

MÓDULO V

Tratamiento y manejo

Hay que tener en cuenta que el manejo de la psicosis varía según su origen. Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento estándar para los episodios y trastornos psicóticos. Y eso que los antipsicóticos de segunda generación han sido debatidos en cuanto a su eficacia comparada con los de primera generación. También se utilizan benzodiazepinas para los síntomas catatónicos. Además, la terapia cognitivo-conductual puede ser integral en el tratamiento de síntomas psicóticos. Y en casos agudos con riesgo de daño, es necesaria la hospitalización y el manejo por profesionales de salud, evitando en lo posible las restricciones físicas.

En el caso de la esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia, por ejemplo, el perfil sintomático incluye un inicio insidioso, síntomas negativos prominentes y alucinaciones auditivas. El manejo de dichos casos es complejo, involucrando tratamientos farmacológicos y psicosociales, con el papel crucial de los médicos de atención primaria en la identificación temprana y derivación para tratamiento especializado.

Tratamientos para la psicosis

Antipsicóticos

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS (DE PRIMERA GENERACIÓN)

Estos medicamentos, desarrollados a mediados del siglo XX, fueron los primeros tratamientos farmacológicos efectivos para los síntomas psicóticos. Ejemplos pueden ser el haloperidol, clorpromazina y flufenazina. Y funcionan principalmente bloqueando los receptores de dopamina D2 en el cerebro, lo que ayuda a reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia, como las alucinaciones y los delirios. Ligado a estos, es muy conocida la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, que postula que un exceso de actividad dopaminérgica en ciertas vías cerebrales, particularmente en la vía mesolímbica, está asociado con los síntomas positivos de la psicosis. Los antipsicóticos típicos actúan al antagonizar los receptores de dopamina, reduciendo así la hiperactividad dopaminérgica y aliviando los síntomas.

Ahora, a pesar de su eficacia, estos medicamentos presentan un perfil de efectos secundarios significativo. Los síntomas extrapiramidales [SEP], como distonías agudas, parkinsonismo, acatisia y discinesia tardía, son comunes y pueden ser debilitantes. Estos efectos secundarios surgen debido al bloqueo de dopamina en la vía nigroestriatal, que está involucrada en el control motor. Aunque la discinesia tardía, en particular, es una condición irreversible caracterizada por movimientos involuntarios repetitivos y puede desarrollarse con el uso prolongado.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS (DE SEGUNDA GENERACIÓN)

Más recientemente, incluyen risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y clozapina. A diferencia de los antipsicóticos típicos, los atípicos bloquean tanto los receptores de dopamina D2 como los receptores de serotonina 5-HT_{2A}. Una acción dual que contribuye a una eficacia clínica mejorada y a un perfil de efectos secundarios diferente.

La inclusión del bloqueo de los receptores de serotonina se basa en la hipótesis de que la modulación de la serotonina puede mejorar los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia, que no responden tan bien a los antipsicóticos típicos. Además, se cree que la acción sobre los receptores de serotonina ayuda a reducir la incidencia de SEP, ya que la serotonina puede modular la liberación de dopamina en diferentes áreas del cerebro.

Y, tampoco se pueden librar de efectos adversos, pues, aunque presentan un menor riesgo de SEP, los antipsicóticos atípicos están asociados con otros efectos, como aumento de peso, dislipidemia y un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Estos efectos metabólicos son particularmente preocupantes con medicamentos como olanzapina y clozapina. La clozapina, por ejemplo, si bien es extremadamente eficaz para la esquizofrenia resistente al tratamiento, requiere una monitorización regular debido al riesgo de agranulocitosis, una condición potencialmente mortal que implica una reducción severa de glóbulos blancos.

Hacemos un inciso aquí porque no podemos seguir sin hablar un poco antes del estigma relacionado con la medicación psiquiátrica en el tratamiento de la psicosis, que constituye una problemática compleja que afecta tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. Este estigma se manifiesta de diversas maneras, desde la reticencia de los pacientes a adherirse a los regímenes farmacológicos debido a la percepción negativa de estar "dependiendo de medicamentos", hasta los prejuicios de algunos profesionales de la salud que pueden cuestionar la validez y necesidad del uso prolongado de antipsicóticos. Por ejemplo, un paciente puede sentirse avergonzado al tomar su medicación en público, temiendo ser juzgado como "desequilibrado" por quienes lo rodean. De igual manera, ciertos profesionales de la salud podrían mostrar escepticismo sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos a largo plazo, influyendo negativamente en la adherencia del paciente. Con lo que es fundamental abordar dichas actitudes estigmatizantes mediante la educación y la sensibilización tanto de los pacientes como de los profesionales.



Por otra parte, para los pacientes, resulta crucial proporcionar información detallada sobre la naturaleza de la psicosis, el papel de los neurotransmisores en el cerebro y cómo los antipsicóticos pueden ayudar a estabilizar estos procesos. Por supuesto, también deben ser ilustrados sobre los beneficios de la medicación en términos de prevención de recaídas y mejora de la calidad de vida, al mismo tiempo que se discuten abiertamente los posibles efectos secundarios y las estrategias para manejarlos.

En esta psicoeducación se deben incluir testimonios de otros pacientes que han hallado estabilidad y una mejor calidad de vida a través del tratamiento farmacológico, lo que puede contribuir a normalizar su uso y mitigar el estigma. Por ejemplo, compartir la historia de un individuo que, gracias a la medicación, ha podido retomar su trabajo y mantener relaciones interpersonales saludables, puede servir de inspiración y reducir la resistencia al tratamiento.

Pero... ¿Qué ocurre si un paciente con trastorno bipolar, por ejemplo, es reacio a tomar medicación? En estos casos, es crucial primero entender las razones detrás de la resistencia; estas pueden incluir experiencias previas negativas con los medicamentos, preocupaciones sobre los efectos secundarios, estigma asociado con el uso de medicación psiquiátrica, o una falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento. Por lo que se puede comenzar proporcionando información clara y accesible sobre el trastorno bipolar y cómo los medicamentos pueden ayudar a estabilizar los estados de ánimo y prevenir episodios de manía y depresión. Por ejemplo, podría explicar: "La medicación es una parte esencial del tratamiento del trastorno bipolar, ya que ayuda a estabilizar los cambios de humor extremos que caracterizan esta enfermedad. Esto puede mejorar significativamente su calidad de vida y reducir la necesidad de hospitalizaciones".

Para abordar los miedos y preocupaciones se tiene que crear un espacio seguro y abierto de cara a discutir cualquier experiencia negativa pasada y cómo se pueden manejar los efectos secundarios. Mismamente, podría decir: "Entiendo que haya tenido malas experiencias con medicamentos en el pasado. Podemos trabajar juntos para encontrar una medicación que funcione mejor para usted y minimizar cualquier efecto secundario". En todo esto, involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento es fundamental; y, para ello, el terapeuta puede colaborar con el paciente y su psiquiatra para explorar diferentes opciones de medicación y ajustar las dosis según sea necesario. Además, introducir la importancia de un enfoque integral del tratamiento que incluya terapia, cambios en el estilo de vida y apoyo social puede ayudar a aumentar la adherencia.

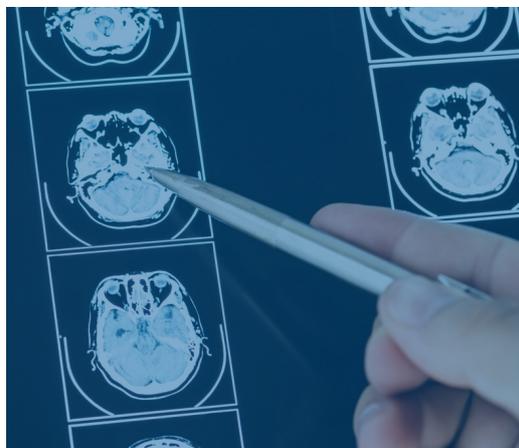
Finalmente, son útiles las técnicas motivacionales para fortalecer el compromiso del consultante con el tratamiento, resaltando los beneficios de la medicación en términos de alcanzar sus metas personales y mejorar su bienestar general. Por ejemplo, podría preguntar: "¿Qué cosas le gustaría poder hacer que ahora se sienten difíciles debido a sus cambios de humor? Trabajando en conjunto y tomando su medicación, podemos ayudarle a lograr esos objetivos".

Terapia Electroconvulsiva (TEC)

En la película *Quién voló sobre el nido del cuco* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*, 1975), hay una escena particularmente famosa y dramática que retrata la TEC de manera sensacionalista. En esta escena, Randle P. McMurphy, interpretado por Jack Nicholson, es llevado a la sala de TEC como castigo por desafiar la autoridad de la enfermera Ratched y el régimen del hospital psiquiátrico. La atmósfera es fría y clínica, con McMurphy mostrando una mezcla de desafío y vulnerabilidad. Los asistentes lo sujetan a una camilla y le colocan electrodos en la cabeza sin anestesia ni relajantes musculares. Cuando se aplica la corriente eléctrica, McMurphy sufre convulsiones violentas, gritando y retorciéndose en la camilla.

Lo cierto, es que la TEC ha sido exageradamente dramatizada en varias películas, lo que ha contribuido a los mitos y estigmas en torno a este tratamiento. Pero no deja de ser un tratamiento médico que consiste en la aplicación de corrientes eléctricas al cerebro mientras el paciente está bajo anestesia general. Esta corriente induce una convulsión breve que afecta la actividad cerebral. Y que, a pesar de su estigmatización histórica, es un tratamiento seguro y eficaz para ciertos trastornos psiquiátricos graves. Incluso, aunque la idea de administrar TEC durante el embarazo puede parecer alarmante, la evidencia clínica y la experiencia médica respaldan su uso en situaciones específicas. Demostrándose que la TEC no está asociada con un aumento significativo de complicaciones para el feto o la madre cuando se administra correctamente.

Si bien el mecanismo exacto de acción no se comprende completamente, se cree que puede provocar cambios neuroquímicos y neuroplásticos significativos en el cerebro. Dichos cambios incluyen la modulación de los sistemas de neurotransmisores, como la serotonina, noradrenalina y dopamina, y la promoción de la neurogénesis en el hipocampo, región crucial para la regulación del estado de ánimo y la memoria.



Además, es especialmente útil en casos de depresión severa y resistente al tratamiento, catatonía, y psicosis aguda o crónica que no responde a otros tratamientos. También se utiliza en situaciones en las que se necesita una respuesta rápida debido a la gravedad de los síntomas o el riesgo de suicidio. Y los efectos secundarios comunes incluyen confusión temporal y pérdida de memoria, especialmente de los eventos que rodean el tratamiento. Sin embargo, los beneficios potenciales en términos de alivio de los síntomas pueden superar estos riesgos en pacientes seleccionados.

TCC para psicosis

Sabemos que la TCC es una forma de psicoterapia estructurada y dirigida que se enfoca en identificar y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales. Para la psicosis, la TCC se adapta para abordar específicamente las creencias delirantes, alucinaciones y otros síntomas psicóticos. Esta terapia, al final, se basa en la premisa de que los pensamientos disfuncionales pueden perpetuar los síntomas psicóticos. Al ayudar a los pacientes a identificar y cuestionar sus creencias delirantes y a desarrollar una comprensión más realista de sus experiencias, puede reducir la angustia asociada con estos síntomas y mejorar el funcionamiento general.

Brevemente, aquellas técnicas utilizadas en la TCC para psicosis incluyen la reestructuración cognitiva, que implica desafiar y cambiar las creencias irracionales o distorsionadas; la terapia de exposición, que ayuda a los pacientes a enfrentar situaciones temidas de manera controlada; y el entrenamiento en habilidades sociales, que puede mejorar la interacción social y la comunicación. Además, se enseña a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para manejar el estrés y la ansiedad asociados con sus síntomas.

Podemos aquí, añadir que difiere de la TCC estándar en varios aspectos. Mientras que la TCC tradicional se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos mal adaptativos en una amplia gama de trastornos como la depresión y la ansiedad, la TCC para la psicosis incluye técnicas especializadas para tratar síntomas como los delirios y las alucinaciones. Esta variante de la TCC incorpora estrategias para ayudar a los pacientes a cuestionar la realidad de sus creencias delirantes y a desarrollar métodos para manejar las alucinaciones auditivas y visuales.

Además, se enfatiza la psicoeducación sobre la naturaleza de la psicosis, el manejo del estrés, y la identificación de factores desencadenantes específicos de recaídas. Y también se centra en mejorar el funcionamiento diario y las habilidades sociales, aspectos que suelen estar gravemente afectados en los pacientes con psicosis. Veamos algunas de estas estrategias con ejemplos prácticos:



1. Reestructuración cognitiva para delirios:

Estrategia: Ayudar al paciente a cuestionar y reevaluar sus creencias delirantes.

Ejemplo: Si un paciente cree que está siendo seguido por agentes del gobierno, el terapeuta podría pedirle que considere las evidencias a favor y en contra de esta creencia, y explorar otras explicaciones posibles para su percepción. Este proceso de cuestionamiento puede disminuir la convicción del paciente en su delirio. Ojo, una limitación significativa de este enfoque es la resistencia del paciente a cuestionar sus propias creencias, ya que los delirios suelen estar profundamente arraigados y pueden proporcionarles una sensación de seguridad. Además, el intento de evaluar objetivamente las evidencias presentadas por el paciente puede incrementar la desconfianza hacia el terapeuta, especialmente si percibe estas intervenciones como intentos de invalidar sus experiencias. Esto puede dificultar la colaboración terapéutica y reducir la efectividad del tratamiento.

2. Manejo de alucinaciones auditivas:

Estrategia: Desarrollar técnicas para reducir el impacto de las alucinaciones auditivas.

Ejemplo: En este caso, nos llega un paciente que escucha voces. Puede aprender a usar distracciones, como escuchar música con auriculares o participar en actividades que requieran concentración, para desviar su atención de las voces. También pueden practicar la técnica de "hablar con las voces" de manera controlada, estableciendo límites y cuestionando la autoridad de las voces. Inciso en esto, las distracciones, aunque útiles, pueden ser temporales y no siempre efectivas en situaciones intensas. La técnica de "hablar con las voces" puede ser desafiante para algunas personas, ya que requiere un alto nivel de autocontrol y puede no ser suficiente para mitigar el impacto emocional o psicológico de las voces persistentes. Por tanto, estas técnicas deben complementarse con tratamiento profesional adecuado, como terapia y medicación, para un manejo más integral.

3. Psicoeducación:

Estrategia: Proporcionar información sobre la naturaleza de la psicosis y el tratamiento. Lo que comentábamos con los psicofármacos, mismamente.

Ejemplo: El profesional puede explicar al paciente y a su familia cómo funcionan los neurotransmisores y cómo los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a estabilizar estos procesos. Lo que puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el estigma asociado con la enfermedad.

4. Identificación y manejo de factores desencadenantes:

Estrategia: Ayudar al paciente a identificar situaciones y factores que pueden desencadenar síntomas psicóticos y desarrollar estrategias de afrontamiento.

Ejemplo: Podemos trabajar ambos para identificar situaciones estresantes en el trabajo o en el hogar que tienden a preceder los episodios psicóticos. De esta forma, se desarrolla un plan de acción que incluya técnicas de relajación, ejercicios de respiración y métodos para reducir el estrés en esas situaciones.

5. Entrenamiento en habilidades sociales:

Estrategia: Mejorar las habilidades interpersonales y sociales del paciente.

Ejemplo: En este caso, se trabajaría con el consultante para practicar habilidades de comunicación efectiva, como hacer y responder preguntas adecuadamente, mantener el contacto visual y expresar emociones de manera apropiada. Estas sesiones pueden incluir juegos de roles y ensayos de situaciones sociales comunes.

6. Desarrollo de rutinas diarias y actividades estructuradas:

Estrategia: Establecer una rutina diaria para mejorar la organización y el funcionamiento diario.

Ejemplo: Se crea un horario diario que incluya tiempo para actividades de autocuidado, ejercicio, trabajo o estudio, y ocio. El motivo es que mantener una rutina estructurada puede ayudar a reducir la desorganización y mejorar el estado de ánimo general.

7. Intervenciones basadas en *mindfulness*:

Estrategia: Utilizar técnicas de *mindfulness* para aumentar la conciencia del momento presente y reducir el estrés.

Ejemplo: Aquí, a veces puede ser útil enseñar ejercicios de *mindfulness*, como la respiración consciente y la observación sin juicio de pensamientos y sensaciones. Pues ayuda a manejar mejor las experiencias psicóticas y reducir la ansiedad asociada.

Intervenciones psicosociales

Incluyen una variedad de programas diseñados para mejorar el funcionamiento social y ocupacional de las personas con psicosis. Estas intervenciones pueden abarcar desde la rehabilitación psicosocial y la terapia ocupacional hasta el entrenamiento en habilidades sociales y programas de empleo apoyado.

Lo cierto es, que el apoyo psicosocial puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con psicosis al proporcionar habilidades prácticas y apoyo para la integración en la comunidad, pues ayudan a desarrollar una mayor independencia y a reducir el aislamiento social.

De esta forma, lo que se busca es mejorar la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades diarias, mantener relaciones interpersonales y participar en actividades significativas. La rehabilitación psicosocial puede incluir la enseñanza de habilidades de vida, como la gestión del hogar y la planificación financiera, así como el apoyo para encontrar y mantener empleo. Y, las intervenciones también pueden incluir el entrenamiento en habilidades sociales, que ayuda a los pacientes a mejorar su comunicación y a establecer relaciones más efectivas y gratificantes.



A continuación, podrás ver un ejemplo de cómo se realizaría un boceto de un programa de rehabilitación psicosocial:

Plan de rehabilitación psicosocial

Objetivo: *Mejorar la calidad de vida de Juan, un hombre de 35 años diagnosticado con esquizofrenia, ayudándole a llevar una vida más independiente, mejorar sus habilidades interpersonales y participar activamente en actividades significativas.*

Intervención:

1. Evaluación integral:

Fecha: *1 de julio*

Profesional: *Psicólogo clínico*

Objetivo: *Evaluar las habilidades actuales de Juan en áreas clave: vida diaria, habilidades sociales y participación en actividades significativas.*

2. Entrenamiento en habilidades para la vida diaria:

Actividades:

- **Preparación de comidas:**

***Ejemplo:** Juan aprenderá a planificar y preparar comidas sencillas, comenzando con un desayuno básico.*

***Frecuencia:** Dos veces por semana.*

***Lugar:** Cocina de la clínica.*

***Objetivo a corto plazo:** Preparar un desayuno balanceado de forma independiente.*

- **Manejo del dinero:**

***Ejemplo:** Juan aprenderá a elaborar un presupuesto mensual y controlar sus gastos.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Sala de actividades de la clínica.*

***Objetivo a corto plazo:** Mantener un registro de gastos durante un mes.*

3. Desarrollo de habilidades sociales:

Actividades:

- **Sesiones de habilidades sociales:**

***Ejemplo:** Participar en juegos de rol para practicar cómo iniciar y mantener una conversación.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Sala de terapia grupal.*

***Objetivo a corto plazo:** Iniciar una conversación con al menos tres personas diferentes durante las sesiones.*

- **Resolución de conflictos:**

***Ejemplo:** Aprender y practicar técnicas de resolución de conflictos en situaciones simuladas.*

***Frecuencia:** Dos veces por semana.*

***Lugar:** Sala de terapia grupal.*

***Objetivo a corto plazo:** Aplicar una técnica de resolución de conflictos en una situación real.*

4. Participación en actividades significativas:

Actividades:

- **Identificación de intereses:**

***Ejemplo:** Trabajar con un terapeuta ocupacional para identificar actividades que le resulten gratificantes, como jardinería.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Sala de terapia ocupacional.*

***Objetivo a corto plazo:** Identificar al menos tres actividades significativas.*

- **Participación en un grupo comunitario:**

***Ejemplo:** Unirse a un club de jardinería local.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Jardín comunitario.*

***Objetivo a corto plazo:** Asistir a las reuniones del club de jardinería durante un mes.*

5. Apoyo vocacional:

Actividades:

- **Preparación de currículum:**

***Ejemplo:** Crear y actualizar su currículum con la ayuda de un consejero vocacional.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Oficina de consejería vocacional.*

***Objetivo a corto plazo:** Completar y actualizar el currículum.*

- **Búsqueda de empleo:**

***Ejemplo:** Buscar oportunidades de trabajo adecuadas y practicar entrevistas.*

***Frecuencia:** Dos veces por semana.*

***Lugar:** Oficina de consejería vocacional.*

***Objetivo a corto plazo:** Solicitar al menos tres empleos en el primer mes.*

6. Apoyo psicoeducativo:

Actividades:

- **Sesiones de psicoeducación:**

***Ejemplo:** Asistir a sesiones que proporcionen información sobre la esquizofrenia y estrategias para manejar la enfermedad.*

***Frecuencia:** Una vez por semana.*

***Lugar:** Sala de educación en salud mental.*

***Objetivo a corto plazo:** Asistir a todas las sesiones durante tres meses.*

7. Planificación y seguimiento individualizado:

Actividades:

- **Revisión del plan:**

***Ejemplo:** Revisar y ajustar el plan de intervención según el progreso de Juan.*

***Frecuencia:** Una vez al mes.*

***Lugar:** Oficina del psicólogo clínico.*

***Objetivo a corto plazo:** Ajustar el plan según las necesidades y el progreso observado.*

Ejemplo de plan semanal:

Lunes:

- 10:00 - 11:00: Entrenamiento en habilidades de preparación de comidas.
- 14:00 - 15:00: Sesión de habilidades sociales.

Miércoles:

- 10:00 - 11:00: Manejo del dinero.
- 14:00 - 15:00: Identificación de intereses con terapeuta ocupacional.

Viernes:

- 10:00 - 11:00: Sesión de psicoeducación.
- 14:00 - 15:00: Resolución de conflictos.

Sábado:

- 10:00 - 12:00: Participación en el club de jardinería.

Por supuesto, no todos los pacientes con psicosis requerirán exactamente el mismo plan de rehabilitación psicosocial expuesto, ya que el tratamiento y la rehabilitación deben ser altamente individualizados debido a la naturaleza diversa y compleja de la enfermedad. Con lo que, cada paciente debe someterse a una evaluación integral para identificar sus necesidades específicas, habilidades actuales, historial médico y psicosocial, y las áreas donde más necesitan apoyo.

La gravedad de los síntomas y el tipo de psicosis, como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante, influirán significativamente en el diseño del plan; por ejemplo, un paciente con esquizofrenia catatónica puede requerir un enfoque más intensivo en la activación y la terapia ocupacional para contrarrestar los episodios de inmovilidad y mutismo, así como el uso de terapias físicas para mejorar la movilidad y reducir la rigidez muscular. En contraste, un paciente con trastorno esquizoafectivo, que presenta síntomas de psicosis combinados con episodios depresivos o maníacos, podría necesitar un enfoque equilibrado que incluya terapia cognitivo-conductual para manejar los síntomas afectivos, junto con intervenciones específicas para las alucinaciones o delirios. ¿Qué pasa si esto no se tiene en cuenta? Tomando el último ejemplo, si un paciente con trastorno esquizoafectivo no recibe un enfoque equilibrado que aborde tanto los síntomas afectivos como psicóticos puede experimentar fluctuaciones severas de humor no manejadas adecuadamente, lo que podría aumentar el riesgo de episodios depresivos profundos o maníacos. Esto no solo impactaría negativamente la estabilidad emocional de este, sino que también podría llevar a una mayor incidencia de hospitalizaciones y menor adherencia al tratamiento.

Asimismo, la coexistencia de otros trastornos, como ansiedad, depresión o abuso de sustancias, también debe ser abordada de manera concurrente; un paciente con psicosis y trastorno de ansiedad puede requerir tanto terapia cognitivo-conductual para la ansiedad como estrategias específicas para manejar las alucinaciones. Y los planes deben adaptarse a las capacidades y fortalezas individuales; así, alguien que ya es competente en habilidades de manejo del hogar puede necesitar menos enfoque en estas áreas y más en habilidades sociales.

Además, el nivel de apoyo familiar y social disponible varía entre pacientes, y aquellos con un fuerte sistema de apoyo pueden necesitar menos intervención en ciertas áreas, como la integración social, pero más en la gestión del estrés y las expectativas familiares. Por lo que los objetivos personales del paciente, como metas a corto y largo plazo en términos de recuperación, empleo, educación y relaciones personales, deben guiar la planificación; por ejemplo, un paciente que desea regresar a la universidad puede necesitar apoyo académico y estrategias para manejar el estrés académico. Ahora, si imaginamos que se omiten los objetivos personales del paciente en la planificación del tratamiento, pueden surgir múltiples problemas que impacten negativamente en la eficacia del tratamiento y el bienestar del paciente. Asimismo, aquel consultante con un fuerte sistema de apoyo familiar que no recibe intervención adecuada en la gestión del estrés y las expectativas familiares puede experimentar una presión excesiva, lo que podría agravar sus síntomas psicóticos y generar conflictos familiares.

Sumado a lo dicho, las adaptaciones culturales son fundamentales, asegurando que las intervenciones sean culturalmente sensibles y apropiadas; por ejemplo, una persona de una comunidad indígena con fuertes tradiciones espirituales puede beneficiarse enormemente de la inclusión de rituales y ceremonias tradicionales en su plan de rehabilitación, como la participación en ceremonias de sanación o la consulta con líderes espirituales de su comunidad. De manera similar, un paciente de una comunidad religiosa devota puede encontrar apoyo adicional en la integración de prácticas religiosas, como la oración, la asistencia a servicios religiosos y el apoyo de la comunidad de fe, lo que puede proporcionar una red de apoyo emocional y social robusta. Además, la frecuencia y duración de las sesiones de rehabilitación pueden variar según la disponibilidad del paciente, la severidad de los síntomas y la tasa de progreso.

Apoyo familiar y educación

Son componentes esenciales del tratamiento de la psicosis. Esto implica educar a los miembros de la familia sobre la naturaleza de la psicosis, los síntomas, los tratamientos disponibles y las estrategias para apoyar al paciente. Y es que, un entorno familiar informado y de apoyo puede reducir el estrés y la carga familiar, mejorar la adherencia al tratamiento del paciente y fomentar un entorno más estable y comprensivo. De hecho, la teoría del estrés-vulnerabilidad sugiere que el estrés ambiental, incluido el estrés familiar, puede exacerbar los síntomas de la psicosis.

De este modo, los objetivos son reducir la carga emocional y práctica sobre la familia, mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y el paciente, y proporcionar estrategias para manejar los síntomas y comportamientos problemáticos. La educación familiar puede incluir información sobre el manejo de crisis, técnicas de comunicación efectiva y el uso de estrategias de afrontamiento. También puede servir de grupos de apoyo para familias, que proporcionan un espacio para compartir experiencias y obtener apoyo emocional. Veamos un caso donde se puede ver mejor la importancia de la psicoeducación:

Laura, una joven de 25 años, fue diagnosticada con esquizofrenia paranoide hace seis meses. Vive con su madre Ana, su padre Carlos, y su hermano menor Miguel, de 17 años. Desde su diagnóstico, Laura ha tenido dificultades para adherirse a su tratamiento debido a la falta de comprensión y apoyo de su familia. Ana y Carlos, aunque bien intencionados, no entienden completamente la naturaleza de la esquizofrenia y tienen expectativas poco realistas sobre la recuperación de Laura, esperando que ella "vuelva a la normalidad" rápidamente. Miguel, por su parte, se siente confundido y preocupado, pero no sabe cómo ayudar a su hermana. La incomprensión y el estigma asociado con la esquizofrenia han generado altos niveles de estrés y conflicto en la familia, con frecuentes discusiones sobre el comportamiento y el futuro de Laura. La familia está luchando para adaptarse a los cambios y a las necesidades especiales que ahora forman parte de su vida diaria.

Contexto: Primera sesión de psicoeducación con Ana, Carlos y Miguel. El objetivo es explicar la esquizofrenia y abordar las preocupaciones iniciales de la familia.

- **Terapeuta (T)**
- **Ana (A)**, madre de Laura
- **Carlos (C)**, padre de Laura
- **Miguel (M)**, hermano menor de Laura

Escena: La familia está sentada en la sala de terapia junto al terapeuta.

T: Buenos días, Ana, Carlos, Miguel. Gracias por estar aquí hoy. Sé que estos últimos meses han sido difíciles para todos ustedes. Vamos a hablar sobre la esquizofrenia de Laura, aclarar cualquier duda que puedan tener y ver cómo podemos trabajar juntos para apoyarla mejor. ¿Les parece bien?

A: Sí, gracias. Realmente necesitamos entender mejor lo que está pasando con Laura.

C: Hemos leído algo sobre la esquizofrenia, pero aún estamos muy confundidos y preocupados.

T: Es completamente normal sentirse así. Empecemos por lo básico. La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que afecta cómo una persona piensa, siente y se comporta. Los síntomas pueden incluir alucinaciones, delirios y problemas para pensar con claridad. ¿Qué síntomas han notado en Laura?

M: Ella a veces habla sola y dice que escucha voces. A veces parece que tiene mucho miedo de algo que no podemos ver.

T: Esas son alucinaciones auditivas, un síntoma común en la esquizofrenia. Laura percibe voces que no están presentes, y eso puede ser muy aterrador para ella. ¿Han notado algún otro comportamiento?

A: Sí, ella también cree que alguien la está persiguiendo, incluso cuando sabemos que no es así. Es muy difícil convencerla de lo contrario.

T: Eso se llama delirio de persecución. Es una creencia falsa que Laura tiene, y es importante entender que para ella, esa creencia es muy real. Intentar convencerla de que está equivocada puede no ser útil y puede aumentar su angustia. En su lugar, podemos aprender a responder de manera que la ayude a sentirse segura.

C: ¿Y cómo podemos hacer eso?

T: Podemos usar técnicas de validación y apoyo emocional. Por ejemplo, pueden decir algo como: "Entiendo que estás asustada porque sientes que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y mantenerte a salvo." Esto reconoce su miedo sin entrar en confrontación directa con sus delirios. Practiquemos esto. Ana, ¿puedes intentar decir eso?

A: [Insegura] Laura, entiendo que estás asustada porque sientes que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y mantenerte a salvo.

T: Muy bien, Ana. Es un buen comienzo. Miguel, ¿quieres intentarlo también?

M: Claro. Laura, sé que estás asustada porque sientes que alguien te está persiguiendo. Pero estamos aquí para protegerte y asegurarnos de que estés segura.

T: Excelente, Miguel. La clave es ser calmado y comprensivo. Carlos, ¿te gustaría intentarlo?

C: Sí, puedo intentarlo. Laura, entiendo que tienes miedo porque crees que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y no dejaremos que te pase nada malo.

T: Perfecto, Carlos. Estas respuestas pueden ayudar a Laura a sentirse más segura. También es importante que ustedes cuiden su propio bienestar. La esquizofrenia puede ser difícil de manejar para toda la familia. ¿Tienen preguntas hasta ahora?

A: Sí, ¿cómo podemos saber si el tratamiento está funcionando?

T: Eso es una muy buena pregunta. Podemos monitorear el progreso de Laura observando la frecuencia y severidad de sus síntomas, así como su capacidad para realizar actividades diarias. También es crucial mantener una comunicación abierta con su psiquiatra para ajustar el tratamiento según sea necesario. ¿Alguna otra pregunta?

M: ¿Qué podemos hacer cuando Laura se pone muy agitada o ansiosa?

T: En esos momentos, es importante mantener la calma y usar técnicas de desescalada, como hablar en un tono bajo y tranquilizador, ofrecer un espacio tranquilo y seguro, y validar sus sentimientos sin discutir con sus percepciones. Vamos a practicar algunas de estas técnicas en nuestras próximas sesiones.

C: Gracias, esto es muy útil. Sentimos que ahora tenemos una mejor idea de cómo ayudar a Laura.

T: Me alegra escuchar eso. Trabajaremos juntos en esto. En nuestra próxima sesión, hablaremos sobre las opciones de tratamiento y cómo pueden apoyar a Laura en su adherencia a la medicación y la terapia. ¿Les parece bien?

Todos: Sí, gracias.

T: Perfecto. Nos vemos la próxima semana. Recuerden, estamos aquí para apoyarlos a todos ustedes en este proceso.