el psiquiatra que lleve el caso.
- Buscar la conversación a través de algo que le interese.
- Reforzarle y hablarle positivamente.
- Tener paciencia y tolerancia.
- Ser dialogante y no autoritario.
- Reducir en esos momentos el listón de las exigencias o la necesidad de resolver problemas.
- Hay que saber reconocer los síntomas de la enfermedad y no confundirlos con conducta intencionada.

La mortalidad entre este grupo de población es elevado, por diversas razones:

- Mayor riesgo de patologías médicas diversas
- Menor cuidado de su salud física en todos sus aspectos
- Consumo de tóxicos
- Suicidio

Lo recomendable es un tratamiento integral, en consonancia con los modelos multicausales. Sin embargo, en la práctica, el lugar central sigue ocupado por enfoques que, si bien reciben el nombre de biopsicosociales, se caracterizan por la primacía fundamental de la farmacología.

La **medicación** constituye el tratamiento de base y contribuye a la estabilidad y control de los síntomas y a la reducción de posibles recaídas.

Sus dosis deben ser adaptadas individualmente en cada paciente.

Los fármacos específicos para tratar la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento) son los antipsicóticos o neurolepticos, pero lo más común es que a una persona diagnosticada de esquizofrenia se le prescriban conjuntamente otro tipo de medicamentos para tratar otros síntomas concomitantes, tales como ansiolíticos o tranquilizantes, antidepresivos, estabilizadores del ánimo y somníferos.

Como ocurre con todos los medicamentos, los antipsicóticos presentan efectos secundarios: sequedad de boca, agitación, rigidez o disminución de movimientos, estreñimiento, visión borrosa, temblores, nerviosismo, insomnio, somnolencia, movimientos involuntarios o incluso calambres en la región facial.

El Leponex puede bajar las defensas, por lo que es necesario practicar análisis de sangre mensuales mientras se esté tomando.

Estos efectos secundarios no afectan por igual a todas las personas.

Algunos desaparecen con el tiempo o pueden ser suprimidos disminuyendo la dosis o eventualmente cambiando de medicación. Otras veces se hace necesario tomar otros medicamentos (Akinetón, Artane) para corregir ciertos efectos indeseables, tales como los temblores y la rigidez.

Es importante que la persona con esquizofrenia y la familia estén informadas de las diferencias que hay entre los efectos secundarios de los medicamentos y los síntomas de la enfermedad. Así, la apatía es un síntoma de la esquizofrenia, pero la somnolencia y la falta de energía pueden ser igualmente provocadas por la medicación antipsicótica.

Los medicamentos antipsicóticos o neurolepticos se pueden clasificar en dos grupos:

- Antipsicóticos típicos o clásicos.

El Haloperidol, Eskazine, Largactil, Sinogan, Meleril, Etumina serían algunas de las marcas comerciales dentro de este grupo. Muy potentes para controlar los síntomas positivos, pero con muchos efectos secundarios desagradables.

- Antipsicóticos atípicos o de nueva generación.

- Amisulpiride (Solian)
- Aripripazol (Abilify)
- Clozapina (Leponex)

- Olanzapina (Zyprexa)
- Quetiapina (Seroquel)
- Risperidona (Risperdal)
- Ziprasidona (Zeldox)

Además de mejorar los síntomas positivos, parecen influir positivamente sobre los negativos. Se toleran mejor y presentan menos efectos adversos, aunque no están completamente libres, como por ejemplo, aumento del apetito y del peso o disfunciones sexuales.

La **Terapia electroconvulsiva** o electroshock (aplicación de corriente eléctrica al cerebro humano), se aplica en casos excepcionales, cuando la enfermedad no cede con ningún otro tratamiento empleado y con riesgo de suicidio.

PSICOTERAPIA Y TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Son intervenciones psicológicas y sociales orientadas a ayudar a las personas con esquizofrenia a mantener la estabilidad en el cuadro clínico, mejorar el funcionamiento psicosocial y el desempeño cotidiano, a alcanzar un mayor nivel de autonomía y a conseguir una mayor calidad de vida.

Las técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales y psicoeducación han demostrado su eficacia en este sentido.

La importancia de que las personas disfruten de experiencias significativas que contribuyan a su crecimiento y desarrollo personal es algo que no se debe olvidar. Experimentar logros positivos y ejercer control sobre sus decisiones incrementa su sentido de valía.

Reforzar las capacidades y ofrecer los apoyos necesarios facilitará que la persona tenga la oportunidad de conseguir bienestar y un propio proyecto de vida, algo que influye positivamente en la evolución de la enfermedad.

Para ello es fundamental crear una red de apoyos que se base en una visión global de la persona y que colabore junto a ella en este proceso.

Los resultados que se pretenden conseguir con la disposición de estos recursos son:

- Incrementar el nivel de habilidades adaptativas, capacidades funcionales (autocuidado personal, para el empleo, acceso a la comunidad, manejo en el hogar, establecer amistades)
- Incremento de las características que posibiliten la presencia y participación en la comunidad, toma de elecciones, competencia y respeto.
- Aumento del Bienestar en todas las dimensiones que constituyen a la persona.

EL APOYO DE LA FAMILIA

La familia constituye un elemento decisivo e influyente en el tratamiento de la persona con esquizofrenia. Para ello debe ser apoyada en su rol de cuidadora, proporcionándole la información, formación y orientación que precisa.

La familia debe superar los sentimientos de angustia, negación, impotencia, y aceptar la nueva situación positivamente. Algunas pautas que ayudan en este proceso son:

- aprender de la enfermedad y los tratamientos.
- establecer una relación de colaboración estrecha con la persona afectada y los profesionales que le atienden.

- evitar el aislamiento participando en reuniones y actividades grupales.
- establecer objetivos modestos y realistas con respecto a su familiar con esquizofrenia.
- hablar con naturalidad de la enfermedad y de los temas que preocupan tanto con la persona, como con los profesionales y allegados.

Las familias, unidas y representadas por el movimiento asociativo, se han constituido en muchas ocasiones en portavoces de las necesidades de este colectivo y desde ahí han reclamado el acceso universal a los mejores tratamientos, la ampliación de los recursos de toda índole, la promoción de la investigación y medidas de protección legal adecuadas a la realidad social.

1 ¿SE CURA LA ESQUIZOFRENIA?

Como se ha comentado en otro apartado, existe un porcentaje de recuperaciones totales, pero en la mayoría de los casos, las personas deberán seguir un tratamiento y unas medidas adecuadas para controlar sus síntomas y mantenerse estables y evitar las recaídas.

Si por «cura» entendemos devolver la salud a quien la ha perdido, poner fin a su problema, solucionarlo definitivamente, en este sentido estricto, hemos de admitir que la esquizofrenia aún no tiene cura, lo cual no significa un pronóstico negativo a largo plazo.

Con los tratamientos existentes y facilitando a la persona los apoyos necesarios, puede vivir de forma independiente y alcanzar sus objetivos personales y, con ello, una calidad de vida aceptable.

2 ¿QUÉ SE PUEDE HACER SI LA PERSONA RECHAZA EL TRATAMIENTO?

El abandono, la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito en la esquizofrenia (fundamentalmente farmacológico, pero extensible al resto de las intervenciones psicosociales) es un fenómeno, desgraciadamente, muy habitual, con repercusiones negativas: mayor deterioro de la persona, hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas, mayor sufrimiento tanto en la propia persona afectada como en su entorno inmediato y mayor desgaste familiar.

El incumplimiento del tratamiento se explica por diferentes razones:

- Un síntoma frecuente de la esquizofrenia es la falta de conciencia de enfermedad y, consecuentemente, la negativa al tratamiento. A ello contribuye sin duda la falta de información accesible por parte de los profesionales.
- Los prejuicios sociales que estigmatizan y discriminan hoy en día a la enfermedad mental.
- Cansancio producido por la toma prolongada de medicamentos, fenómeno que se repite en otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.
- Los efectos secundarios de la propia medicación (a veces se atribuyen erróneamente a la medicación efectos molestos debidos en realidad a la propia enfermedad).

Los nuevos fármacos aparecidos en los últimos años, más libres de efectos secundarios desagradables, facilitan la adhesión al tratamiento. Asimismo, las formulaciones inyectables de larga duración resultan más cómodas y por ello mejoran el cumplimiento.

Con esta misma intención se están desarrollando nuevas presentaciones de los medicamentos: solubles en la boca, parches...

Hoy en día la única posibilidad de imponer un tratamiento, lo constituye el internamiento involuntario en situaciones de riesgo para la persona, en base a un certificado médico o una decisión judicial. Sin embargo, esta medida excepcional, muchas veces difícil y traumática, no garantiza la continuidad del tratamiento tras el alta.

3 ¿LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA SON AGRESIVAS Y PELIGROSAS?

No.

En nuestra sociedad -alimentado en ocasiones por la información parcial y amarillista de los medios de comunicación- está muy extendido el prejuicio que asocia peligrosidad a enfermedad mental, provocando un concepto negativo de la misma y rechazo social.

Contrariamente a este prejuicio, las personas con esquizofrenia son mayoritariamente personas retraídas, apáticas, evitan el contacto interpersonal. Sólo en determinadas circunstancias (especialmente si no reciben tratamiento) pueden volverse agresivas.

El comportamiento agresivo puede entenderse como una manera de defenderse de un mundo vivido como amenazante (a consecuencia de sus delirios y alucinaciones).

En otras ocasiones, como consecuencia de un rechazo a las normas, entre ellas, a la medicación o a un ingreso, que son impuestas a una persona que la mayor parte de las veces no cree que tenga una enfermedad.

La realidad nos dice que son más susceptibles a dañarse a sí mismos y no a otros y son más susceptibles de ser objeto de actos agresivos y ultrajantes, que de cometerlos.

4 ¿QUIÉN TIENE LA CULPA DE LA ENFERMEDAD?

Nadie.

Enfrentar la enfermedad de un miembro de la familia es extremadamente difícil y genera una respuesta emocional que incluye sentimientos de culpa, miedo, enfado o tristeza. A menudo, especialmente los padres, se preguntan si su modo de proceder ha causado la enfermedad. A pesar de que las teorías que hablaban de pautas familiares patógenas han quedado descartadas y obsoletas, las familias muchas veces no pueden dejar de sentirse culpables.

La persona afectada que niega su enfermedad y busca una explicación a lo que le está pasando, a menudo culpabiliza a los demás de su situación y con ello alimenta ese sentimiento.

A la inversa, a veces la impotencia y frustración, la dificultad para comprender la enfermedad y lo que conlleva, hace reaccionar a las familias con enfado y a malinterpretar ciertos comportamientos (p. ej. acusar a una persona de vago por su apatía).

Este tipo de sentimientos no favorecen en nada la mejoría de la enfermedad, sino que, por el contrario, generan más tensión y conflictividad.

Los programas psicoeducativos dirigidos a las personas con esquizofrenia y a sus familias contribuyen a conocer y comprender mejor la enfermedad y a generar actitudes positivas de afrontamiento.

5 ¿CÓMO DEBO ACTUAR ANTE LOS SÍNTOMAS?

La familia, en muchas ocasiones, no sabe cómo actuar ante ciertos síntomas y comportamientos frecuentes y difíciles de manejar: alucinaciones, ideas delirantes, conducta agresiva asociada...

Las orientaciones que se proponen a continuación no pretenden que éstos desaparezcan, sino servirle de guía en su forma de actuar, desangustiar acerca de si su conducta es la adecuada o no, y para evitar, en la medida de lo posible, enfrentamientos innecesarios y actitudes críticas que puedan repercutir en el empeoramiento de la dinámica familiar.

Se trata de orientaciones generales, que pueden ser modificadas y adaptadas a cada caso particular:

¿QUÉ NO DEBEMOS HACER?

- Poner en duda lo que nos comenta nuestro familiar, quitarle importancia, reírse de dicha persona, o descalificarla. Debemos evitar comentarios despectivos como, «¡cómo puedes pensar esas cosas!», «eso que dices son tonterías», ...
- Ignorar o evitar la conversación sobre los síntomas si la persona con enfermedad mental desea hablar de ello y le tranquiliza.
- Actuar de manera que la persona con enfermedad mental crea que sus alucinaciones o delirios son reales, por ejemplo, no se debe «hablar» con las voces, ni «llevarle la corriente».
- Realizar gestos, cuchichear disimuladamente a otra persona, pensando que él/ella no lo nota o no se entera.

- Intentar engañarle suponiendo que no se da cuenta de lo que pasa, realizando, a veces, falsas promesas para calmarle.
- Intentar tocarle para calmarle si no quiere que lo hagamos.
- Amenazarle con un ingreso psiquiátrico. Éste nunca se debe plantear como un castigo.
- Ante la conducta agresiva, amenazarle o retarle a que lleve a efecto sus amenazas. Entrar en una lucha de insultos y discusiones.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Adoptar una actitud segura, tranquila y firme. Hablarle en voz baja, no amenazante.
- Prestar atención a lo que dicen, conocer cómo y en qué le influyen esos síntomas a la persona: si le asustan, si le dan órdenes y si puede o no reírse de ellas. Para ello podemos preguntarle acerca de lo que siente, oye y/o ve. Hablar sobre ello e intentar comprenderle sin insistir en el tema.
- Escucharle sin hacer comentarios, haciéndole saber que comprendemos su miedo o enfado.
- Evitar los ambientes ruidosos: favorecer un ambiente tranquilo y silencioso.
- Comunicarle y hacerle ver que sabemos que oye, ve o siente lo que dice, que le creemos e intentar explicarle que lo que le sucede se puede deber a la situación que esta atravesando y procurar tranquilizarle.
- Intentar centrar la atención en una conversación o actividad de interés para él/ella. Preguntarle si está enfadado, cual es el motivo y hablar de ello.
- Asegurarle que no somos una amenaza para él/ella.

- Despejar el mobiliario y/o los objetos con los que se puede dañar la persona enferma o a los demás.
- Dejarle espacio libre, no acorralándole, a menos que se pretenda sujetarle.
- No perderle de vista, saber en todo momento donde está.
- Normalmente si hay alguien en la familia del que la persona con enfermedad mental se fía, esta es la persona más adecuada para intentar contenerle.
- Ponerse en contacto con la policía o el juzgado de guardia.

6 ¿QUÉ FUTURO LES ESPERA?

Una de las preocupaciones principales de las personas y sus familias es la incertidumbre sobre su futuro, especialmente cuando ya no esté disponible la persona que le proporciona la mayor parte de los cuidados, normalmente el padre y la madre.

Algunas familias eluden abordar esta cuestión, por considerarlo un factor de estrés y desestabilización, pero lo cierto es que hablar sobre ello y planificar el futuro contribuye a disipar miedos y confiere tranquilidad y bienestar.

Algunas familias consideran la incapacitación y el nombramiento de un tutor (generalmente un familiar o una institución) una garantía para asegurar los cuidados y proteger los bienes económicos e inmuebles de la persona afectada.

Las personas con enfermedad mental cuentan con diferentes servicios y recursos destinados a facilitarles los apoyos necesarios para adquirir y mantener una mayor autonomía y desarrollo personal, aunque todavía hoy en día el número de plazas y diversidad de los mismos es insuficiente.

Desde estos recursos, tales como, centros de día, centros ocupacionales, centros especiales de empleo, pisos tutelados, servicio de ocio y tiempo libre,... se trabajan todos los ámbitos de la persona (bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales, relaciones comunitarias,...) posibilitando y ofreciendo los apoyos necesarios a cada persona en cada momento de su vida.

7 ¿LA LEY DE LA DEPENDENCIA TAMBIÉN CONTEMPLA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

La ley de dependencia, gracias a la reivindicación del movimiento asociativo de discapacidad intelectual y enfermedad mental contempla e incluye a nuestro colectivo.

Se trata de una Ley que reconoce el derecho a acceder a recursos de servicios sociales y prestaciones económicas a las personas valoradas con algún grado de dependencia. Dicha valoración de la Dependencia se debe solicitar en los Servicios Sociales de base de cada Ayuntamiento correspondiente, a través de la trabajadora social.

Una vez realizada la valoración se establecen diferentes grados de dependencia, los cuales serían:

- Grado I. Dependencia moderada: dos subniveles
- Grado II. Dependencia severa: dos subniveles
- Grado III. Gran dependencia: dos subniveles.

Los recursos y prestaciones a los que se tiene derecho *tras ser determinado el grado de dependencia* van a ser los siguientes:

1. **CUIDADOS INFORMALES**, que incluyen los siguientes servicios y prestaciones:



- Teleasistencia
 - Prestación económica al cuidador; más alta en la Seguridad Social, si puede ser cotizador (no jubilados, no pensionista)
 - Ayudas técnicas
2. **SERVICIOS EN EL DOMICILIO**, que incluyen los siguientes servicios:
- Teleasistencia
 - Servicio de Ayuda a Domicilio: S.A.D.
 - Centro de día.
 - Programas de respiro (Residencias en estancia temporal.)
3. **SERVICIOS RESIDENCIALES**
- Servicio residencial
 - Centro de día

