

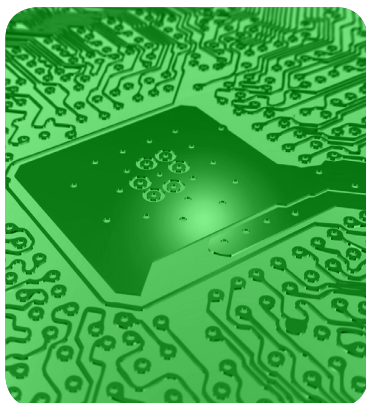
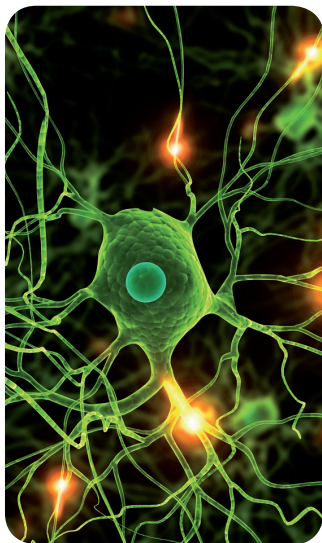
MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 15-16

Psicología General
Sanitaria



**Propuesta de mejora
para un caso
de esquizofrenia:
Intervención Familiar**
Sandra Campos Guisado





MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Propuesta de mejora para un caso de esquizofrenia: Intervención Familiar.

Improvement proposal for a schizophrenia case: Family intervention

TRABAJO FIN DE MASTER. CURSO 2015 - 2016

APELLIDOS Y NOMBRE: CAMPOS GUIADO, SANDRA

DNI: 53465128H

CONVOCATORIA: ENERO

TUTOR/A: MARINA MUÑOZ RIVAS

Índice

1	Elección del tipo de mejora y justificación.....	3
2	Emoción Expresada e Intervención familiar: Justificación teórica.....	5
3	El caso de Eduardo, diagnóstico y problemas asociados	8
3.1	Presentación del caso, problemas que presenta Eduardo.....	8
3.2	Diagnóstico multiaxial del DSM IV-TR	9
4	Análisis funcional.....	9
4.1	Antecedentes	9
4.2	Respuestas	10
4.2.1	Cognitivas	10
4.2.2	Fisiológicas.....	10
4.2.3	Motoras.....	10
4.2.4	Emocionales	11
4.3	Consecuencias	11
4.4	Conclusiones del análisis funcional	11
5	Evaluación	12
5.1	Características de la familia de Eduardo	12
5.2	Descripción familiar según Eduardo.....	12
5.3	Descripción familiar según su madre	14
5.4	Conclusiones de la evaluación	15
6	Propuesta de tratamiento.....	16
6.1	Objetivos	16
6.1.1	Objetivos generales.....	16
6.1.2	Objetivos específicos.....	16
6.2	Aspectos generales del tratamiento	17
6.2.1	Vinculación de la familia.....	18
6.2.2	Programa psicoeducativo.....	19
6.2.3	Manejo de la perturbación emocional.....	21
6.2.3.1	Estrategias generales	22
6.2.3.2	Mejora de la comunicación	23
6.2.3.3	Connotación positiva.....	24
6.2.3.4	Resolución de conflictos.....	25
6.2.3.5	Trabajar la sobreimplicación	26

6.2.4	Finalización de la terapia.....	28
7	Anexos.....	29
7.1	Anexo 1 Resultados pre y post tratamiento.....	29
8	Referencias.....	34

1 Elección del tipo de mejora y justificación

La propuesta de mejora elegida para el caso de Eduardo es la intervención familiar. Como puede comprobarse, a continuación, el tratamiento en el caso de Eduardo fue eficaz ya que se cumplieron la mayoría de los objetivos propuestos, salvo aquellos que tienen que ver con su familia. Los resultados obtenidos indican la eficacia del tratamiento llevado a cabo, derivado de la formulación clínica y del modelo psicopatológico propuesto. A su vez, otra muestra de la eficacia del tratamiento es que Eduardo fue derivado a un Centro de Rehabilitación Laboral donde va a ser preparado para poder incorporarse al mundo laboral. En el Anexo 1 se pueden comprobar los resultados pre y post tratamiento obtenidos por Eduardo en los diferentes instrumentos de evaluación (BPRS, BDI, STAI, EVDP). En la siguiente tabla se puede observar los objetivos propuestos en el plan de intervención de Eduardo y la consecución o no de los mismos.

Tabla . Objetivos y plan de intervención

NECESIDADES DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS	ACCIONES	FEHA DE INICIO	CUMP.
Autocuidado	Mejorar autocuidados higiénicos y alimentarios	Horarios estructurados	8/10/10	SI NO
	Promover hábitos de vida saludables	E.Física	8/10/10	SI NO
Autonomía social	Realizar actividades ocio/tiempo libre	E. Física Actividades CATR excursiones Club social	8/10/10	SI NO
	Mantener actividad ocupacional	Horarios/Actividades Taller	8/10/10	SI NO

	diaria			
Autonomía Básica	Disminuir control parental	Grupo de familias	-----	SI NO Se ha mejorado bastante por las pautas en sesiones individuales, pero la familia de E. no puede asistir al grupo por motivos laborales.
Afrontamiento	Mejora manejo situaciones estrés/Regulación emocional	Grupo de autocontrol	19/10/10	SI NO Pero es necesario seguir trabajando
	Control de la ansiedad	Relajación	18/10/10	SI NO Es necesario seguir trabajando
	Mejora de la autoestima	Grupo de autocontrol Actividades Taller	19/10/10	SI NO
Laboral	Promover la reincorporación al mundo laboral	CRL	----	SI NO Está en lista de espera.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se puede concluir que respecto al tratamiento seguido por Eduardo no es necesario incluir mejoras. Sin embargo, no se trabajó con la familia de Eduardo, ya que en el CATR había un grupo psicoeducativo para las familias, pero la familia de Eduardo nunca acudió a él, en principio por incompatibilidad laboral, pero al poco tiempo de empezar Eduardo su tratamiento en el CATR ambos padres quedaron en

paro y tampoco acudieron. Teniendo en cuenta la importancia de una intervención familiar en la esquizofrenia, tal y como describen los estudios al respecto, y que desarrollaré a continuación en el punto 2, mi propuesta de mejora es trabajar con la familia de Eduardo para reducir la emoción expresada y por consiguiente reducir la probabilidad de una recaída, ya que convivir con una persona con esquizofrenia genera un estrés que puede erosionar las relaciones interpersonales dando lugar a unas interacciones familiares estresantes, asociadas con un peor pronóstico de la enfermedad

2 Emoción Expresada e Intervención familiar: Justificación teórica.

La emoción expresada (EE) se trata de un concepto que hace referencia a determinados aspectos de la conducta emocional que se producen dentro del núcleo familiar principalmente (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962). El índice o nivel de emoción expresada de la familia se obtiene principalmente a partir de los componentes de Criticismo, hostilidad y Sobreimplicación emocional, que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída, sobre todo en esquizofrenia.

El constructo está formado por cinco elementos:

1. Criticismo: son los comentarios críticos que los miembros de la familia hacen del comportamiento del paciente, en el caso que nos atañe, discusiones porque Eduardo no colabora en las tareas domésticas, recriminaciones de que nunca ayuda a recoger la mesa etc.
2. Hostilidad: es más generalizado que el criticismo, y se refiere a la impresión negativa generalizada o rechazo manifiesto del paciente como persona, y no exclusivamente de su comportamiento (“Eres un vago”, “Eres un guarro”)
3. Sobreimplicación: Respuesta emocional exagerada de sobreprotección, que conduce a un excesivo control de la conducta del paciente. Está formada por exceso de dramatización de los incidentes, sobreprotección, intrusión y distress emocional (La madre de Eduardo lo llama a todas horas, le dicta su aspecto físico etc.)
4. Calor: incluye manifestación de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente. En el caso de Eduardo parece que la calidez se da en la relación con su hermana.
5. Comentarios positivos: variable formada por expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o su conducta. Ausentes en el caso de Eduardo. Sería positivo

reforzar, por ejemplo, el esfuerzo que hace Eduardo para ir al CATR y los progresos que está teniendo desde que inició su tratamiento en el mismo.

El interés por el papel de la familia en la evolución de la esquizofrenia surge a raíz de que muchas observaciones clínicas indicaran que los familiares de los pacientes podían influir poderosamente, tanto a favor como en contra, en el curso de la esquizofrenia¹. Tal es así que tras realizar un seguimiento a pacientes después de recibir el alta hospitalaria, se observó que aquellos pacientes que tenían un mayor porcentaje de recaídas eran aquellos que tras el alta volvían a hogares donde predominaban las interacciones hostiles y las relaciones familiares inadecuadas².

Sin embargo es importante destacar que la emoción expresada no es específica de familias con un paciente esquizofrénico, si no puede desarrollarse en respuesta a cualquier enfermedad prolongada o recurrente, sea o no sea ésta de naturaleza psiquiátrica, por ejemplo Fischman-Havstad y Martson (1984) observaron una alta emoción expresada en trastornos de alimentación o Tarrier y otros (1999) en el trastorno de estrés postraumático, así como Vaughn y otros (1999) lo observaron en el síndrome del colon irritable. Luego en ningún caso hay que considerar la emoción expresada como una causa primaria de la esquizofrenia.

La mayor parte de los estudios realizados sobre la emoción expresada en esquizofrenia llegan a las mismas conclusiones: la emoción expresada se asocia significativamente a un curso más severo de esquizofrenia y a un mayor número de recaídas.

Por este motivo, la alta emoción expresada familiar está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en esquizofrenia conocidos hasta el momento, y por ello es necesaria una intervención terapéutica para eliminarla o reducirla al máximo. Además de esto en las familias que hay una alta EE, especialmente de hostilidad y criticismo, se crea un clima hostil acentuado, en la mayoría de los casos, por la respuesta que los pacientes tienen en esta situación. Muchos de ellos ante esta situación responden con hostilidad y criticismo también a sus familiares, y adoptan un papel más pasivo, y dependiente, en sus estilos de afrontamiento. Luego no sólo la convivencia familiar se convierte en un foco de estrés para el paciente, aumentando el riesgo de una recaída, sino que además el paciente adopta un rol más pasivo, obteniendo menos refuerzos positivos, más refuerzos negativos y asumiendo un locus de control cada vez más externo.

¹ Wynne LC. Current concepts about schizophrenics and family relationships. *J.Nerv Ment Dis.* 1981 Feb; 169 (2)

² Brown, G., Monck, E.M., Carstairs, G.M., y Wing, J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med.* 1962;16:55-68.

Las terapias familiares son un buen instrumento terapéutico para reducir la emoción expresada. En la actualidad existe un gran número de investigaciones que apoyan los beneficios de participar en tratamientos basados en la familia para la esquizofrenia.

Las intervenciones familiares psicoeducativas tales como los Paquetes de intervenciones sociofamiliares de Leff, modelo psicoeducativo de Anderson, Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier o la Terapia familiar conductual de Falloon, son considerados tratamientos eficaces en la esquizofrenia (M, Pérez y cols., 2010)

Además la eficacia se ha demostrado en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon et al, 2000). Existe acuerdo en considerar siempre a la familia como un agente terapéutico en el proceso y no como pacientes.

Combinados con medicación antipsicótica, estos programas de intervención familiar, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada, en la sintomatología clínica, en las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes.

Entre los diversos estudios que hay que prueban que la intervención familiar reduce la emoción expresada, en España, Muela y Godoy llevaron a cabo el estudio de Andalucía con una muestra de 26 familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alta emoción expresada (15 en el grupo experimental y 11 en el control). Tras 30 sesiones semanales (15 sesiones psicoeducativas sobre conocimientos acerca de la enfermedad en grupos de cinco familias sin la presencia del paciente y otras 15 sesiones de intervención individualizada con cada una de las familias pertenecientes al grupo experimental por separado e incluyendo al enfermo), consiguieron reducir la emoción expresada y el estrés familiar y aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, presentándose una menor tasa de recaídas en el grupo experimental (20%) frente al control (63.3%) (28).³

Todo lo descrito anteriormente apunta que para garantizar un tratamiento íntegro a un paciente con esquizofrenia es importante incluir a la familia como un agente activo en el mismo (nunca considerarlos como pacientes).

³ García, P., Moreno, A., Freund, N. y Lahera, G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 2012; 32 (116)

3 El caso de Eduardo, diagnóstico y problemas asociados

Antes de comenzar con mi propuesta de mejora del caso actual, voy a hacer un pequeño resumen del caso de Eduardo para contextualizar dicha mejora.

3.1 Presentación del caso, problemas que presenta Eduardo

Eduardo presenta problemas relacionados con su psicopatología tales como apatía, abulia, anhedonia, múltiples quejas somáticas inespecíficas, una tendencia al asilamiento y sueño fragmentado. En el momento en que llega al CATR (Centro de Tratamiento y Rehabilitación Psicosocial), el paciente no realiza ninguna actividad, su vida cotidiana consiste en no hacer ninguna tarea, así como tampoco realiza ninguna actividad de ocio y tiempo libre. Esta todo el día en casa, presenta una ingesta de comida durante todo el día, duerme a deshoras y cada vez que le apetece a lo largo del día. No tiene ilusión por nada, no le apetece hablar con nadie. Se dedica a estar en su casa, principalmente en su habitación y hacer lo que le apetece (estar tumbado en la cama, escuchando música, viendo la televisión o durmiendo). Su comportamiento es totalmente pasivo, y se siente muy frustrado por no haber podido terminar sus estudios a causa de su enfermedad, y por tampoco poder trabajar.

Además es descuidado en el aseo personal, no suele ducharse al no ser que su madre o hermana se lo digan, pero en ocasiones tampoco les hace caso. También es descuidado en la higiene de su habitación, la tiene muy desordenada sin importarle y sin querer que nadie toque sus cosas para ordenarla.

En el momento del ingreso en el CATR, Eduardo está consciente y orientado en las tres esferas se muestra abordable, conductualmente adecuado y colaborador. Afectivamente se muestra eutímico, refiere ansiedad, fuertes sentimientos de tristeza, apatía y anhedonia. Presenta un discurso adecuado a tono y ritmo, coherente y estructurado. En el momento del ingreso no hay presencia de síntomas alucinatorios, sin embargo si refiere haberlas sufrido en el pasado.

En el momento del tratamiento Eduardo además de acudir al CATR todas las mañanas, está en tratamiento con una psiquiatra del Centro de Salud Mental de Leganés.

Hasta el momento de acudir al CATR el único tratamiento que ha recibido el paciente ha sido el farmacológico que ha ido muy bien para la sintomatología positiva, pero viendo la necesidad de atajar la sintomatología negativa es derivado al CATR.

3.2 Diagnóstico multiaxial del DSM IV-TR

EJE I. Esquizofrenia residual.

EJE II. No hay diagnóstico, características de personalidad esquizoide

EJE III. Ninguno

EJE IV. Muertes traumáticas de dos seres queridos en la adolescencia. Pérdida de empleo y abandono de estudios por su enfermedad. Pérdida de amigos tras el primer brote psicótico.

EJEV EEAG = 45 (en el ingreso)

EEAG = 85 (en el momento de finalizar mi trabajo de fin de máster anterior)

4 Análisis funcional

Para hacer mi propuesta de tratamiento voy a rescatar el análisis funcional del caso de Eduardo que junto con las características familiares descritas en los puntos 5.1, 5.2 y 5.3 son la base de dicha propuesta de intervención.

4.1 Antecedentes

- Peticiónes de realización de tareas por parte de sus familiares.
- Invitación de su hermana a salir con ella a dar un paseo.
- Recriminaciones de “ser un vago”, “ser un desordenado”, “ser un guarro”.

En los antecedentes vemos como hay recriminaciones por parte de la familia que se corresponden con una emoción expresada alta, concretamente con altos niveles de criticismo y hostilidad. Es importante trabajar con ellos al respecto para que entiendan que no se trata de una cualidad de Eduardo, sino que se corresponde a la sintomatología negativa de la esquizofrenia. A su vez es importante el modo de hacer las peticiones por parte de la familia (aspecto que se trabajará más adelante en el punto 6.2.3.2 “mejora de la comunicación”), ya que el propio Eduardo relata que cuando se lo pide su hermana se enfada menos.

4.2 Respuestas

4.2.1 Cognitivas

- Pensamientos del tipo

- “No me entienden”
- “No me apetece hacer nada”
- “No tengo fuerzas para hacer nada”

En este tipo de pensamientos se puede observar como Eduardo se angustia porque considera no ser comprendido por sus familiares lo cual incrementa la hostilidad hacia ellos.

•Rumiaciones del tipo “no valgo para nada”, “soy un enfermo y voy a estar así toda mi vida”, “no he podido terminar mis estudios”, “por culpa de mi enfermedad he fracasado en los objetivos que me he planteado”. En este tipo de rumiaciones la familia también juega un papel importante ya que de una manera directa en algunas ocasiones e indirectas en otras, refuerzan estas expectativas con un sobrecuidado a veces o con recriminaciones por no terminar los estudios o no buscar trabajo en otras.

4.2.2 Fisiológicas

- Tensión, palpitaciones, ahogos.
- Migrañas
- Taquicardias

Las repuestas fisiológicas son las típicas que se dan en una situación de estrés, siendo éste un factor de riesgo para desencadenar una crisis, y por tanto hay que eliminarlo o reducirlo al máximo posible.

4.2.3 Motoras

- Contestar a sus familiares de forma desagradable
- Ir a su habitación a tumbarse en la cama, escuchar música o ver una película

En las respuestas motoras se refleja la hostilidad de la que he hablado en líneas anteriores, además de contestar mal por sentirse incomprendido, la familia refuerza este tipo de respuestas, ya que al contestar de esta forma le dejan hacer lo que quiere. Luego es perjudicial por el aumento de la hostilidad en las relaciones familiares y a su vez porque actúa de refuerzo negativo en las conductas problema de Eduardo. También refleja el papel pasivo que ha adoptado ante situaciones controvertidas, otra de las consecuencias que se ha descrito anteriormente y que suele darse en familias con una emoción expresada alta.

4.2.4 Emocionales

- Impotencia por no poder hacer lo que le gustaría (estudiar, trabajar)
- Frustración
- Tristeza

4.3 Consecuencias

El paciente ha aprendido que contestando de una forma inadecuada puede hacer lo que le apetezca en ese momento, adoptando un papel pasivo en el afrontamiento de situaciones y no respetando los límites que sus padres le marcan, siendo un refuerzo negativo que mantiene la pasividad en el estilo de afrontamiento.

4.4 Conclusiones del análisis funcional

Del análisis funcional se desprende el papel tan importante que tienen las interacciones familiares. Por un lado actúan como desencadenantes de respuestas inadecuadas por parte del paciente, aumentando en nivel de hostilidad en la familia. Por otra funcionan como un refuerzo negativo, ya que Eduardo ha aprendido que contestando mal a sus padres le dejarán hacer lo que quieran. De esta manera no se establecen unos límites que Eduardo tiene que respetar, a su vez la baja exigencia de la familia refuerza el papel pasivo que está adoptando ante las situaciones que le suponen dificultades.

Teniendo todo esto en cuenta se puede concluir que las interacciones familiares actúan como desencadenantes de respuestas inadecuadas por parte de Eduardo, así como de mantenedoras de las conductas problemas de su hijo y aumentando el clima adverso familiar. Es por ello que es necesario trabajar con la familia para eliminar su contribución a la problemática de su hijo. La forma general de trabajar con la familia la desarrollo en el punto 6.2 del presente documento, pero hay que dejar claro que nunca se debe culpabilizar a la familia, sino hacer que se sienta entendida y apoyada y dar un enfoque terapéutico, sin recriminaciones, resaltando los recursos personales que cada uno de ellos tienen, remarcando aquello que han hecho bien y planteando aquellas cosas que hay que mejorar.

5 Evaluación

El instrumento utilizado para medir la emoción expresada es el Camberwell Family Interview (CFI; Brown y Rutter, 1966), sin embargo esta escala es fundamentalmente para la investigación. Como actualmente no puedo evaluar a la familia, voy a ceñirme a cómo se actúa cuando no es posible evaluar a los familiares y es identificando una serie de indicadores tales como; disputas recurrentes en la familia que dan lugar a violencia física o verbal, identificar a un familiar (que generalmente suele ser la madre) que cuida en solitario o asume una mayor carga en el cuidado de un paciente con esquizofrenia. Para identificar estos indicadores voy a analizar la información obtenida en las entrevistas realizadas tanto a Eduardo como a su madre. A continuación expongo la información obtenida en dichas entrevistas.

5.1 Características de la familia de Eduardo

En el momento del tratamiento Eduardo vive con su madre, padre y hermana. La madre es la que va siempre a las citas en el CATR, el padre no ha ido nunca y la hermana tampoco, en principio por motivos laborales, aunque cuando el padre se queda en paro tampoco acude a las citas familiares. Así mismo, ni la madre, ni el padre, ni la hermana acuden al grupo psicoeducativo para familias del CATR, como he señalado anteriormente, aluden incompatibilidad con los horarios de trabajo.

Los referentes familiares de Eduardo son ellos tres, especialmente su madre.

La familia es de nivel socioeconómico medio-bajo, ambos padres han trabajado desde que su hijo era pequeño. Vienen a España buscando trabajo. En España no tienen una red de apoyo social y las relaciones interpersonales se limitan a los compañeros de trabajo con los que tampoco tienen una relación fluida. La hermana de Eduardo parece tener una mayor red de apoyo social, ya que tiene pareja y cuenta con un grupo de amigos con los que sale frecuentemente.

5.2 Descripción familiar según Eduardo

Eduardo describe a su madre como una persona abierta, comprensiva, cercana y atenta. Afirma que siempre le ha dejado su espacio pero que siempre ha estado cuando la ha necesitado, aunque como veremos más adelante esto no es del todo así, ya que es una

madre sobreprotectora y muy apegada a su hijo pudiéndose calificar la relación de simbiótica. Es a la única persona que le cuenta cómo se siente y cuando tiene una preocupación también acude a ella. El único evento vital importante que no cuenta a su madre es la relación de pareja que tuvo en Portugal antes de venir a España, no lo hace por miedo a la reacción de su padre, ya que si se lo contaba a su madre ésta se lo iba a contar a su marido y se iba a enfadar con Eduardo.

En cuanto a su padre, Eduardo le describe como más cerrado, menos comprensivo y más rígido. Cambia el tono en la descripción de su padre. Dice que la relación que tiene su padre con su hermana es más cercana que la que tiene con él. Su padre es muy rígido con él, “siempre me está criticando por todo”. Su padre le describe como un “vago”, “guarro” y “desordenado” entre otras cosas que cuenta Eduardo en terapia.

En cuanto a la educación que ha recibido, según él, ambos progenitores le castigaban cuando hacía algo mal y le premiaban cuando hacía algo bien, aunque teniendo en cuenta la entrevista y la descripción que hace de cada uno de ellos parece que la madre ha sido más permisiva con él, lo que también ha generado conflicto en la pareja.

Recuerda con cariño que cuando eran pequeños cenaban todos juntos y le produce ternura y alegría recordar este momento. Actualmente no es así, desde que debutó con la enfermedad las cosas cambiaron.

Se describe a sí mismo como un niño muy obediente y no recuerda ninguna situación en la que no se haya hecho caso de sus padres.

Esta información refleja niveles altos de hostilidad y criticismo especialmente por parte del padre, aunque más adelante veremos como la madre también manifiesta hostilidad y criticismo en algunas ocasiones.

En cuanto a la relación que tiene con su hermana, la describe como muy buena y estrecha, afirma que se preocupa por él, está contento porque le ha presentado a su grupo de amigos para que salga con ella y no se quede en casa. La describe como la más comprensiva de la familia y es la que menos le molesta que le diga lo que tiene que hacer porque se lo dice de “diferente manera”, “con más cariño y menos enfado”. Con esto se refiere a que cuando se lo dice su padre lo percibe con un tono de recriminación constante y le hace enfadar. Por el contrario cuando se lo dice su hermana entiende que se lo dice por su bien, por ayudarle ya que hay ciertas cosas en las que es algo “despistado” y necesita un poco de ayuda. Esto es una muestra de lo descrito anteriormente, parece que la hermana es el miembro de la familia que tiene un mayor nivel del componente de calidez de la emoción expresada en la relación con su hermano.

5.3 Descripción familiar según su madre.

Eduardo según su madre, siempre ha estado muy apegado a ella, dice que antes mostraba una preocupación extrema por ella, por si le pasaba algo. Actualmente esta preocupación ha cambiado, es menor que antes, aunque no así su dependencia, todo lo hace con ella.

De la entrevista con la madre de Eduardo cabría destacar varios aspectos:

Por un lado se observa una sobreprotección hacia él desde que era pequeño. Le veía “raro” y sentía que tenía que estar pendiente de su hijo. Fue la que le busco los trabajos, le dice como tiene que llevar su aspecto físico desde pequeño (Eduardo quería dejarse el pelo largo pero ella no le dejo porque iba a parecer una niña y se iban a meter con él y “le iba a perjudicar”). En el momento de la entrevista, cuando Eduardo se dejó perilla, continuamente le pedía que se la quitara haciendo esto enfadar a Eduardo y creando conflictos en casa. Actualmente le llama constantemente para comprobar que está bien, y es el propio Eduardo el que la dice que no se preocupe tanto, insistiendo en que cuando acude al CATR (Es el único momento en que esta sólo) está al lado de un hospital y que si le pasa algo le ingresarían en el hospital. Aquí se refleja el grado de sobreimplicación en la relación de la madre con su hijo.

En el momento de la entrevista se encuentra satisfecha porque piensa que las necesidades de Eduardo están cubiertas. Para ella que su hijo tenga las necesidades cubiertas se traduce en que no tenga ninguna descompensación, que esté ausente de síntomas positivos. Tal es así, que en el momento de realizar la entrevista está preocupada porque el tratamiento farmacológico ha cambiado, ajustándose a la sintomatología actual de su hijo, y ella tiene mucho miedo a que vaya a perjudicarlo y vuelva a tener una recaída.

Las expectativas que tiene con respecto al presente y futuro de su hijo son nulas, no le ve capacitado para vivir sin ellos, y mucho menos de encontrar un trabajo. En definitiva cree, tanto ella como su marido, que Eduardo no puede ni podrá vivir de forma autónoma. Actualmente son ellos los encargados de administrar su economía, ya que si no se gastaría todo el dinero de una vez comprando ropa y bollos.

Siempre accede tanto ella como su familia a las peticiones de su hijo, desde que era pequeño, por ejemplo cuando cumplió 11 años tenían todo preparado para recibir a los amigos del colegio que nunca llegaron a presentarse, desde este día Eduardo decidió no celebrar nunca más su cumpleaños y así fue. El día que tenemos la entrevista, la madre de Eduardo se levanta con migraña diciendo que le va a resultar muy difícil acudir a esta cita, y su hijo la “obliga” a ir, ya que se había comprometido con nosotros en venir. Acceden

incluso cuando les contesta de forma inadecuada, llegando a la agresividad verbal, es una muestra de que en una familia con una alta emoción expresada el clima hostil puede ser recurrente, ya que el propio paciente responde con hostilidad.

Describe la relación de su marido con su hijo como buena, aunque su marido tiene menos paciencia. Afirma que antes había frecuentes discusiones en casa por la enfermedad de su hijo. Estas discusiones se producían entre el matrimonio y entre el padre y el hijo, y el motivo era la “enfermedad” de Eduardo. Aquí se puede observar por un lado la hostilidad y el criticismo por parte del padre, así como la hostilidad por parte de Eduardo en tiempos anteriores, mientras que ahora se manifiesta el rol más pasivo que ha adoptado. Le cuesta relatar este aspecto de la relación y no entra en más detalle. Se desprende que su marido se enfada con Eduardo porque no entiende la relación entre el diagnóstico de esquizofrenia y que no se asee, que no sea ordenado, que no busque trabajo, etc. Es decir entiende los síntomas positivos de la esquizofrenia pero no tiene conciencia de los síntomas negativos de la misma. Esto no es algo que sólo le ocurra a su marido, ella misma no comprende algunos comportamientos de su hijo (por ejemplo que esté comiendo bollos todo el día), señala que es muy difícil convivir con una persona enferma. Los síntomas negativos los atribuye a la personalidad de Eduardo, por lo que entiende que su hijo “Aparte de la enfermedad que tiene, es que él es así y no va a cambiar”. Es algo muy frecuente entre las familias de pacientes esquizofrénicos, los síntomas negativos al relacionarse de una manera menos obvia, que las alucinaciones y delirios, con la esquizofrenia es habitual que los familiares hagan una atribución errónea de los mismos.

5.4 Conclusiones de la evaluación

Todo lo descrito anteriormente tanto por Eduardo como por su madre está haciendo referencia al concepto de emoción expresada. Se puede observar unos niveles altos de hostilidad, criticismo y sobreimplicación que a su vez son los que mayor valor predictivo tienen en relación a la recaída.

6 Propuesta de tratamiento

Mi propuesta de tratamiento se basa en un enfoque cognitivo-conductual resaltando la importancia de una buena relación terapéutica con la familia. Es muy importante no culpabilizar a la familia en ningún momento, es necesario recalcar la comprensión de que vivir con una persona que tiene esquizofrenia es algo difícil. A su vez considero crucial no centrarme sólo en lo negativo de las relaciones familiares, sino también potenciar los recursos personales que cada miembro de la familia tiene. Culpabilizar a la familia, además de ser injusto, es muy probable que provoque un alejamiento de la familia con respecto al terapeuta y que repercuta empeorando las relaciones familiares, ya que si perciben la intervención como críticas hacia ellos lo pueden trasladar al paciente culpabilizándole de la situación, lo cual tendría un resultado contrario al buscado, aumentaría el nivel de hostilidad y criticismo en la familia y a su vez el de sobreimplicación por parte de la madre de Eduardo al intentar “protegerle” de dichas críticas.

El tratamiento consta de varias fases y aspectos a tratar que a continuación paso a desglosar así como los objetivos propuestos.

6.1 Objetivos

6.1.1 Objetivos generales

- Reducir la emoción expresada.
- Reducir las expectativas no realistas.
- Mejorar la comunicación.

6.1.2 Objetivos específicos

- Promover un equilibrio entre ambos padres para que ambos compartan de una manera equitativa la responsabilidad de cuidar al paciente.
- Que cada uno defina las conductas que le resultan inaceptables por parte del paciente y establece qué límites poner.
- Cuidar la relación entre la pareja para que ambos se encuentren bien y que el cuidado de Eduardo no suponga una pérdida de espacio y tiempo para ellos. A su vez garantizar que el cónyuge tenga tiempo libre para no estar todo el tiempo responsabilizándose del cuidado del paciente.

6.2 Aspectos generales del tratamiento

Las estrategias generales que he elegido para la intervención psicosocial tienen el objetivo de reducir la emoción expresada en la familia para reducir la probabilidad de una posible recaída.

Para ello lo principal es conseguir que la familia se vincule al tratamiento, ya que sin una familia vinculada no se puede realizar la intervención. Por ello el tratamiento comienza con la construcción de un vínculo terapéutico con los familiares, especialmente con el padre ya que es el que a priori parece más reacio.

Para reducir la emoción expresada, especialmente los componentes de criticismo, hostilidad y sobreimplicación, y aumentar la calidez y los comentarios positivos propongo las siguientes estrategias:

Con respecto al criticismo y la hostilidad, para conseguir reducirlos, es fundamental que los familiares conozcan en qué consiste la esquizofrenia, especialmente los síntomas negativos de ésta, ya que son los que generan mayor conflicto y los padres de Eduardo los atribuyen a su personalidad. Por ello continuo el tratamiento con un programa psicoeducativo. En dicho programa también es importante trabajar sobre el pronóstico de la esquizofrenia para ajustar las expectativas de los padres, actualmente por parte de la madre son nulas, es decir, piensa que Eduardo nunca va a poder vivir sin ellos puesto que necesita una supervisión constante para todo. Así mismo también es importante trabajar con el padre unas expectativas ajustadas a la realidad en cuanto a la consecución de un trabajo por parte de Eduardo, ya que probablemente no coincida con la idea que él tiene de lo que sería un buen puesto de trabajo para su hijo.

Por otra parte, para reducir el criticismo y la hostilidad hay que hacer un trabajo emocional, los padres tienen que tener un espacio para expresar cómo se sienten en determinadas situaciones y aprender a comunicar tanto estas emociones, como las peticiones a sus familiares de una manera más constructiva y no tan hiriente para los otros. Otra estrategia es la descripción operativa de los problemas que existen en la convivencia elaborando una lista de objetivos consensuada por ambos padres previniendo los posibles problemas y soluciones.

En general estos son los componentes del tratamiento, junto con la sobreinvolucración, en los que me voy a centrar y que a continuación paso a detallar.

6.2.1 Vinculación de la familia

Es muy importante para la intervención familiar tener un vínculo con la familia. Hay que intentar que ambos padres se impliquen de una forma activa en el tratamiento. Para ello, se pueden realizar unos primeros contactos telefónicos. La hermana de Eduardo no muestra hostilidad, criticismo ni sobreimplicación con él y si tienen una relación cálida, luego puede asistir si así lo desea a las sesiones pero no es tan importante como sus padres. La madre siempre está dispuesta a acudir a las citas que se le indican, luego no supondría un problema iniciar una intervención con ella. El padre sin embargo, es el que pone mayor resistencia a acudir a las citas aludiendo incompatibilidad laboral. En un primer momento sí que está trabajando, aunque poco después de iniciar Eduardo el tratamiento en el CATR se queda en paro. Una forma de empezar a tener un contacto con su padre sería mediante una llamada telefónica. El motivo de esta llamada en un primer momento más que concretar una cita con él, puede ser el simple interés de cómo está y cómo se encuentra, ofreciéndole una conversación algo más distendida e informal preocupándose por cómo se siente. Es probable que esté “cansado” de los profesionales, ya que Eduardo tiene años de evolución de esquizofrenia y ha pasado por varios recursos, por ello es necesario que se sienta escuchado y comprendido y no “juizado” o “presionado” para acudir a una cita. El objetivo es tener un contacto positivo, agradable y amable compartiendo con él el interés y la preocupación por sus problemas, para facilitar el tener una cita con él. Es muy probable que en un primer momento sea reticente incluso a estas llamadas telefónicas, pero es muy importante insistir en el ofrecimiento de ayuda ante una respuesta negativa.

Otra de las opciones es acudir a su domicilio a realizar una entrevista, siendo flexible en el horario (siendo este compatible con las labores del terapeuta), en el caso de los familiares de Eduardo no supondría un gran esfuerzo ya que viven en Leganés. Puede ser necesario que sea persistente ya que las negativas ante un primer contacto son frecuentes. Es muy posible que cuando accedan, o especialmente cuando su padre acceda, a tener una entrevista ésta sea cancelada, hay que tener esto en cuenta y seguir mostrando una actitud comprensiva, no enfadarse por el cambio de planes y seguir ofreciendo nuevas entrevistas. Si finalmente se concede esta entrevista es importante explicar el por qué es bueno trabajar con las familias, por ejemplo, ofreciendo la intervención como un apoyo para resolver las dificultades que puedan tener en la convivencia, siendo un espacio para ellos, para compartir cómo se sienten y qué les afecta de dicha convivencia.

Una forma de que se sientan escuchados y comprendidos es dejar unos minutos al final de la entrevista para preguntarles que es lo que les ha parecido más útil de la sesión que hemos tenido.

Si acceden los dos a la entrevista y a iniciar una terapia familiar sería maravilloso, si no, como la madre está dispuesta a participar en la intervención familiar se trabajaría con ella, ya que aunque resulte más difícil se pueden producir cambios en las relaciones familiares a través de uno de sus miembros. Sea cual sea la decisión del padre hay que seguir ofreciéndole ayuda y siempre contemplar y permitir una posible incorporación del mismo a la intervención familiar.

6.2.2 Programa psicoeducativo

El programa psicoeducativo es sólo el comienzo de un aprendizaje sobre la esquizofrenia, que seguirá durante las sesiones con la familia. Teniendo en cuenta la reticencia que tienen de ir al grupo de familiares que hay en el CATR se puede desarrollar en las sesiones familiares en el domicilio. En este programa se trabajará sobre aspectos psicoeducativos, tales como la causa de la esquizofrenia, tratamientos para la esquizofrenia o el pronóstico de ésta (piensan que Eduardo siempre va a ser así y nunca va a poder llevar una vida más o menos autónoma), es crucial que conozcan que en la mayoría de los casos, los pacientes pueden llevar una vida más o menos normal. Es muy importante que comprendan qué son los síntomas negativos y en qué tipo de conductas se traducen, ya que no saben que las conductas tales como abulia, apatía, anhedonia corresponden a los síntomas negativos de este trastorno mental grave y no son inherentes a personalidad de su hijo, y que trabajando con ellos se pueden obtener cambios permitiendo a Eduardo tener una vida más autónoma y satisfactoria. Un elevado nivel de criticismo y hostilidad puede ser el resultado del enfado del padre de Eduardo por no comprender qué son los síntomas negativos y atribuir estos comportamientos a la personalidad y el control voluntario del paciente. Para ello es importante que el programa abarque las siguientes cuestiones⁴

⁴ (Adaptado de A.Pastor, A.Blanco y D.Navarro. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*, 2010)

	Objetivos	Contenidos y actividades
¿Qué es la esquizofrenia?	<ul style="list-style-type: none"> -Aclarar conceptos sobre la esquizofrenia -Corregir ideas erróneas -transmitir una idea realista pero esperanzada - Destacar la importancia de la colaboración familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Qué son los síntomas positivos y qué son los síntomas negativos, recalcando que éstos son causados por la enfermedad, se escapan del control voluntario de Eduardo y que no suelen mejorar con los fármacos -Alteraciones cognitivas -Depresión y otros síntomas -Mitos sobre la esquizofrenia -Evolución y pronóstico
¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer las teoría actuales con mayor apoyo empírico sobre la esquizofrenia - Superar ideas erróneas y reducir los sentimientos de culpa 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de vulnerabilidad-estrés - La alteración de los neurotransmisores - Otros factores etiológicos - El papel del ambiente: la emoción expresada - Los acontecimientos vitales: su impacto en el inicio y las recaídas - Los factores protectores
¿Cómo hacer frente a la esquizofrenia? Recursos terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar el mecanismo de acción de los antipsicóticos destacando la importancia de su cumplimiento - Explicar la importancia de los tratamientos psicosociales 	<ul style="list-style-type: none"> -La medicación antipsicótica diferentes antipsicóticos y los efectos no deseados -Los principales tratamientos psicosociales

<p>Perspectivas de futuro</p>	<p>-Abordar las preocupaciones y necesidades de los familiares</p> <p>-Dar a conocer los recursos asistenciales existentes</p> <p>-Fomentar el asociacionismo</p>	<p>- Las principales necesidades y preocupaciones de los familiares</p> <p>-Los recursos para el tratamiento y la integración de las personas con esquizofrenia</p>
-------------------------------	---	---

6.2.3 Manejo de la perturbación emocional

Para continuar con el trabajo del programa psicoeducativo es importante enlazar con las emociones que vivir con un familiar con esquizofrenia genera. Para facilitar la expresión de emociones por parte de los padres de Eduardo, se pueden describir las emociones que suelen experimentar los familiares que están en su misma situación, preguntándoles después si ellos se identifican con alguna de ellas. De esta manera se normaliza la existencia de emociones negativas por muy intensas que sean, y se facilita la expresión de las mismas.

La familia no puede sentirse culpable de las emociones que experimentan en la convivencia con Eduardo. Hay que trabajar con estas emociones como algo habitual en el trato con una persona que tiene esquizofrenia, y normalizarlo, ya que solo así se puede trabajar para modificar la intensidad de las mismas. Puede ser un buen momento para animar a los familiares a que asistan al grupo de familias del CATR, allí podrían escuchar a personas que están en su misma situación y que les ocurre lo mismo que a ellos. Esto por una parte proporcionaría una normalización de estas emociones, y escuchar qué hacen otras familias en su misma situación para afrontar los distintos conflictos que se dan les puede servir de ayuda para afrontar situaciones parecidas que están viviendo. Por otra, permitiría a los padres de Eduardo tener un espacio donde compartir cómo se sienten, ya que no hablan sobre cómo se sienten con nadie, sólo se reprochan lo que no les gusta del otro. Y por último también sería una forma de romper el aislamiento en el que se encuentran, tienen la oportunidad de conocer a personas y compartir con ellas sus preocupaciones.

En las familias con un paciente con esquizofrenia hay una gran variedad de respuestas emocionales. En la mayoría de ellas las más frecuentes son la culpabilidad, el duelo, la rabia, y el rechazo. En el caso de los padres de Eduardo se podría clasificar de la siguiente manera:

- a) De algún modo se sienten culpables de la enfermedad de su hijo, especialmente la madre, por ello sacrifica todo su tiempo para cuidarlo. La forma en que se traduce esta emoción es en la sobreinvolucración por parte de la madre.
- b) El duelo, viene desde la infancia de Eduardo, ya que desde niño presentas rasgos esquizoides de personalidad, y su madre lo describe como “no era un niño normal, no mostraba ningún tipo de emoción cuando le regalábamos un juguete”, pero esto se ve incrementado cuando Eduardo debuta con la enfermedad. Además de perder al hijo que conocían antes de debutar con la enfermedad también pierden expectativas de logro, por ejemplo, para sus padres es imposible que él consiga un trabajo y que pueda mantenerlo. Para trabajar el duelo es importante crear una relación terapéutica donde ambos puedan hablar de sus sentimientos. Hay que acompañar a la familia en este proceso incluyéndolo como parte normal de la situación que están viviendo.
- c) La rabia, la ira o el enfado del padre, tanto hacia a Eduardo como a su mujer. El matrimonio habitualmente tienen discusiones porque el padre le recrimina a su mujer que “le deja hacer todo lo que quiere”, “nunca le regaña por nada”, “le permite que nos hable mal”. Es necesario trabajar la forma de comunicarse y expresar lo que uno quiere decir sin herir al otro, así como la sobreimplicación de la madre.

Todas estas emociones son el resultado de actitudes y comportamientos que lo que hacen es empeorar la convivencia familiar, aumentando la hostilidad del clima familiar y elevando la probabilidad de una recaída. Para trabajar con estas emociones propongo las siguientes estrategias.

6.2.3.1 Estrategias generales

Como ya he señalado anteriormente, hay que normalizar las emociones que tienen los padres, y que entiendan que por muy intensas que sean son típicas de cualquier familia que tenga que enfrentarse a compartir su vida con un familiar con esquizofrenia. Al normalizarlas se elimina la culpabilidad que pueden experimentar por el mero hecho de

sentir esas emociones y se facilita la identificación de las mismas para poder trabajar y disminuir la intensidad de las mismas. El reconocer que existen y que suponen un problema, ya que desembocan en conflictos, puede ayudar a los familiares a vincularse con el tratamiento, intentando buscar soluciones para solucionar estas situaciones. Es importante que el reconocimiento y expresión de estas emociones no sea utilizado para atacar al cónyuge, esto sólo sirve para aumentar la tensión y los conflictos. Es importante saber expresar lo que uno quiere de una manera constructiva, así se rebaja la tensión emocional y se evita hacer daño a la otra persona.

Cuando en la relación predominan las emociones negativas, puede ser útil tratar a cada uno de los miembros por separado. De esta manera se les permite un espacio donde poder hablar de sus sentimientos a la vez que puede servir para vincularlos, ya que a menudo sienten que no han sido escuchados y que nadie ha tenido en cuenta cómo se sienten.

6.2.3.2 Mejora de la comunicación

En una familia con una alta emoción expresada es habitual que se dé una mala comunicación entre sus miembros. Es posible que haya uno que hable más que el otro. Es importante trabajar esto para que todos se sientan escuchados. En el caso de Eduardo refiere que no se siente comprendido por su familia y que no le escuchan. Hay que trabajar para que la familia aprenda a escuchar estableciendo unas reglas básicas de comunicación. Un buen momento para empezar a trabajarlo y que los miembros de la familia vayan adquiriendo un mayor autocontrol es en las sesiones familiares. Por ejemplo, no pueden hablar los dos a la vez, hay que ser cuidadosos para que la persona que habla más no sienta que se le está interrumpiendo o que no le interesa su discurso. Se puede hacer énfasis en que es muy interesante lo que está contando pero que también me gustaría escuchar la opinión de la otra persona y que tuviera la oportunidad de expresarse al respecto. Con esta regla de comunicación se consigue aumentar el autocontrol de los padres, tanto en lo que se refiere al habla como a la presión emocional que hay detrás, y también se les ayuda a ser más respetuosos los unos con los otros.

Otra forma habitual de comunicación de este tipo de familias es referirse a la otra persona que está delante en tercera persona, por ejemplo, en lugar de decir “eres muy permisiva con Eduardo” el padre de Eduardo puede decir mirándome a mí “es muy permisiva con Eduardo”. En este caso es importante animar al padre para que, en lugar de decírmelo a mí, se lo diga directamente a ella. Además de aprender a tener una comunicación directa es una

forma de suavizar las expresiones de emociones negativas ya que resulta más difícil decir a su mujer “Eres muy permisiva con Eduardo” a decirme a mí “Es muy permisiva con Eduardo”.

Para garantizar una escucha activa se puede invitar al miembro de la familia que está escuchando que repita lo que su cónyuge acaba de decir.

En cuanto a la forma de realizar peticiones a Eduardo hay que trabajar la forma en que se hacen dichas peticiones. Por ejemplo con el tema del dinero, hay bastantes discusiones porque se lo gasta todo en bollos. En lugar de recriminarle que no tiene ni idea de gestionar la economía, que es un irresponsable y que está todo el día comiendo bollos, se le podría invitar a no gastarse todo el dinero en bollos, ya que tienen pensado ir a ver una película al cine (que a Eduardo le encanta ir al cine) y que les encantaría que fuera con ellos, pero si se gasta todo su dinero en bollos no va a poder pagar su entrada para el cine, y los padres tienen dinero para pagar sus entradas pero no la de él. De esta manera se utiliza una forma constructiva para resaltar lo importante que es aprender a gestionar la economía, además los padres le están poniendo un límite, si consigue guardar un dinero para la entrada podrá ir al cine, obteniendo un refuerzo positivo al gestionar bien su economía y teniendo una consecuencia (no ir al cine) en el caso de que no lo haga.

En cuanto al aseo, seguir la misma estrategia de comunicación, en lugar de dar órdenes y cuando no se cumplen recriminar la conducta de Eduardo, hacer hincapié en que lo que le piden es por su bien, lo hacen para cuidarle, utilizar un tono más asertivo, por ejemplo, haciéndole entender que para él puede resultar costoso asearse todos los días y que valoran el esfuerzo que hace por mantenerse aseado, recalcando la importancia del aseo diario. De esta forma también están haciendo comentarios positivos a su hijo algo muy importante para fomentar una relación más sana y constructiva, no sólo destacando lo que hace mal.

6.2.3.3 Connotación positiva

La connotación positiva es una buena manera de recalcar lo positivo que como familia tienen, y es fundamentalmente que a pesar de todo siguen estando unidos y su objetivo primordial es el bienestar del otro.

La connotación positiva es una forma de llegar a descubrir el motivo de una emoción negativa. Por ello cuando alguien emite una crítica hay enfocarlo de tal manera que vea la parte positiva de por qué lo hace. Por ejemplo cuando el padre de Eduardo se enfada y le

recrimina que “es un vago” tiene que entender que lo hace porque le preocupa que no estudie, ni tenga una ocupación que hacer durante el día, en definitiva se está preocupando por su futuro. Es una preocupación que demuestra que su hijo le importa y que quiere ayudarlo, hay que aprender cómo ayudarlo.

6.2.3.4 Resolución de conflictos.

En la resolución de conflictos es necesario trabajar en varios aspectos, tales como la gestión del enfado, establecer unos objetivos consensuados por ambos, así como la forma de conseguirlos.

Una buena forma de empezar a resolver los problemas cotidianos es describiendo cuales son los problemas de dicha convivencia. Hay que hacerlo de una forma conductual, por ejemplo en lugar de decir “es un vago”, operativizar esto en qué es lo que sería conveniente que realizara para colaborar en las tareas domésticas. Es muy importante que ambos estén de acuerdo tanto con estos objetivos, como con la forma de conseguirlos.

Para asegurar que la familia no fracasará en la consecución de estos objetivos es conveniente empezar por problemas de menor envergadura para ir aumentando la dificultad de estos, de este modo es más probable que obtengan un éxito y se reforzará la capacidad de trabajo que tiene la familia. Para gestionar un posible fracaso se puede plantear a la familia como un “experimento” el objetivo a conseguir, por ejemplo:

Teniendo en cuenta los objetivos que os habéis marcado vamos a probar a establecer unos horarios para levantarse y ordenar su cuarto, a ver qué tal funciona. En el caso de que dicho objetivo no se cumpla, hay que trabajar con ellos para que no lo vivan como un fracaso. En lugar de culpabilizarles hay que analizar porque no se ha cumplido para ver los posibles aspectos que hay que modificar reforzando el esfuerzo que están haciendo por conseguir dichos objetivos. Si la familia ha trabajado de una forma correcta y aun así no se han conseguido, se puede plantear en términos como que Eduardo no está preparado para conseguir dicho objetivo en este momento, en lugar de responsabilizar directamente a la familia. Para que la familia sienta que se tiene en cuenta su trabajo y las dificultades y méritos que han tenido en cada sesión se retoma la consecución o no de objetivos, se ve qué ha pasado y cómo se sienten al respecto. A su vez es importante adelantar con la familia las posibles dificultades que se pueden encontrar y las posibles soluciones ante tales dificultades.

6.2.3.5 Trabajar la sobreimplicación

La madre es la que presenta un mayor grado de sobreimplicación, luego es necesario trabajar especialmente con ella sobre este aspecto. Es un tema delicado ya que puede percibir que queremos que se aparte de la vida de su hijo. Hay que trabajar las emociones que surgen ante la posibilidad de ir tomando distancia en la relación madre e hijo, ya que seguramente esta separación le genere angustia y miedo. La relación de Eduardo y su madre se simétrica por lo que es necesario trabajar para reforzar la diferencia intergeneracional de ambos, marcando límites. Eduardo tiene que entender que su madre no puede acceder siempre a sus exigencias. Por ejemplo, el día que tuvimos la entrevista la madre de Eduardo se encontraba mal y no estaba dispuesta para acudir a la cita, pero acudió a dicha cita por la exigencia de Eduardo. Marcar el límite de decidir ella cuando está en disposición o no de acudir a la cita es beneficioso para ambos, ya que ayuda a fomentar una relación asimétrica.

El sentimiento que hay detrás de esta sobreimplicación es un sentimiento de culpa, hay que ser persistente con la madre de Eduardo recalcando lo que vimos en el programa psicoeducativo sobre las causas de la esquizofrenia, en ningún caso es responsabilidad suya que su hijo haya desarrollado la enfermedad. Para la madre de Eduardo, como para cualquier persona que tenga una sobreimplicación con un hijo con enfermedad mental, va a ser un proceso difícil, el padre de Eduardo puede ayudarnos en este proceso ofreciendo su apoyo a su mujer.

La madre tiene miedo a que será de su hijo cuando ellos no estén, piensa que siempre va a necesitar a alguien para poder llevar una vida más o menos normal. Para trabajar esto se puede utilizar la “técnica de comprimir el tiempo”, es decir plantearla qué cosas piensa ella que pueden pasar en un año, en tres y por ejemplo en diez años. Esto además permite trabajar la independencia de Eduardo, es decir, con un buen trabajo terapéutico como el que él está teniendo, es capaz de llevar una vida más o menos normal, tiene unos horarios organizados, su aspecto físico es correcto, se ha empezado a relacionar con compañeros del CATR etc. En esta línea y centrándonos en el presente, hay que trabajar con su madre qué es lo peor que puede pasar si reduce su supervisión. Por ejemplo que es lo peor que puede pasar si en una mañana llama a su hijo en lugar de constantemente, una vez cuando llegue al CATR para desearle buena mañana. Eduardo vive cerca del CATR, no tiene problemas para orientarse y además a la vuelta suele ir acompañado por compañeros que viven cerca de él. Podemos preguntarle qué le parece esta idea, él se queja de que su madre le esté

llamando continuamente. De esta forma por un lado Eduardo va ganando independencia y confianza en sí mismo y por otro, su madre se va distanciando de él. Esto se va generalizando a otros ámbitos, se empieza por cosas que generen menos ansiedad y se va aumentando. Por ejemplo en el caso de la pareja, han perdido espacios para poder disfrutar de tiempo los dos solos. Cuando llega el fin de semana pueden disfrutar de un paseo los dos durante media hora en un primer momento, para ir aumentando el tiempo poco a poco. Esto fomenta la distancia e independencia entre la madre y su hijo y al mismo tiempo permite a la pareja disfrutar de un momento los dos solos, algo muy positivo para la relación tanto de pareja como familiar, al mismo tiempo que Eduardo puede disfrutar también de un tiempo sólo. La estrategia es siempre la misma, es decir, preguntar a la madre de Eduardo que es lo peor que puede pasar porque se quede solo en casa durante media hora. En cualquier situación que se plantee a la madre es importante recalcar que las posibilidades de que pase algo atroz son mínimas y que sin embargo son múltiples los beneficios que tiene el ir tomando distancia con respecto a su hijo, tanto para ella como para él.

Tiene que entender que no puede estar vigilándole las veinticuatro horas del día, que ella necesita cuidarse por ella y para poder ayudarle. Para ello es importante que retome alguna de las actividades que le gusta hacer, sola o con su marido. De esta manera también está ayudando a su hijo a ser más autónomo y a poder llevar una vida más independiente y más normalizada. Aunque tenga una enfermedad su hijo es una persona adulta y hay que tratarle como tal, hay que darle todos los apoyos que necesite pero sin confundir apoyos con un trato infantil, porque entonces se le merma la oportunidad de tener un desarrollo lo más normalizado posible que le garantice una vida lo más autónoma posible. También es importante que respete su intimidad, es decir, si Eduardo considera que no es el momento de que conozca a sus compañeros del CATR hay que respetarlo, y no presionarle para conocerlos. Por un lado él lo percibe como una falta de confianza y por otro como una violación a su intimidad que con su edad merece tener. Hay que trabajar los miedos de la madre para que éstos no se interpongan entre la consecución de objetivos de Eduardo y de la propia familia remarcando las ventajas que tiene relacionarse de una forma más saludable con su hijo, dejándole mayor espacio y autonomía.

6.2.4 Finalización de la terapia

Como toda terapia, la intervención familiar llega a su fin. En ocasiones los familiares pueden sentir miedo porque sienten que se enfrentan de nuevo solos a la situación, es importante recalcar todo lo que han aprendido durante las sesiones familiares, reforzando sus recursos personales y los cambios que han conseguido (en el caso de que así sea). También es bueno establecer un puente para que en caso de que la familia lo necesite sepa que va a contar con el apoyo terapéutico, dejar un número de teléfono es una buena medida para que no sientan que al terminar la terapia nos despedimos para siempre de ellos, pero tienen que confiar en ellos mismos y en la capacidad de afrontar la situación.

La intervención familiar, como todo tipo de intervención, no se termina de repente, conforme la familia va teniendo mejoras se van espaciando las sesiones por ejemplo una sesión al mes. Esta sesión al mes se mantiene el tiempo que sea necesario para garantizar que la familia consiga los objetivos. Hay familias que en nueve meses resuelven sus principales problemas mientras que otras necesitan un período de tiempo mayor, por ejemplo dos años. Como toda intervención, cuanto más corta sea mejor para las familias, hay que tener cuidado de que no creen dependencia con el terapeuta. Llegado el momento de finalizar la terapia hay que recordar todo lo aprendido en dicha terapia a la familia, reforzando aquello que han hecho bien y todo lo que han conseguido, y dejando una puerta abierta para que no sientan que están solos en el afrontamiento de la situación.

7 Anexos

7.1 Anexo 1 Resultados pre y post tratamiento

A continuación expongo los resultados obtenido pre y post tratamiento:

Resultados (inventarios y escalas).

BPRS (Overall y Graham, 1977), es una escala de valoración diseñada para medir la preocupación somática, ansiedad, culpa grandiosidad, aislamiento, depresión, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, enlentecimiento, embotamiento afectivo, contenido inusual del pensamiento, excitación y desorientación. La puntuación total que obtiene en el BPRS es de 42 puntos una puntuación alta que indica la necesidad de intervención. Cabe destacar que los síntomas principales que presenta son los siguientes: preocupación somática (6), Ansiedad (6), aislamiento emocional (3), Estado de ánimo depresivo (4), Hostilidad (4), Suspicion (4) y Afecto aplanado (3).

	Pre	Post	Máxima
Preocupación somática	6	2	9
Ansiedad	6	2	9
Aislamiento emocional	3	1	7
Desorganización conceptual	1	1	7
Sentimientos de culpabilidad	2	1	9
Tensión	1	1	7
Manerismo y posturas corporales extrañas	1	1	7
Grandeza	1	1	9
Estado de ánimo depresivo	4	1	9
Hostilidad	4	1	9
Suspicion	4	3	9

Cta alucinatoria	1	1	9
Retraso motor	1	1	7
No cooperativo	1	1	7
Contenido inusual de pensamiento	1	1	9
Afecto aplanado	3	1	7
Excitación	1	1	7
Desorientación	1	1	9

Como se puede observar en la tabla la puntuación total que obtiene en el BPRS- pretratamiento es de 42 puntos, teniendo los síntomas principales de preocupación somática (6), Ansiedad (6), aislamiento emocional (3), Estado de ánimo depresivo (4), Hostilidad (4), Susplicacia (4) y Afecto aplanado (3).

Tras el tratamiento puede observarse una disminución importante en estas categorías reduciéndose al mínimo todas ellas, salvo la ansiedad que persiste de forma moderada (2), y la categoría de suspicacia que a pesar de verse reducida se mantiene en unos niveles óptimos (3).

Como puede observarse en la tabla anterior Eduardo tuvo una puntuación relativamente alta en los ítems que miden ansiedad y estado de ánimo depresivo, por lo que se toma la decisión de evaluar estas categorías de forma más exhaustiva. Para ello se pasan el BDI y el STAI obteniendo los siguientes resultados:

	PRE	POST
BDI	14	9
STAI	Ans. Rasgo= 14	Ans. Rasgo = 11
	Ans. Estado = 10	Ans. Estado = 8

Como puede observarse en la tabla los resultados obtenidos no son significativos, a pesar de que en el BDI estaría rozando una depresión moderada. Sin embargo cabe destacar como, a pesar de no obtener puntuaciones significativas, Eduardo obtiene una puntuación

mayor en ansiedad rasgo que en ansiedad estado lo cual revela la importancia de trabajar con él técnicas de relajación. Cabe destacar que a pesar de no tener resultados significativos tanto en el BDI como en el STAI dichos resultados son aún menores después del tratamiento

EVDP se trata de una escala que valora el desempeño psicosocial del sujeto, permitiendo la valorar las áreas donde el paciente necesita intervención. Se divide en seis ejes y la puntuación que ha obtenido en cada uno de ellos es la siguiente: EJE I (Capacidad de autocuidados) 14, EJE II (Afrontamiento) 10, EJE III (Autonomía) 22, EJE IV (Capacidad laboral) 6, EJE V (Aspectos clínicos) 5 y por último el EJE VI (Soportes) 14. La puntuación global es de 71 mostrando la necesidad de intervención ya que el desempeño psicosocial del paciente está dañado.

			PRE	PUN.TOTAL DEL EJE	POST	PUN.TOTAL DEL EJE	PUNT. MÁXIMA
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADOS	AUTOCUIDADOS	HIGIENE PERSONAL	2	14	0	1	24
		VESTIDO	2		0		
		ALIMENTACIÓN	3		0		
	HÁBITOS DE VIDA	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	2		0		
		HÁBITOS DE SUEÑO	4		1		
		CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS	1		0		
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	AUTOCONTROL	4	1				
	HABILIDADES SOCIALES	1	0				
	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	3	1				

AFRONTAMIENTO	CAPACIDADES COGNITIVAS	HABILIDADES COGNITIVAS BÁSICAS	1	10	1	4	24
		PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	0		0		
		CAPACIDAD DE APRENDIZAJE	1		1		
AUTONOMÍA	AUTONOMÍA BÁSICA	MANEJO DE DINERO	4	22	1	5	28
		MANEJO DE TRANSPORTES	4		1		
		MANEJO DEL ENTORNO	2		1		
		CONOCIMIENTOS EDUC. BÁSICOS	0		0		
	AUTONOMIA SOCIAL	CAPACIDAD DE GESTIÓN	4		1		
		MANEJO DE RECURSOS SOCIALES	4		1		
MANEJO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE		4	0				
CAPACIDAD LABORAL	SITUACIÓN LABORAL		4	6	4	5	12
	CAPACIDAD LABORAL		2		1		
	MOTIVACIÓN LABORAL		0		0		
ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		2	5	0	1	16
	RESPONSABILIDAD ANTE EL TRATAMIENTO		0		0		
	RESPUESTAS AL TRATAMIENTO		0		0		
	EFECTOS SECUNDARIOS		3		1		
	ACTIVIDAD PRINCIPAL		3		2		

SOPORTES SOCIALES (RED DE APOYO)	SOPORTE FAMILIAR	0	14	0	7	24
	RED DE APOYO SOCIAL	4		1		
	AUTONOMÍA ECONÓMICA	2		1		
	SOPORTE RESIDENCIAL	1		1		
	INSERCIÓN EN RECURSOS SOCIALES	4		2		

8 Referencias

Vallejo, M.A (2012). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid Dykinson.

Pérez, M., Fernández, J.R, ; Fernández, C. y Amigo, I (2010) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.

Pastor. A., Blanco. A., Navarro. D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid : Síntesis.

Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación española de neuropsiquiatría. Madrid.

Anderson, C., Reiss,D. y Hogarty,G. (1988). *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)*. Barcelona Amorrortu.

Kuipers,E., Leff,J. y Lam,D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica del trabajo con familias*. Barcelona: Paidós.

Touriño,R., Inglott,R., Baena, E. y Fernández,J. (2007) *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.

Casanova-Rodas, Leticia; Rascón-Gasca, María Luisa; Alcántara-Chabelas, Humberto; Soriano-Rodríguez, Alejandra (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental, Vol. 37(5)*.

Terrassa Blázquez, Beatriz; Pérez Pareja, Francisco Javier; Palmer Pol, Alfonso (2002). Ansiedad en familiares de esquizofrénicos: eficacia de un programa de intervención familiar. *Revista Ansiedad y Estrés, Vol. 8 (2-3)*.

Glynn, Shirley M. RET (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de Toxicomanías*