

# La Esquizofrenia desde la visión Multidisciplinar

---

**Autor/a:** Sara María Torres Hernández

**Tutor/a:** D. Juan Manuel Herrera Hernández

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas Sociales y de la Comunicación

Julio de 2018

## **Resumen**

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo conocer como desempeñan su labor los/as diversos/as profesionales que trabajan con personas que sufren un trastorno mental, más concretamente la esquizofrenia.

Para poder abordar este tema, se entrevistaron a 8 profesionales de la Asociación Tinerfeña en Lucha por la Salud Mental (ATELSAM), donde se trataron, por medio de la entrevista individual, aspectos como las características de los/as usuarios/as, las distorsiones cognitivas que manifiestan, si existen diferencia entre la sintomatología de los hombres respecto a las mujeres, las habilidades con las que deben contar como profesionales, las estrategias y herramientas que emplean para que las intervenciones sean lo más eficientes posibles, las dificultades que encuentran durante la intervención, cómo conciliar la vida laboral y familiar o cómo trabajan la frustración y el agotamiento, entre otros muchos aspectos.

Los resultados muestran una mayor predominancia de hombres respecto a mujeres en los distintos recursos y servicios, en la adultez madura y la vejez, las habilidades, estrategias y herramientas fundamentales en la intervención con este colectivo, y con cualquier otro, como la voluntad, la empatía, la escucha activa, el trabajo en equipo,... las diversas dificultades a afrontar durante la intervención (motivación, adherencia al tratamiento,...), como trabajar con la frustración y el agotamiento (ejercicio, ocio,...), entre otras muchas.

Estos resultados muestran una visión distinta de la enfermedad, desde un punto más profesionalizado, partiendo de la experiencia de las personas, que cada día, intervienen con este colectivo.

. **Palabras clave:** Esquizofrenia, calidad de vida, estigma social, salud mental e intervención profesional.

## **Abstract**

The present project of investigation has with objective know how perform his work the professionals that working with persons that suffer mental disorder, more concretely schizophrenia.

To be able to address this issue, 8 professionals the Asociación Tinerfeña en Lucha por la Salud Mental (ATELSAM) were interviewed, when were treated, through the individual interview, aspects as the characteristics of the users, the cognitive disasters that manifest, if there are differences between the symptomatology of the men respect to woman, the skills that should have the professionals, the strategies and tools they employ to make interventions as efficient as possible, the difficulties they find during the intervention, how do they conciliate work and family life or how they work the frustration and exhaustion, among many others.

The results show a greater predominance of men with respect to women in the different resources and services, in mature adulthood and old age, the skills, the fundamental strategies and tools in the intervention with this group, and with any other, such as the will, the empathy, active listening, teamwork, ... the various difficulties faced during the intervention (motivation, adherence to treatment, ...), how to work with frustration and exhaustion (exercise, leisure, ...), among many others.

These results, show a different vision of the disease, from a more professionalized point, based on the experience of the people, that every day, intervene with this group.

**Keywords:** Schizophrenia, quality of life, social stigma, mental health and professional intervention.

## Índice:

<b>Presentación</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	3
<b>1.1.- La esquizofrenia</b> .....	3
<b>1.2.- Perfil de la persona con esquizofrenia</b> .....	3
<b>1.3.- Etiología y factores de riesgo</b> .....	5
<b>1.4.- Incidencia y Prevalencia de la esquizofrenia</b> .....	7
<b>1.5.- Calidad de vida</b> .....	7
<b>1.6.- Estigma social</b> .....	9
<b>1.7.- Salud mental en la actualidad</b> .....	10
<b>1.8.- Intervención profesional</b> .....	12
<b>2.- Método</b> .....	17
<b>2.1- Objetivos</b> .....	17
<b>2.1.1.- Objetivo General</b> .....	17
<b>2.1.2.- Objetivos Específicos</b> .....	17
<b>2.2. Tipo de estudio</b> .....	17
<b>2.3.- Técnica e Instrumento</b> .....	17
<b>2.4.- Participantes (muestra)</b> .....	18
<b>2.5.- Procedimiento de análisis</b> .....	19
<b>3.- Resultados</b> .....	20
<b>4.- Discusión</b> .....	29
<b>5.- Conclusiones</b> .....	36

<b>Referencias</b> .....	39
<b>Anexos</b> .....	43
<b>Anexo 1: Entrevista</b> .....	43

## **Presentación**

Este documento, denominado trabajo fin de grado, es una de las exigencias académicas para obtener el Grado de Trabajo Social. El objetivo del estudio ha sido conocer cómo trabajan los/as profesionales con personas que sufren un trastorno mental como es la esquizofrenia, analizando aspectos como las habilidades necesarias para poder intervenir con ellos/as, las estrategias para conseguir que se comuniquen y expresen, dificultades a las que se enfrentan, entre otros muchos.

El motivo de realizar este estudio es poder conocer mejor cómo se trabaja con un colectivo tan sensible, como son las personas con esquizofrenia, y cuáles son los retos que afrontan los/as profesionales durante la intervención. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más comunes y desconocidas dentro de los trastornos mentales, son múltiples las causas por las que puede surgir, esto se suma a un amplio abanico de síntomas que se manifiesta en cada uno/a de forma distinta, además es una enfermedad que hasta el momento no tiene cura, ni se prevé la existencia de una a corto plazo, convirtiéndose en un problema irreparable, con el que estas personas y sus familias deben aprender a vivir y lidiar, y que les afecta en múltiples aspectos de su vida y en el desarrollo de las habilidades sociales necesarias. Por si esto no fue poco, esta enfermedad está cargada de una alta estigmatización social, tachando a la persona de estar loca, sometiéndola a un constante desprecio, que afecta a su autoestima y que deja una herida muy difícil de reparar.

El estudio se ha centrado en los profesionales y las profesionales de la asociación ATELSAM, situada en Santa Cruz de Tenerife, esta se realizó durante los meses de mayo y junio del año 2018. Para su elaboración, se realizaron entrevistas individuales a los/as distintos/as profesionales que intervienen con personas con esquizofrenia, y se analizaron diversos aspectos: cómo iniciar el primer contacto, cómo los/as motivan,...

El primer apartado a tratar será la introducción, donde se recogerán los aspectos más importantes sobre esta problemática, que consta de las siguientes partes: el concepto de esquizofrenia y su evolución en el tiempo, el perfil de la persona con esquizofrenia, la etiología y los factores de riesgo, la incidencia y la prevalencia, calidad de vida, el estigma social, la salud mental en la actualidad y la intervención profesional.

El segundo apartado está compuesto por el método del proyecto, que incluye los objetivos generales y específicos, que son la base que fundamenta el proyecto y sirven como guía durante las entrevistas, el tipo de estudio, la técnica e instrumento empleados para adquirir los datos necesarios, los/as participantes y el procedimiento de análisis de los datos obtenidos.

El tercer apartado consiste en cuáles son los resultados obtenidos tras la elaboración de las entrevistas, se realizará una puesta en común de las diversas respuestas obtenidas por los/as profesionales.

El cuarto apartado es la discusión, donde se elaborará una interpretación de los resultados obtenidos y se compararán con los aspectos teóricos observados en un inicio.

El quinto y último apartado es la conclusión, donde se abordarán los aspectos más importantes observados durante todo el proyecto, si los objetivos planteados inicialmente se cumplieron y las propuestas de mejora del estudio.

## **Introducción**

Para comenzar, se abordaran diversos aspectos relacionados con la esquizofrenia, como son: el concepto de esquizofrenia y su evolución en el tiempo, algunos de los factores que la provocan, el perfil, los datos respecto a la incidencia y la prevalencia, la calidad de vida y el estigma social de la enfermedad, la situación actual de la salud mental y la intervención profesional.

### **1.1.- La esquizofrenia**

Una de las grandes particularidades sobre la esquizofrenia es el gran desconocimiento que hay respecto a todo lo que engloba al trastorno. El primer abordaje sobre la esquizofrenia lo hizo el francés Bénédict Morel, a mediados del siglo XIX, con la denominación de “*démence précoce*”, mientras que en Escocia, Clouston la denominó “*locura adolescente*”, a causa de la gran cantidad de jóvenes que manifestaban la enfermedad (Jablensky, 2010). Sin embargo, tras unos años, la denominación que estos autores le habían dado paso a considerarse imprecisa, por lo que, en 1911, Bleuler la nombro como esquizofrenia, o más concretamente, esquizofrenias en plural. La palabra esquizofrenia proviene del griego, la primera parte del término –esquizo significa “escindir” y –frenia significa “mente”, por tanto, el significado literal es el escindir de la mente respecto a la realidad (Abeleira, 2012). Una definición más precisa es la aportada por DSM-IV (citado en Abeleira, 2012), según el cual, es un “trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos), y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia)” y deben imposibilitar el correcto funcionamiento de la vida cotidiana de la persona.

### **1.2.- Perfil de la persona con esquizofrenia**

La esquizofrenia es la gran desconocida dentro de los trastornos mentales, está afecta aproximadamente a 1% de la población (Pérez, 2013), no se sabe qué lo causa, dificultando



así, el estipular un perfil determinado, si bien, existen algunos aspectos que hacen que las personas tengan una mayor predisposición, estos son:

La edad a la que comienza la enfermedad, según los distintos estudios y autores/as que abordan el tema, se asemejan bastante, además todos hacen una diferenciación a la edad en la que se manifiestan los síntomas entre hombres y mujeres. El DSM-5 (2014), habla de que los primeros síntomas de la enfermedad aparecen durante la adolescencia tardía y/o la mitad de los treinta años, siendo menos frecuente que esta comience antes de la adolescencia. Además, especifica que en el caso de los hombres la enfermedad debuta a partir de la primera mitad de los veinte años y que en las mujeres es a finales de la veintena. Datos similares son los que aporta Johnstone (1991, citado en Pozueco, 2011), que determina que el promedio de edad a la que comienza la enfermedad en las mujeres es a los 30 años y en los hombres a los 25 años. Otros/as autores/as estipulan una distancia un poco mayor respecto al inicio de la enfermedad, como es el caso de Moreno, Jiménez, Godoy, Torres y Pérez (2002, citado en Salavera, Gost y Antoñanzas, 2010), que consideraban que la enfermedad se inicia entre los 15 y 45 años, y de forma menos frecuente en la infancia. Independientemente de la elección se puede apreciar que la enfermedad se inicia cuando las persona aún es muy joven y se ve sometida a una enfermedad que les acompañara el resto de sus vidas, con las consecuencias que esto pueda contraer para su calidad de vida y la gran carga social de padecerla.

En lo que se refiere a la sintomatología, se han realizado diversos estudios y los resultados han sido bastante contradictorios. Algunos/as autores/as como Gándara y Jiménez (2000, citado en Molina, y otros, 2008), Goldstein y otros. (1990, citado en Usall, 2003) y McGlashan y Bardenstei (1990), consideraban que si existía una diferencia significativa, entre los síntomas que manifiestan las mujeres respecto a los hombres y viceversa, por ejemplo, las mujeres tienen mayor predisposición a conductas autodestructivas, mayor ansiedad, afecto inapropiado, disforias e ideas delirantes y los hombres a conductas

antisociales, mayor riesgo de suicidio y de consumo de sustancias. Por otro lado, está el estudio llevado a cabo por Usall, Araya, Ochoa, Busquets, Gost y Marquez (2001), en el que se mostraba que no existían diferencias significativas entre los síntomas que manifiestan las mujeres respecto a los hombres, tanto a nivel global como por escalas separadas.

### **1.3.- Etiología y factores de riesgo**

Qué causa la esquizofrenia es una de las mayores dudas a resolver hoy en día respecto a este trastorno, si bien, se han estipulado una serie de factores que pueden facilitar la aparición de esta enfermedad, no existe nada concreto aun, estos factores son:

Factores ambientales (estilo de vida, lazos familiares, estado psicológico y emocional,...); son los que tienen mayor peso y engloba: el lugar en el que se cría la persona y sus relaciones con los demás y el entorno (Abeleira, 2012). Según Pérez (2013), la diversidad de los factores ambientales ha llevado a que se estipulen una serie de hipótesis y que se hayan estudiado diversas variables que influyen en mayor o menor medida en su aparición, varias de las hipótesis planteadas son:

- Hipótesis de la infección viral: esta determina que la sobreexposición a agentes infecciosos durante un periodo concreto del desarrollo embrionario podría afectar al sistema nervioso y tener como resultado la enfermedad.
- Hipótesis diátesis-estrés: según la cual, la enfermedad tiene lugar porque la persona es vulnerable a ella.
- Hipótesis de un virus o cambio dietético: relacionado con el periodo de gestación, que lleva a que los niños y niñas nacidos en primavera o verano tengan mayor probabilidad de sufrir un trastorno psicológico como la esquizofrenia (Campero, Campos y Campero, 2009).

Además, dentro de los factores ambientales se encuentra el consumo de sustancias. Westermeyer (2006, citado en García y Pérez, 2011), determinó que existía una coincidencia

entre quienes sufrían de esquizofrenia y un trastorno por consumo de sustancias, datos que se han incrementado en los últimos años. Por su parte, Campero, Campos y Camperos (2009), estipularon que gran parte de las personas esquizofrénicas consumían alcohol, cannabis y/o cigarrillos. Volkow, en 2011, determinó que en los pacientes vulnerables el consumo de la cocaína desencadenaba la aparición de la esquizofrenia. Además, en el caso de pacientes psicóticos el consumo puede ensombrecer el pronóstico, reagudizando los síntomas, provocando complicaciones médicas, desajustes sociales y un alto incremento del gasto social (Dixon, 1999 citado en Tiffon, 2009).

Los factores genéticos no son determinantes para que una persona padezca la enfermedad al cien por cien, pero si influyen en su aparición (Abeleira, 2012), se debe combinar con numerosos factores ambientales. En gemelos/as monocigóticos la probabilidad de que un hermano/a sea diagnosticado/a con esquizofrenia si la padece el otro/a oscila entre 11-28%, mientras que en mellizos/as o gemelos/as dicigóticos es de 2-5% (Pérez, 2013). Otra teoría es la propuesta por Pérez (2013), según el cual, el condicionamiento genético de padecer esquizofrenia no depende de un solo gen, sino de la combinación de varios genes mutados, donde cada uno tiene un impacto sobre una variante concreta de la enfermedad.

El factor de personalidad a pesar de no ser considerado un factor decisivo, presenta cierta predisposición en aquellas personas con un déficit sobre las habilidades sociales, comportamientos más individuales y conductas más esquizoides (Abeleira, 2012). Freud estipula que los síntomas de esta enfermedad son resultado de un “yo defectuoso” y Harry Stack se apoyaba en las dificultades interpersonales tempranas, en especial relacionados con cuidados maternos defectuosos (Campero, Campos y Campero, 2009).

Las alteraciones bioquímicas: se basa en la hipótesis dopaminérgica, que lo justifica en una excesiva actividad de neuro-trasmisores, de los cuales, surgen diversos síntomas. Además, se disminuyen las inter-neuronas de la inhibición y se dificulta la conexión de

algunas neuronas entre sí, lo que afecta a la conexión sináptica (Campero, Campos y Campero, 2009).

#### **1.4.- Incidencia y Prevalencia de la esquizofrenia**

En lo referido a los datos sobre la incidencia y la prevalencia de la enfermedad se han apreciado los siguientes resultados:

Los datos sobre la incidencia de la esquizofrenia, es decir, el riesgo de padecer esta enfermedad, se estiman aproximadamente entre el 0,5% y el 2% según Frith y Cahill, (1995, citado en Pozueco, 2011). Esto supone que aproximadamente 20 millones de personas en el mundo sufren de esquizofrenia y situando la incidencia anual en cada 2-4 por 10.000 de la población, por sexo supone un 0,84 por 10.000 en el caso de los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres (Aragón, 2014).

Si bien, a pesar de que los datos de incidencia son altos los de prevalencia son 10 veces superiores según lo estipulado por la OMS (1990, citado en Pozueco, 2011). Los últimos datos respecto a la prevalencia de la esquizofrenia la sitúan entre el 0,3 y 0,7%, estos pueden cambiar en función de variables como la raza/étnica, sexo y país e inmigración, ejemplo de ello, es que por cada hombre enfermo existen dos mujeres con esquizofrenia (García Andrade, 1993, p. 207, citado en Pozueco, 2011).

#### **1.5.- Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud (1980, citado en Dois, Contreras, Arechabala, y Urrutia, 2007); define la calidad de vida como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses". En pleno siglo XXI, contar con una buena calidad de vida se considera una de las cuestiones más fundamentales para el correcto funcionamiento del ser humano. Cuando se tiene un trastorno psicológico, como es el caso de la esquizofrenia, se producen déficit en ciertas áreas y esto

tiene como resultado un empeoramiento en la calidad de vida. Además, hay que tener en cuenta que la enfermedad debuta a edades tempranas y que las personas diagnosticadas viven durante muchos años con las consiguientes afecciones en su vida cotidiana. Esta enfermedad afecta al funcionamiento psicosocial, social y comunitario y a las habilidades empáticas, a la influencia y la relación de estas alteraciones se unen otras variables como la sintomatología clínica o el rendimiento neuro-cognitivo. El problema viene de la inexistencia de herramientas e instrumentos adecuados para medir estos datos, así como, de la falta de estudios que trabajen con esta información.

En el estudio elaborado por Martín, Secades, López, y Tirapu (2017), se observó la existencia de relaciones entre empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva y sintomatología clínica en personas con esquizofrenia. En este, se presentaron diferencias relevantes en función del nivel de gravedad del cuadro clínico, por ejemplo, se observó que una mayor angustia personal y fantasía se relacionaba con una peor percepción de la cognición social y una menor satisfacción con la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el ambiente que rodea a la persona. En lo que se refiere a la relación entre la empatía y la cognición social, se observó que a mayor angustia personal y fantasía la cognición social era menor.

Es necesario salir del enfoque basado únicamente en lo psicopatológico, y tener en cuenta, cuales son las necesidades que se ven insatisfechas, tanto de la persona que tiene la enfermedad, como en su familia y en definitiva en la comunidad a la que pertenece. Todo ello, deja de manifiesto la importancia de educar a las personas con esquizofrenia, a sus familiares y la comunidad en general para favorecer la introspección de la enfermedad, como estrategia para prevenir posibles recaídas y enfatizar los logros, que se conozcan las medidas farmacológicas y no farmacológicas necesarias y lograr eliminar el estigma, con el objetivo

final de que las personas alcancen su autonomía y logren integrarse en la sociedad (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga, y Correa, 2016).

### **1.6.- Estigma social**

Al igual que en la calidad de vida, existen pocos estudios que valoren el estigma social al que se somete a las personas con esquizofrenia, ya que, se considera que no se puede valorar, a causa del deterioro cognitivo que produce la enfermedad (Ochoa, y otros, 2011), si bien, es indiscutible su existencia y que este estigma se manifiesta de diversas formas, afectando negativamente a quien lo sufre.

Los medios de comunicación son una de las mayores fuentes información para la sociedad, en especial sobre los trastornos mentales. Estos transmiten unas ideas y lenguajes erróneos respecto a la esquizofrenia, perpetuando y reforzando el estigma social y los estereotipos existentes de la misma. Los reportajes que tratan falsos mitos de las enfermedades mentales ponen énfasis en la disfunción social de este colectivo, asociando las enfermedades mentales con la violencia, también hay que tener en cuenta la utilización imprecisa o metafórica de algunos términos. Además, existen políticas y legislaciones que enfatizan la idea de peligrosidad, centrándose en el control y la concentración y no en la recuperación y la vida comunitaria de este colectivo (Pérez, y otros, 2015).

La percepción negativa que existe sobre las personas con esquizofrenia es resultado del desconocimiento y la falta de información sobre esta enfermedad, creyendo que son personas raras, débiles, vagas, improductivas, etc,... lo que puede dar como resultado un alto sentimiento de culpabilidad, además de ser una de las causas que provoca su cronicidad, dificultado e incluso impidiendo la posibilidad de rehabilitación (Ochoa, y otros, 2011).

Según Morales, Alvarado, Calvo, Contreras y Raventós (2012), la clasificación que se hace sobre los trastornos mentales está basada en los países desarrollados, lo que, puede llevar a un diagnóstico inadecuado, si no se tiene en cuenta aspectos como la cultura y las

características de cada persona, resultado de los cambios que se producen en las conductas del ser humano, la época y cultura en la que se vive.

En la familia, también aparecen una serie de prejuicios a causa de la enfermedad, como son la vergüenza y el secretismo, que están ligados al sentimiento de culpabilidad. El estigma está muy relacionado con el impacto emocional, ya que, se internalizan los valores negativos que transmiten las otras personas, los cuales, se acrecientan cuando vienen de mano de la propia familia, y a su vez, es una de las causas de que se produzca secretismo por parte de quien lo padece (Ochoa, y otros, 2011).

La estigmatización, no solo afecta a nivel emocional, sino que también les perjudica a nivel laboral. El estudio realizado por Cavieres y Valdebenito (2005), trataba sobre la situación laboral de personas con esquizofrenia y mostró que “quienes trabajan y lo hacen de forma independiente, consiguen mejores rendimientos en las pruebas de memoria auditiva, concentración y memoria de trabajo”, además, descubrieron que el rendimiento cognitivo, en su mayoría, no influía al nivel educativo.

Esta estigmatización trae graves consecuencias negativas como son el rechazo social, lo que puede provocar que la persona niegue o minimice los síntomas que padece, que se aíslen y/o que abandonen el tratamiento, (Pérez, y otros, 2015), la desadaptación social, bajada de autoestima, depresión, un aumento de la carga familiar y pérdida de roles sociales. Las personas con esquizofrenia suelen creer lo que dice la sociedad sobre ellos/as, lo que les produce un alto sentimiento de culpa (Ochoa, y otros, 2011).

### **1.7.- Salud mental en la actualidad**

El concepto sobre la salud ha tenido importante evolución con el paso del tiempo, pasando de una visión restringida, a una más amplia y compleja, donde además de tener en cuenta la enfermedad, también se incluyen los factores biológicos, psicológicos y sociales que la rodean. Esto supone una mejora, no solo para las personas que sufren un trastorno mental,

sino también, para aquellos/as profesionales que trabajan con ellos/as, consiguiendo una visión más humanizadora de este tipo de enfermedades y permitiendo obtener una mayor comprensión de las mismas, como es el caso de la esquizofrenia, lo que es sumamente importante y necesario, si se tiene en cuenta la escases de recursos existentes actualmente (Martínez, 1994). Esta concepción teórica, si bien ha sido de gran ayuda, todavía no está arraigada dentro de la sociedad, resultado probablemente, de la cultura actual (Rosentreter, 2006).

A nivel disciplinar, se han conseguido mejoras dentro de la psicología y la psiquiatría, ya reconocidas como especialidades clínicas, si bien, aún se necesitan avances sobre la fundamentación teórica, en especial en la elaboración de una epistemología psicopatológica, que permita comprender mejor la forma bio-psicosocial de los trastornos del comportamiento humano. Son numerosos los paradigmas que tratan sobre la naturaleza de los trastornos mentales y su posible clasificación, dificultando el entendimiento y la comunicación multidisciplinar, por lo cual, ha sido necesaria la elaboración de clasificaciones a-teóricas, que son un lenguaje común donde se agrupan síntomas, resultado del consenso, basado en criterios de inclusión y exclusión. Si se deja de lado el ámbito de la subjetividad, y la gran influencia que tienen los aspectos sociales, nunca se comprenderán en plenitud las enfermedades psíquicas. Estas descripciones a-teóricas, no serían posibles si no estuvieran acompañadas de las vivencias subjetivas y las conductas de las personas, lo que, permite la interpretación de las construcciones teóricas y por tanto, la clasificación (Potestad y Zuazu, 2003).

Uno de los grandes problemas que debe enfrentar el sistema de salud, es que este está enfocado erróneamente a la hora de trabajar con este colectivo, puesto que, se centra en atender momentos de crisis agudas, y no, en el trascurso cotidiano o día a día, incluyendo aspectos como el acceso a los derechos básicos, lo que, pone en riesgo su calidad de vida (Rodríguez, 2010).



## **1.8.- Intervención profesional**

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad mental, como es la esquizofrenia, se marca un punto de inflexión, tanto en su vida como en la de quienes le/la rodean. Entre las características de esta enfermedad está la gran disparidad de síntomas que manifiesta cada persona, por ello, es de suma importancia que reciban un tratamiento farmacológico adaptado a sus necesidades, complementado con un tratamiento psicológico y social que integre pautas de intervención familiar-social (Sanjuán, 2016).

La esquizofrenia es conocida por el déficit social masivo que provoca, afectando tanto a las relaciones interpersonales y afectivas como a las propias conductas de la persona (Gil y León, 1998), lo que, a su vez lleva a una mayor estigmatización de este colectivo al que suelen llegar a tachar de sufrir locura. Por ello, desde la intervención profesional se debe proporcionar apoyo y potenciar y/o entrenar las habilidades sociales afectadas, y a su vez, crear un vínculo entre el profesional y/o la profesional con la persona, siendo este uno de los factores más relevantes para poder predecir la efectividad de la terapia (Sanjuán, 2016).

Son diversas las dificultades a las que deben enfrentarse los/as profesionales que trabajan con personas con esquizofrenia. Una de las más comunes es que la persona niegue los síntomas o el sufrir la enfermedad por miedo al qué dirán, lo que está altamente relacionado con el estigma social comentado anteriormente, también se corre el riesgo de que cuestionen el tratamiento o al/la terapeuta, saber hasta cuándo intervenir, o como dejar claro los límites a los que se pueden llegar, entre otros (Labrador, 2011). A estas se suman las propias prácticas inapropiadas por parte del/la profesional durante su intervención, como pueden ser el tener un deseo de poder sobre la persona, realizar auto-terapia, intelectualizar la relación con la persona, ironizar ante el problema que tiene o sobre ella/el, preguntar demasiado, acelerar el proceso terapéutico de manera indebida, trabajar buscando el aprecio y/o la valoración del usuario o usuaria, que los objetivos que se establezcan sean contradictorios, estados

emocionales que puedan perturbar la relación profesional, que se ignoren aquellos aspectos que la persona considere importante y que le puedan causar dolor, dar consejos de manera prematura y/o cuando no se han solicitado y que los mensajes no sean consistentes o sean vagos (Herrera, 2016).

A su vez, el/la profesional que interviene con este tipo de colectivos, no solo deben contar con formación teórico/técnica, sino además, con una serie de competencias socio-profesionales, esenciales en el trato con las personas y que les son de gran utilidad durante la atención e intervención profesional, como son: la motivación, la autoconfianza, la paciencia, la autocrítica, el control del estrés, la responsabilidad, la autonomía, la capacidad de toma de decisiones, el altruismo, entre otras muchas, (Bisquerra y Pérez, 2007), siendo la escucha activa y la empatía las dos capacidades más destacadas por los diversos manuales y libros que tratan sobre los trastornos mentales, como el de *“Situaciones difíciles en terapia”* o el de *“¿Tratar la mente o tratar el cerebro?”*.

Para facilitar en la medida de lo posible la intervención profesional, estos/as cuentan no solamente con una extensa bibliografía, sino además, con una serie de guías que permiten establecer las pautas más adecuadas a la hora de trabajar con este colectivo. Entre dichas guías están *“Guía de Derechos en Salud Mental. No hay recuperación sin derechos”* del año 2017, la *“Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental”*, y la *“Guía de Buenas Prácticas en Intervención por personas con Enfermedad Mental”*, del año 2016, propuestas por la Confederación Salud Mental España.

Complementario a todos estos conocimientos se suman una serie de estrategias, técnicas, programas y modelos terapéuticos que favorecen la intervención profesional. Entre los programas se encuentran:

Los *Programas Psico-educativos*, que permiten que la persona conozca mejor la enfermedad y adquiera conciencia de la misma, así como, de los factores de riesgo, la adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial y las maneras de prevenir y evitar posibles recaídas, este tipo de programas se pueden hacer tanto a nivel individual como grupal, y van dirigidos a la persona que tiene esquizofrenia y a sus familiares (Sanjuán, 2016). Los *Programas de Rehabilitación Psicomotriz*, estos tratan de trabajar la actividad motriz de las personas con esquizofrenia, tanto a nivel global (equilibrio, coordinación, ritmo,...) y específico (combatir la anhedonia y el apragmatismo), con el objetivo de mejorar aspectos personales y sociales de la persona, a través del ejercicio físico. Los *Programas de Habilidades Sociales* que buscan incrementar las competencias interpersonales, trabajando aspectos como la mirada, el tono de voz, la fluidez verbal, el contenido de la conversación, la duración, entre otros. Los *Programas de Rehabilitación Cognitiva*, las enfermedades mentales como la esquizofrenia se caracterizan por contar con un alto deterioro cognitivo, por ello, es necesario entrenar las habilidades básicas sobre la atención-percepción y las habilidades cognitivas, trabajando aspectos como la atención, concentración, percepción, razonamiento activo, análisis de errores, resolución de problemas, etc,... Los *Programas de Rehabilitación Socio-Afectiva*, estos trabajan tanto la focalización sensorial y como vivencial, se emplean en especial para aquellos pacientes que presenten un alto deterioro y regresión, este tipo de programas buscan que las personas, a través de ejercicios se pongan en contacto con su propio cuerpo, las sensaciones que esto les evoca, que analicen experiencias, situaciones, vivencias,... que hayan tenido. Los *Programas de Auto-Higiene* que están dirigidos a personas con un alto deterioro psicosocial, donde uno de los aspectos que más suele sufrir es el auto-cuidado, afectando no solo a la higiene, sino también a la salud, por ello realizan actividades, que potencian de manera directa la importancia del auto-cuidado y la higiene y de manera indirecta la autoestima de la persona (Torres, 1997)

Existen diversos modelos de terapia a emplear como son las terapias en habilidades sociales, que se focalizan en potenciar y recuperar las habilidades sociales que se han visto afectadas tras la enfermedad. Las terapias orientadas hacia los problemas, mediante las que la persona afronta eso que le atemoriza y aprende a sobrellevar ese aspecto de su vida, comenzando con objetivos razonables que puedan alcanzarse periódicamente, y de los cuales, obtenga una recompensa. La terapia familiar que se emplea para que los miembros que componen la familia sean conscientes de la enfermedad que sufre la persona y de la importancia que tiene su apoyo, controlando la expresividad emocional negativa y potenciando la positiva, además, también sirven como espacios de descarga emocional. La terapia de grupo que son útiles para realizar un tipo de terapia concreta y beneficiarse de las experiencias compartidas, estas pueden ser tanto para los pacientes como para sus familiares, buscan reducir los estigmas asociados a la psicosis en general y a la esquizofrenia en particular (Sanjuán, 2016). La terapia ocupacional, que trata no solo de desarrollar la atención y concentración en las tareas, sino además fomenta el desarrollo de las propias capacidades y de adquirir nuevos aprendizajes, por medio, de talleres de manualidades, plástica,... (Torres, 1997) Otras terapias existentes son la psicodinámica, la de apoyo, la rehabilitación vocacional, cuyo objetivo es reducir el déficit cognoscitivo y fomentar la búsqueda y encuentro de empleo y la terapia cognoscitiva y comportamental, que busca reducir la intensidad de los delirios, de las alucinaciones y promover que participen activamente (Campero, Campos y Campero, 2009).

En la intervención se emplean una serie de técnicas y estrategias básicas, entre las que se encuentran el rol-playing, la normalización y la sensibilización ante los síntomas que padece la persona y que le preocupan, el control de estímulos, el procesamiento de la información (Sanjuán, 2016), los feedbacks, el disco rayado, la escucha activa, definir roles, el reconocimiento de las emociones, las técnicas de relajación física y psicológica para controlar los niveles de activación como la relajación progresiva, yoga, respiración diafragmática,

meditación,... (Labrador, 2011), además, están las estrategias de creación de relaciones y de evaluación de problemas, las estrategias deductivas, inductivas e interactivas (Navarro, 2004), las estrategias de generalización y de mantenimiento, entre otras muchas (Gil y León, 1998).

En definitiva, partiendo de la información recogida, esta investigación busca conocer como es la intervención de los/as profesionales, las mayores dificultades a afrontar y qué supone trabajar con este colectivo.

## **2.- Método**

En este apartado se tratarán los objetivos generales y específicos, bajo los que se sustenta el proyecto, las técnicas e instrumentos empleados para su elaboración, el tipo de estudio, los/as participantes y el procedimiento de obtención y análisis de las respuestas obtenidas.

### **2.1- Objetivos**

#### **2.1.1.- Objetivo General**

- Conocer la experiencia laboral y vivencial de los profesionales que trabajan con personas esquizofrénicas.

#### **2.1.2.- Objetivos Específicos**

- Descubrir que habilidades son esenciales para trabajar con este colectivo.
- Saber cuáles son los aspectos que observan para conocer la evolución de las personas con esquizofrenia.
- Conocer que estrategias y técnicas utilizan los/as profesionales que trabajan con personas con esquizofrenia para conciliar su vida personal y profesional.

### **2.2. Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo y cualitativo, que recoge la visión y perspectiva de un colectivo de profesionales especializados en salud mental que trabajan con personas con esquizofrenia.

### **2.3.- Técnica e Instrumento**

La técnica empleada para la elaboración de este proyecto es una entrevista semi-estructurada, y el instrumento es un cuestionario “ad-hoc”, de elaboración propia. Para su construcción, se partió de la revisión teórica sobre el abordaje profesional, las dificultades y recomendaciones de las distintas fuentes consultadas en la teoría.

El guion de preguntas se compone de cinco bloques que engloban veintitrés preguntas con respuestas abiertas y cerradas:

- *Bloque I: Pacientes:* este apartado consta de seis preguntas, mediante las cuales, se abordara el ámbito de intervención, los/as usuarios/as a los que va dirigido y como se trabaja con ellos/as.
- *Bloque II: Experiencia y perfil profesional:* está compuesto por tres preguntas sobre la primera intervención, las habilidades necesarias y la ayuda entre profesionales.
- *Bloque III: Intervención profesional:* consta de tres preguntas sobre las dificultades durante la intervención y las herramientas y estrategias que se suelen emplear.
- *Bloque IV: Experiencia personal:* este último bloque está conformado por seis preguntas que tratan sobre cómo concilian los profesionales la vida personal y familiar, la frustración, el agotamiento, experiencias vitales, que ha supuesto en su vida trabajar con personas con esquizofrenia y que recomendaciones darían a otras personas que quisieran trabajar con ellos/as.

#### **2.4.- Participantes (muestra)**

El presente estudio se realizará en la provincia de Santa Cruz de Tenerife en la asociación ATELSAM, a 8 profesionales que trabajan con personas con esquizofrenia (trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, integrador/a social, auxiliar educativo/a y animador/a) durante los meses de mayo y junio del año 2018.

El perfil de los/as participantes es:

#### **Tabla 1: Participantes**

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	0	0%
	Mujer	8	100%
Edad	[20-30 años]	1	12,5%
	[31-40 años]	6	75%
	[41-50 años]	1	12,5%
Puesto de trabajo	Psicólogo/a	1	12,5%
	Trabajador/a Social	1	12,5%
	Educador/a Social	0	0%
	Auxiliar Educativo/a	1	12,5%
	Integrador/a Social	3	37,5%
	Animador/a	1	12,5%
	Terapeuta ocupacional	1	12,5%
Asociación/Centro	ATELSAM	8	100%
Años trabajados para el centro/asociación	[6 meses a 1 año]	1	12,5%
	[2 a 5 años]	2	25%
	[6 a 10 años]	4	50%
	[11 a 15 años]	1	12,5%

## 2.5.- Procedimiento de análisis

Las entrevistas se han realizado en persona, la mayoría fueron grabadas para el posterior vaciado de datos, garantizando la confidencialidad de las participantes y una de ellas fue por escrito, transcribiéndolas de manera no literal, pero con la mayor fidelidad posible a las respuestas dadas.

Es un análisis cualitativo, los datos se analizaron en función del contenido de la entrevista, valorando las diferencias y similitudes de las respuestas que han dado las profesionales y contrastándolo con la teoría recogida inicialmente.



### 3.- Resultados

En este apartado se van a exponer los resultados obtenidos, tras las entrevistas realizadas a diversas profesionales, que trabajan con personas con esquizofrenia de la asociación ATELSAM, durante los meses mayo y junio de 2018, a las cuales, se les realizaron las siguientes preguntas:

#### Bloque I: Pacientes

##### Características de las personas con esquizofrenia (sexo y edad)

Respecto al perfil de usuarios y usuarias que pueden acudir a los distintos recursos y servicios que ofrece ATELSAM, estos pueden estar compuestos tanto por hombres como mujeres, de edades comprendidas entre los 18 años y hasta aproximadamente los 55-65 años. Tras el vaciado de datos, el perfil que existe actualmente en su mayoría son hombres, con edades comprendidas entre los 45-55 años y que pueden mantenerse en ATELSAM hasta superado el límite de edad (55-65 años), en aquellos casos que tengan una buena autonomía.

##### ¿Qué distorsiones cognitivas suelen ser las que manifiestan?

En lo que se refiere a las distorsiones cognitivas, en las distintas entrevistas ha manifestado que estas pueden ser muy diversas, dependiendo de cada usuario/a, y que, en generalmente no se suelen manifestar. Entre las más comunes a nivel positivo se encuentran las alucinaciones y delirios y a nivel negativo el aislamiento, la apatía, la motivación y los problemas de autoestima, a estos se suman, los problemas de comunicación y comprensión que puedan llegar a surgir.

¿Se observan diferencias en los síntomas que manifiestan de los hombres con esquizofrenia respecto a las mujeres y viceversa? En caso de que si, ¿Cuáles?

Ante esta pregunta se han registrado respuestas diversas, la gran mayoría de entrevistadas comentaron que no existen diferencias entre la sintomatología que de los hombres respecto a las mujeres, siendo la verdadera diferencia la propia persona, aunque, a veces, las mujeres tienden una mayor dificultad a la hora de interactuar entre ellas mismas que los hombres. Dos de las profesionales, dijeron que si observaban diferencias entre los síntomas que presentan los hombres respecto a las mujeres, en temas como la manera de gestionar los conflictos, las emociones, de actuar, de expresarse y de percibir las cosas, relacionándolo, tanto con la enfermedad, como con las propias connotación sociales y familiares, por ejemplo la carga del/la cuidador/a, que se refleja de manera más latente en las mujeres que en los hombres.

¿Cuáles son las mayores dificultades a afrontar para que un/a paciente se adhiera al tratamiento?

Respecto a las mayores dificultades que se pueden encontrar para que se adhieran al tratamiento las profesionales entrevistadas han expresado lo siguiente:

- Que reconozcan la enfermedad.
- Que reconozcan la necesidad de recibir tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial.
- Que tengan voluntad.
- Que no se cumplan las expectativas que puedan llegar a tener.
- La estabilidad o inestabilidad que puede provocar la propia medicación, y que se manifiesta a través de síntomas como la desgana, la apatía, los problemas de habla...
- El conseguir, crear y mantener una rutina.
- Contar con apoyo familiar.
- Las experiencias anteriores en su vida en general y/o en otros recursos.

Un aspecto que han comentado en varias de las entrevistas, es que los usuarios/as de ATELSAM firman un compromiso de convivencia donde se comprometen a seguir los tratamientos farmacológicos y psicosociales.

¿Qué estrategias utilizas cuando tienes que reprender a la persona con esquizofrenia?

Las profesionales entrevistadas han expuesto que son personas adultas, así que, a la hora de reprenderlos/as se debe afrontar el problema de manera clara y directa, siendo asertivos/as con él/ella, reforzar y valorar lo que hacen a nivel positivo y trabajar las limitaciones, se debe intentar conocer las razones por las que actúan de determinada manera, empatizar y negociar en la medida de lo posible, para que todas las partes estén satisfechas con las normas y que las cumplan con mayor entusiasmo, además, en caso de que mantengan la mala conducta se les puede imponer un castigo o sanción.

¿Cómo consigues trabajar la motivación de una persona con este trastorno?

Para poder trabajar la motivación las profesionales han comentado la importancia de los siguientes aspectos:

- Conocer a la persona.
- Escucharle/a.
- Trabajando la confianza para animarle/a a realizar cosas nuevas.
- Plantear las cosas con tiempo.
- Facilitar el acompañamiento.
- Emplear el refuerzo positivo, como felicitarles por realizar las tareas que se les mandan.
- Realizar actividades y emplear elementos que sean de su agrado y que les generen interés.

- Emplear estrategias como pedirles ayuda, trabajar con ellos/as,...
- Usar el sentido de humor.
- Ser abiertos/as.
- Apoyarte en otros/as profesionales, adquiriendo una visión globalizada.
- Ofrecerle al usuario/a todas las herramientas que tengan a su alcance.

## **Bloque II: Experiencia y perfil profesional**

La primera vez que trabajaste con una persona con esquizofrenia ¿cómo lograste romper la barrera o barreras del primer contacto?

En lo que se refiere a la primera vez que trabajaron con una persona con esquizofrenia, han destacado la importancia de la naturalidad, el dejar de lado los estigmas y miedos asociados a la enfermedad, respetarles/as, tratarlos/as como iguales y empatizar con ellos/as, por medio del trato cercano.

¿Qué habilidades consideras que son necesarias para ejercer tu labor?

Las habilidades comentadas han sido las siguientes:

- Empatía.
- Paciencia.
- Asertividad.
- Proactividad.
- Positividad.
- Armonía.
- Pasión.
- Dinamismo.
- Voluntad.
- Implicación personal.

- Gestión del estrés.
- Gestión de la frustración.
- Gestión de las emociones.
- Capacidad de adaptación.
- Trabajo en equipo.
- Flexibilidad.
- Organización.
- Mente abierta.
- Trato cercano.
- Capacidad para comunicar.

¿Sientes que te puedes apoyar en otros/as profesionales?

Todas las profesionales entrevistadas destacaron la importancia y la necesidad de tener que apoyarse entre ellos/as. Esto es elemental para que el trabajo tenga éxito e incluso, para poder motivar a la persona con la que se está interviniendo. A su vez, les permite tener un espacio en el que poder desahogarse y comunicarse entre ellos/as y es una fuente de motivación.

### **Bloque III: Intervención profesional**

¿Tienes alguna lista de indicadores para detectar que la persona está retrocediendo? En caso de que sí ¿Cuáles son?

La mayoría de profesionales han manifestado el no contar con una lista concreta y estructurada, si bien, se fijan en aspectos como los cambios de actitud, las conductas extrañas (hablar solos/as, apatía, irritabilidad,..), el que no acudan al servicio, etc., todo ello, dependiendo de cada usuario/a. A esto, se suman los planes individualizados de ocio y tiempo

libre, que les permiten analizar, de manera semestral, objetivos y actividades que deben alcanzar.

En el caso de las viviendas supervisadas, cuentan con una especie de lista, donde observan aspectos como: las habilidades sociales, la puntualidad, el autocuidado, la asistencia, la actitud la autonomía y el manejo del transporte público. Además, durante las distintas entrevistas, lo que han expuesto es que en general no suele ser que estén retrocediendo, sino que están en un punto alto de la enfermedad del que posteriormente se recuperan.

¿Qué estrategias y herramientas empleas para que la intervención sea lo más eficiente posible?

Para garantizar la eficiencia de la intervención, las profesionales han manifestado la importancia de empatizar, ser cercanas y cariñosas, trabajar la autonomía, la socialización, la puntualidad, el realizar tareas cotidianas y sencillas donde trabajen la responsabilidad, promover la colaboración, registrar toda la información que obtienen respecto al/la usuario/a, adaptar los servicios, recursos y actividades a sus necesidades, evaluar su actividad profesional, estar constantemente observando, ser autocríticas y estar constantemente reciclándose y formándose.

¿Cuáles son las dificultades más comunes que encuentras durante la intervención con este colectivo? (adherencia al tratamiento, motivación, déficits cognitivos, sociales, afectivos,...)

Entre los principales problemas han comentado lo siguiente:

- La adherencia al tratamiento, se busca que adquieran autonomía en la preparación y consumo de su tratamiento, esto puede ser muy complicado, puesto que, muchas veces ni siquiera reconocen la propia enfermedad. A esto, se suma la posible inestabilidad emocional, teniendo como resultado la apatía y la desmotivación en momentos de crisis.

- El déficit social, esto depende mucho de cada persona, hay algunos/as que interactúan bien con otras personas y otros/as a los que no les gusta estar en grupo y que tienden al aislamiento.
- El déficit cognitivo, muchos/as manifiestan tener altos niveles de inteligencia, si bien la propia medicación puede tener efectos secundarios como el aturdimiento y problemas en el habla.
- El déficit emocional, muchos usuarios/as presentan carencias emocionales que están asociadas a las relaciones con su familia y entorno o la ausencia de las mismas.
- La mayor lentitud a la hora de alcanzar los objetivos, ya sean simples o complejos.
- Los posibles conflictos de comunicación y entendimiento.
- Que no se cumplan las expectativas del usuario/a.
- Los estigmas sociales que existen asociación a la enfermedad, así como, los auto-estigmas que les generan a la persona.

#### **Bloque IV: Experiencia personal**

¿Cómo concilias la vida laboral y familiar?

En lo que se refiere a la conciliación de la vida laboral y familiar las profesionales han manifestado que no han tenido problemas, que cuentan con un horario que les permite conciliar bien, y que cuando han tenido dificultades la asociación les ha facilitado un mejor horario.

¿Trabajar con este colectivo ha afectado a tu vida personal y a tu modo de ver la vida?

Todas han expuesto que el trabajar con este colectivo ha supuesto una enseñanza a nivel positivo, les ha permitido madurar, reflexionar sobre la vulnerabilidad del ser humano, la importancia de vivir el día a día, y que, todo ello, les ha permitido enriquece como personas.

### ¿Cómo afrontar el agotamiento y la frustración?

Respecto a cómo afrontar el agotamiento y la frustración, las profesionales han comentado aspectos diferentes como: trabajar la frustración y el fracaso como aprendizaje, evitar el estancamiento, potenciar los aspectos positivos que se logren, ser paciente, saber separar la perspectiva personal de la y para tratar el agotamiento descansar y desconectar, tener actividades de ocio, deporte y desahogarse con los/as compañeros.

En concreto, una de las profesionales me manifestó que nunca se ha sentido así, que el trabajo le gusta demasiado y que siente que ha ido avanzando y progresando dentro de su campo.

### ¿Cuál ha sido tu experiencia más significativa a nivel positivo?

En esta pregunta han dado una gran variedad de respuestas, pudiéndose concentrar en aquellas veces donde han conseguido que un usuario o usuaria avance, el cariño que te demuestran, el agradecimiento que dan las familias tras ver dichos avances, el grupo de teatro que han creado donde gestionan aspectos como las emociones y que les sirve como espacio terapéutico y de sensibilización, esos momentos mágicos que se crean con los/as usuarios/as y el haber podido observar el propio progreso de ATELSAM y los distintos recursos que la conforman.



### ¿Cuál ha sido tu experiencia más significativa a nivel negativo?

En general han comentado diversas experiencias negativas pudiendo destacar las siguientes:

- La hospitalización o muerte de alguno/a de los/as usuarios/as.
- Los despidos que hubo en época de crisis.
- Que te cuestionen profesionalmente.
- Que se enfrenten de manera agresiva con él/ella.
- No poder cumplir las expectativas del usuario/a.

### ¿Qué recomendaciones darías a una persona que quiere trabajar con este colectivo?

Las recomendaciones que dan son quitarse cualquier estereotipo e idea preconcebida, que le guste intervenir con este colectivo, puesto que, es algo muy vocacional, ser natural, tener energía positiva, pasión, paciencia, trabajar la empatía, tener una buena autoestima y autoconfianza, manejar el estrés, la frustración, tener en cuenta la experiencia de otros/as profesionales, tratarlos/as como iguales y formarse constantemente.

#### **4.- Discusión**

Tras haber observado los resultados obtenidos de las entrevistas, y contando con la información obtenida en la teoría, se deben analizar las similitudes e incongruencias observadas.

##### **Bloque I: Pacientes**

En lo que se refiere a la edad en la que debuta la enfermedad, no se ha preguntado concretamente por este aspecto durante la entrevista, si bien, se ha indagado sobre la edad actual que tienen los/as usuarios/as que acuden a los distintos recursos y servicios ofertados por ATELSAM, con una clara predominancia de personas en la adultez madura y la vejez (45-65 años). Frente a estos datos, es necesario dejar claro y concienciar de que esta enfermedad es de por vida, se inicia a una edad muy temprana, y que, quién lo padece, no solo tiene que llevar la carga que la propia enfermedad supone, sino también, todos los prejuicios y estigmas que se asocian a ella.

Respecto al sexo, los datos sobre la incidencia, es decir, la cantidad de nuevos casos, muestran que los hombres tienen una mayor predisposición a sufrir la enfermedad (0,84 por 10.000 hombres) que las mujeres y (0,79 por 10.000), (Aragón, 2014), por el contrario, la prevalencia, es decir, la cantidad total de casos, que es de 0,3 y 0,7%, muestra que por cada hombre con esquizofrenia existen dos mujeres (García Andrade, 1993, p. 207, citado en Pozueco, 2011). Si se comparan los resultados obtenidos de las entrevistas y la revisión bibliográfica, estos coinciden en mayor medida con la incidencia, puesto que, en los distintos recursos y servicios que oferta ATELSAM, había una mayor presencia de usuarios que de usuarias.

Las distorsiones cognitivas que muestran los resultados son las mismas que se han recogido en la teoría, con un matiz importante, que las distorsiones dependen del perfil individual de cada usuario/a, y que no suelen manifestarse con frecuencia. Dentro de los

síntomas positivos están las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado y el comportamiento catatónico y dentro de los síntomas negativos están el aplanamiento afectivo, la abulia y la alogia (DMS-IV, citado en Abeleira, 2012).

En las diferencias sintomatológicas, se ha podido observar la presencia de contradicciones, tanto en la teoría como en los resultados, algunos/as autores/as como Gándara y Jiménez (2000, citado en Molina, y otros, 2008), Goldstein y otros. (1990, citado en Usall, 2003) y McGlashan y Bardenstei (1990), consideraban que, sí existía una diferencia significativa entre los síntomas que manifiestan las mujeres respecto a los hombres y viceversa, en caso de las mujeres, una mayor predisposición a conductas autodestructivas, ansiedad, afecto inapropiado, disforias e ideas delirantes, y en los hombres, conductas antisociales, mayor riesgo de suicidio y de consumo de sustancias. Esta información coincide con las respuestas dadas por dos de las profesionales entrevistadas, según las cuales, se observan diferencias en temas como la gestionar de conflictos, las emociones, la forma de actuar, de expresarse y de percibir las cosas. En el resto de entrevistas, al igual que en el estudio de Usall, Araya, Ochoa, Busquets, Gost y Marquez (2001), se inclinan más por la idea de que no existen diferencias significativas, y que esto depende del perfil individual de cada usuario/a.

La adherencia al tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial, es uno de los aspectos más importantes para poder obtener buenos resultados en la intervención con este colectivo. En estos casos, las dificultades más comunes a trabajar son: que la persona reconozca la enfermedad, así como, la necesidad de recibir el tratamiento, dicha problemática, como ya se ha observado en la teoría, está altamente relacionada con el estigma social, que la propia enfermedad provoca (Labrador, 2011), y que es una de las razones por las que niegan o minimizan los síntomas. A esto, se suma que el/la usuario/a debe poner voluntad y motivación, que no siempre se alcanzan las expectativas que se tienen, la propia inestabilidad del tratamiento farmacológico, el crear y mantener una rutina y la carga que

supone para la familia la enfermedad (Ochoa, y otros, 2011), lo que, puede tener como resultado la ausencia o pérdida del apoyo familiar, tan necesario para este colectivo.

Es de suma importancia tener en cuenta que son personas adultas, por ello, cuando hay que comunicarles que una conducta que realizan es inapropiada, se debe afrontar el problema con claridad y de manera directa, empleando habilidades como la asertividad y la empatía, reforzando las conductas positivas y buscar acuerdos y medidas que sean satisfactorios para todas las partes implicadas y que de alguna manera garanticen su cumplimiento.

La motivación es un aspecto fundamental para cualquier proceso de intervención y una de las grandes claves que garantiza el éxito de lo que se haga. Por ello, es importante que los/as profesionales sepan que estrategias y herramientas emplear, para que dicha motivación aflore en los momentos más complicados, en los resultados se muestran estrategias como el refuerzo positivo, felicitarles por las tareas u objetivos que logran, emplear elementos que sean motivacionales para ellos/as, estrategias como “pedirles ayuda” o potenciar el trabajo en equipo, actividades que sepan que les gustan, emplear el sentido de humor y lo más importante, ser abiertos/as con ellos/as, puesto que la sinceridad es una herramienta de gran utilidad para encauzar.

## **Bloque II: Experiencia y perfil profesional**

Durante las primera intervención con este colectivo, al igual que con cualquier otro, puede existir la sensación de una barrera a la hora de comunicarse, por ello, es necesario tener en cuenta aspectos como la naturalidad y cercanía en el trato con ellos/as, empatizar, dejando de lado los estigmas sociales y miedos con los que está asociada la enfermedad y que suponen graves consecuencias para quien los sufre, siendo una de las causas que provoca su cronicidad, que dificulta e incluso impide la posibilidad de rehabilitación (Ochoa, y otros, 2011) y de integración que son algunos de los objetivos de estas intervenciones.

Los/as profesionales deben contar con una serie de habilidades, que faciliten en la medida de lo posible esta tarea, existiendo coincidencias en lo que se recogió en la teoría y lo obtenido en los resultados, entre ellas se encuentran la motivación, la autoconfianza, la paciencia, la autocrítica, el control del estrés, la responsabilidad, la autonomía, la capacidad de toma de decisiones, el altruismo, la escucha activa, la empatía (Bisquerra y Pérez, 2007), entre otras muchas, estas habilidades son esenciales para el correcto funcionamiento de las intervenciones y el trato humano, es importante tenerlas en cuenta cuando se trabaja con colectivos sensibles, como es el caso de las personas con esquizofrenia, que suelen recibir un trato más vejatorio y estigmatizado.

A pesar de que en la teoría no se ha hecho referencia al trabajo en equipo es muy importante tenerlo en cuenta, esto queda reflejado en los resultados, donde se observa la necesidad de que exista una relación de cooperación y apoyo entre los/as distintos/as profesionales, no solamente por el bien del usuario o la usuaria con la que trabajen, sino también, para poder facilitar las diversas tareas que deben desempeñar ellos/as mismos/as.

### **Bloque III: Intervención profesional**

Al ser una enfermedad con una gran pluralidad de síntomas y variantes, es muy complicado contar con una lista de indicadores que muestre de manera concreta que un usuario o usuaria está retrocediendo, por tanto, para poder conocer este aspecto hay que utilizar técnicas y estrategias alternativas, que permitan obtener fielmente información sobre dicho aspecto, como es el caso de la observación, fijándose en aquellas conductas, que en un determinado usuario o usuaria, el/la profesional sepa que no son normales respecto a su conducta habitual, a esto se suman, los planes individualizados de ocio y tiempo libre que comentario durante las entrevistas y que permite conocer si la persona está alcanzando los objetivos y realizando las actividades propuestas.

Buscando una intervención lo más eficiente posible se pueden emplear una gran variedad de técnicas y estrategias que faciliten esta tarea. Entre dichas estrategias se encuentran la normalización y sensibilización entre los síntomas (Sanjuán, 2016), la definición de roles (Labrador, 2011), la creación de relaciones (Navarro, 2004), entre otras muchas que coinciden con las recogidas en los resultados, donde además se registraron otras nuevas, como almacenar la información que se obtiene sobre el usuario o usuaria, formarse y reciclarse como profesionales,...

La esquizofrenia suele traer consigo déficits en diversas áreas, como por ejemplo, en las relaciones sociales (Gil y León, 1998), si bien, y como queda reflejado en los resultados, el déficit social depende en su gran mayoría de la persona y no es una cuestión únicamente asociada a la enfermedad. La adherencia al tratamiento suele ser una de las mayores dificultades, el lograr que reconozcan que tienen una enfermedad, por la cual, deben seguir tanto un tratamiento farmacológica y psicosocial que les sirva de refuerzo, apoyo y reconstrucción, otro déficit asociado con el tratamiento farmacológico y la enfermedad, es la inestabilidad emocional que presentan los usuarios y usuarias, así como, la desmotivación y apatía que padecen en momentos de crisis. Como consecuencia del propio tratamiento han relacionado el déficit cognitivo, en temas como el habla o el aturdimiento entre otras muchas. El déficit emocional que presentan, es reflejo de los propios estigmas sociales comentados en la teoría que dejan un gran impacto en la persona.

#### **Bloque IV: Experiencia personal**

En los resultados hay una serie de temas que no han sido abordados dentro de la teoría, pero que si refuerzan los objetivos bajo los que se sustenta el proyecto, y permiten adquirir una visión de la experiencia personal dentro de ATELSAM de las profesionales entrevistadas.

Para que la intervención sea lo más eficiente posible, se deben de dar una serie de condiciones favorables que sirvan como facilitadoras, entre ellas, se encuentra que los/as profesionales que trabajan con un colectivo tan sensible, como son las personas con esquizofrenia, cuenten con la capacidad de conciliar la vida laboral y familiar siempre que se pueda llevar esto a cabo, en los resultados se ha observado como ATELSAM se esfuerza por que su personal pueda tener esta necesidad cubierta.

Tras analizar los resultados se ha podido comprobar que existe una visión positiva en la intervención con este colectivo, considerando en general que les ha ayudado a madurar, crecer y les ha servido como fuente de aprendizaje y enriquecimiento personal, lo que, además de ser sumamente positivo, es una buena forma de reflejar el tipo de intervención que dan a sus usuarios y usuarias,

Se deben añadir dos aspecto de vital importancia, que varía en función cada persona, y que son, cómo gestionan ellos/as la frustración y el agotamiento. En los resultados se han registrado varias estrategias personales que les permiten tener mantener un buen estado de salud físico, psicológico y mental, destacando aspectos como el ejercicio físico, el ocio, buscar esa desconexión de la vida laboral y familiar-doméstica y apoyándose en los compañeros y compañeras, cuando sea necesario.

En lo que refiere a las experiencias, tanto a nivel positivo como negativo, en los resultados se ha podido observar una gran amplitud de respuestas, pudiendo destacar aquellos momentos donde observan que los usuarios y usuarias evolucionan, el cariño que te muestran y el progreso de la propia asociación dentro de lo positivo, y a nivel negativo la muerte u hospitalización de alguno de los usuarios/as, los tratos agresivos que puedan dar al y/o la profesional o que le/la cuestionen.

Para finalizar, ante las recomendaciones que darían para aquellas personas que quieran intervenir con este colectivo, en los resultados se ha reflejado algo vital, como es la

eliminación de los estereotipos y etiquetas asociados a la enfermedad, tratar con naturalidad, siendo empáticos/as y contar con una buena autoestima y autoconfianza que permitan ejercer la profesión de la mejor forma posible.



## 5.- Conclusiones

En este apartado se realizará un breve análisis de los aspectos más importantes observados durante todo el proyecto, así como, si los objetivos planteados inicialmente se han alcanzado.

Dentro de los temas a destacar, en el perfil de usuarios y usuarias, la mayor predominancia de hombre respecto a las mujeres, en la madurez adulta y la vejez (45-65 años), con una gran disparidad de síntomas, que varían en función de cada persona y sus características, manteniendo la dualidad, ante si existe una diferencia sintomatológica entre mujeres y hombres. Entre las mayores dificultades para conseguir una adecuada adherencia al tratamiento se encuentran, sin duda, el reconocer la enfermedad, así como, el querer recibir el tratamiento. Ante conductas inapropiadas, es importante tratar la situación de manera clara y directa, promoviendo aquellas acciones positivas que realicen. Para promover la motivación existen una gran variedad de estrategias que pueden ser de gran utilidad, entre ellas se encuentran el realizar actividades y emplear elementos que sean de interés para la persona, emplear el sentido de humor,...

Para romper la barrera del primer contacto, lo más importante es eliminar esos prejuicios y estigmas de los que se ha hablado durante el estudio, tratándolos/as de manera natural y empatizando con ellos/as. Entre la gran cantidad de habilidades que se pueden emplear las más destacadas son la escucha activa, la empatía, la positividad y el trabajo en equipo, siendo este último, fundamental no solamente para garantizar una buena intervención con el usuario/a, sino también, para el propio trabajo de los/as profesionales. Cumplimentándose de esta manera el primer objetivo específico del proyecto que era *“descubrir que habilidades son esenciales para trabajar con este colectivo”*.

Respecto a qué comprobar para conocer si un/a usuario/a está retrocediendo o no, se ha estipulado que no existe una lista de indicadores estructurada, si bien, hay una serie de estrategias y técnicas como la observación, que permite conocer cambios de actitud y

conducta, además, también están los planes individualizados de ocio y tiempo libre, que suponen una revisión periódica (cada seis meses), de si el/la usuario/a alcanza los objetivos propuestos y realiza las actividades. Entre las estrategias y herramientas que se emplean durante la intervención destacan la empatía, la cercanía y el cariño, el realizar tareas cotidianas, adaptarse a sus necesidades y estar constantemente reciclándose y formándose, entre otras muchas. En lo que se refiere a las dificultades más comunes que pueden surgir se enfatiza en la adherencia al tratamiento, que no se cumplan las expectativas y los estigmas y auto-estigmas con los que se asocia a la enfermedad. Esta información permitió alcanzar el segundo objetivo específico del proyecto, *“saber cuáles son los aspectos que observan para conocer la evolución de las personas con esquizofrenia”*.

El poder conciliar la vida familiar y laboral es fundamental para poder obtener un mejor trabajo por parte de los profesionales, puesto que, intervenir con este colectivo, al igual que como con cualquier otro, tiene sus momentos buenos, como son las enseñanzas que supone trabajar con ellos/as y el enriquecimiento personal, pero también momentos malos, como la frustración y el cansancio que hay que saberlos gestionar mediante el deporte, actividades de ocio, hablando con otros/as profesionales,... estos momentos buenos y malos traen consigo experiencias positivas como es el crecimiento de los usuarios/as o el agradecimiento que muestran y experiencias negativas como la muerte u hospitalización de algún/a usuario/a o no poder cumplir sus expectativas. Cumplimentándose el tercer objetivo específico que era *“conocer que estrategias y técnicas utilizan los/as profesionales que trabajan con personas con esquizofrenia para conciliar su vida personal y profesional”*.

Todo ello, ha permitido alcanzar el objetivo general planteado inicialmente que era *“conocer la experiencia laboral y vivencial de los profesionales que trabajan con personas esquizofrénicas”*.

Para finalizar, me gustaría destacar las recomendaciones que dieron las profesionales entrevistadas para intervenir con este colectivo, con las que coincido totalmente, partiendo de la necesidad obligatoria de quitarse cualquier estereotipo e idea preconcebida respecto a la esquizofrenia, tener vocación y ser naturales en el trato con ellos/as, contar con una buena autoestima y autoconfianza, saber manejar el estrés y la frustración, tener en cuenta la experiencia de otros/as profesionales y formarse constantemente.

### **5.1.- Propuestas de mejora**

Como propuestas de mejora considero que sería importante consultar con otros centros o asociaciones y también incrementar la cantidad de profesionales entrevistados/as para adquirir unos resultados más completos y ricos en información.

## Referencias

- Abeleira Padín, G. (2012). Esquizofrenia. (4), 151-172.
- Allen, F. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.
- Argón Moyano, F. (2014). Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. *ENE Revista de enfermería*(8).
- Bisquerra Alzina, R., y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*(10), 61-82.
- Campero Encinas, D., Campos Lagrava, H., y Campero Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencias Médicas*, 12(2), 32-37.
- Cavieres, F. A., y Valdebenito, V. M. (2005). Función cognitiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-108.
- de Potestad Menéndez, F., y Zuazu Castellano, A. I. (2003). La Salud mental en el siglo XXI. *Norte de Salud Mental*, 5(18).
- Dois Castellón, A., Contreras Mejias, A., Arechabala, M. C., y Urrutia Soto, M. T. (2007). Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia de la Región Metropolitana-Chile. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 35-44.
- DSM-5. (2014). Sección II: Criterios y códigos diagnósticos. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En DSM-5, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed., págs. 87-122). Panamericana.
- García Fernández, L., y Pérez Gálvez, B. (2011). Asociación entre el síndrome esquizofrénico positivo y los trastornos por abuso de sustancias. *Revista española de drogodependencias*(1), 95-100.

Gil, F., y León, J. M. (1998). *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.

Herrera Hernández, J.M (2016). *Apuntes asignatura Trabajo Social con Grupos y Organizaciones* (sin editar). Tenerife.

Jablensky. (2010). El concepto diagnóstico de la esquizofrenia: su historia, evolución y perspectivas futuras. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271-287.

Labrador, F. J. (2011). *Situaciones difíciles en terapia*. Madrid: Pirámide.

Martín Contero, M., Secades Villa, R., López Goñi, J. J., y Tirapu Ustárroz, J. (2017). Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia. *Anales del sistema sanitario en Navarra*, 211-219.

McGlashan, T. H., & Bardenstei, K. K. (1990). Gender Differences in Affective, Schizoaffective, and Schizophrenic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 16(2), 319-329.

Molina, J. D., González-Parra, S., Blanco, H., Cuartero, M., Parga, N., Lerma-Carrillo, I., & Andrade-Rosa, C. (2008). Esquizofrenia: una revisión de las diferencias de género desde la perspectiva hormonal. Esquizofrenia: del género a la diferencia. *Norte de Salud Mental*(30), 39-47.

Morales Arce, A., Alvarado Rojas, S., Calvo Brenes, M., Contreras Rojas, J., y Raventós Vorst, H. (2012). Un acercamiento al contenido cultural de los delirios de personas con esquizofrenia de Costa Rica. *Cuaderno de antropología*(22).

Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García Franco, M., López, E., Villellas, R., . . . Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489.

Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Marcías, M., Guilabert Vidala, M., Pérez Zaera, J., y Quintanilla López, M. Á. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.

Pérez Franco, P. (2013). Esquizofrenia. *MoleQla: revista de Ciencias de la Universidad Pabl o de Olavide*(11).

Pozueco Romero, J. M. (2011). *Psicopatía, Trastorno Mental y Crimen Violento*. Madrid: EOS.

Rodríguez, J. (2010). Testimonio de una experiencia de inclusión social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*(57).

Rosentreter, J. (2006). *Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario*. Red Última Década.

Salavera Bordás, C., Gost Ballester, M., & Antoñanzas Laborda, J. L. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*(48), 223-231.

Sanjuán, J. (2016). *¿Tratar la Mente o Tratar el Cerebro? Hacia una integración entre la psicoterapia y psicofármacos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Taborda Zapata, E. M., Montoya González, L. E., Gómez Sierra, N. M., Arteaga Morales, L. M., y Correa Rico, O. A. (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 46-50.

Tiffon Nonis, B.-N. (2009). *Manual de actuación profesional en Psicopatología Clínica, Criminal y Forense: Una dimensión jurídico-legal*. Bosch.

Torres, A. (1997). Manual Práctico de Rehabilitación en la Esquizofrenia (un Paquete de Programas). *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*(Extra), 1-125.

Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Psiquiatría Fac Med Barna*, 5(30), 276-287.

Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., & Gost, A. (2001). Gender Differences in a Sample of Schizophrenic Outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 42, 301 -305.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Entrevista**

#### **Datos Socio-profesional**

1. Sexo
  - Hombre
  - Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Puesto de trabajo:
  - Psicólogo/a
  - Trabajador/a Social
  - Educador/a Social
  - Auxiliar Educativo/a
  - Médico/a
  - Integrador/a Social
  - Animador/a
  - Terapeuta ocupacional
4. Centro/Asociación: \_\_\_\_\_
5. Años trabajados para el centro/asociación: \_\_\_\_\_

#### **Bloque I: Pacientes**

6. Características de las personas con esquizofrenia (sexo y edad)
7. ¿Qué distorsiones cognitivas suelen ser las que manifiestan?
8. ¿Se observan diferencias en los síntomas que manifiestan de los hombres con esquizofrenia respecto a las mujeres y viceversa? En caso de que si, ¿Cuáles?
9. ¿Cuáles son las mayores dificultades a afrontar para que un/a paciente se adhiera al tratamiento?
10. ¿Qué estrategias utilizas cuando tienes que reprender a la persona con esquizofrenia?
11. ¿Cómo consigues trabajar la motivación de una persona con este trastorno?

#### **Bloque II: Experiencia y perfil profesional**

12. La primera vez que trabajaste con una persona con esquizofrenia ¿cómo lograste romper la barrera o barreras del primer contacto?
13. ¿Qué habilidades consideras que son necesarias para ejercer tu labor?



14. ¿Sientes que te puedes apoyar en otros/as profesionales?

### **Bloque III: Intervención profesional**

15. ¿Tienes alguna lista de indicadores para detectar que la persona está retrocediendo?

En caso de que sí ¿Cuáles son?

16. ¿Qué estrategias y herramientas empleas para que la intervención sea lo más eficiente posible?

17. ¿Cuáles son las dificultades más comunes que encuentras durante la intervención con este colectivo? (adherencia al tratamiento, motivación, déficits cognitivos, sociales, afectivos,...)

### **Bloque IV: Experiencia personal**

18. ¿Cómo concilias la vida laboral y familiar?

19. ¿Trabajar con este colectivo ha afectado a tu vida personal y a tu modo de ver la vida?

20. ¿Cómo afrontar el agotamiento y la frustración?

21. ¿Cuál ha sido tu experiencia más significativa a nivel positivo?

22. ¿Cuál ha sido tu experiencia más significativa a nivel negativo?

23. ¿Qué recomendaciones darías a una persona que quiere trabajar con este colectivo?

**Fuente:** (Elaboración propia, 2018)