PROYECTO DE PRÁCTICUM II

ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LANZAROTE

Autor: Kathleen Phillips, estudiante de la UOC,
Diciembre 2011

ÍNDICE	PÁGINAS
1. Introducción …….	**3-5**
2. Objetivos del Practicum …….	**6-7**
3. Descripción del centro ……..	**8-10**
1. Historia	8
2. Servicios que ofrece	8
3. Programas que ofrece	9
4. Descripción del área de Prácticum y profesionales implicados	11-13
4. Razones de la elección del tema de Practicum II, interés y prospectiva ……..	**14-17**
▪ Supuestos teóricos que fundamentan el Prácticum II	16-17
5. Dedicación presencial y propuesta de actividades presenciales para el desarrollo del trabajo ……	**18-26**
▪ Dedicación diaria a las tareas y relación con el personal del equipo	18-19
▪ Desarrollo habitual de la actividad en el centro. Hábitos del tutor. Roles y tareas en Practicum	20-23
▪ Identificación de las tareas que asumo; las relacionadas con el rol de Psicólogo de la Educación y las que se cruzan con este	23-24
▪ Aportaciones sobre la valoración del equipo sobre el trabajo que realizan en su rol	25-26
6. Descripción de la actividad realizada ……..	**27-88**
⅄ Marco teórico	27-64
⅄ Primeras observaciones, Parte Práctica	65-66
⅄ Actividades de Practicum	67-77
⅄ Aspectos que facilitan y/o dificultan las tareas de Prácticum	78-80
⅄ Aspectos que facilitan y/o dificultan la actividad habitual del centro	81-82
⅄ Aspectos que contribuyen a un trabajo de equipo interdisciplinario	83-84
⅄ Tareas e intervenciones asumidas, desde la perspectiva que responden a aquello que se espera, en cuanto al psicólogo/a de la educación	84-86
⅄ Estrategias y los recursos utilizados para poder resolver las dificultades identificadas	86-87
⅄ Consecuencias de nuestra intervención. Aportaciones reales y beneficios	87-88
7. Conclusiones y prospectiva ……..	**89-93**
8. Valoración crítica ……..	**94-95**
9. Anexos ……..	**96-128**
10. Bibliografía ……..	**129-131**

1. INTRODUCCIÓN

El Practicum II lo realizamos en la Asociación de Discapacitados de Lanzarote (ADISLAN), dónde actualmente trabajamos en el servicio de Centro de día. Colaboramos con la psicóloga del departamento de atención psicológica del centro, que trabaja en horario de Centro de día, pero que responde a demandas que provienen del Centro de día y el Centro Residencial. Para comprender el alcance del trabajo de la asociación, así como el área en el que vamos a colaborar, pasamos a describir brevemente el lugar de trabajo dónde nos ubicamos en nuestro Practicum.

La Asociación de Discapacitados de Lanzarote (ADISLAN) surge en el año 1969 por la necesidad de atender a las personas con discapacidad intelectual y sus familias. Se trata de una asociación relativamente joven, única en el contexto de Lanzarote, estando domiciliada en la calle Arcipreste de Hita nº 30, población Tahíche, Municipio Teguise, provincia Las Palmas, Lanzarote. Ofrece sus servicios tanto a niños y niñas comprendidas entre los 0-6 años en el Centro de Atención Temprana situada en Arrecife, abierto recientemente, así como a adultos con discapacidad intelectual, que por diversos motivos no poseen las competencias necesarias para el acceso a servicios más normalizados. Estos últimos se localizan en los dos centros que se encuentran en el pueblo de Tahiche. En estos dos centros, situados a muy corta distancia, es dónde decidimos realizar el Practicum II, concretamente en el servicio de Centro de Día. Trabajaremos específicamente con adultos con discapacidad intelectual, que denominaremos bajo el nombre que se utiliza actualmente, “clientes NTP” (Necesidad de Terceras Personas), así como con adultos de grado ocupacional (elevado grado de autonomía): “clientes ocupacionales”. Realizamos esta distinción, ya que en los servicios descritos se pueden encontrar las actividades y talleres divididos en grupos de clientes divididos por su grado de autonomía. En uno de los centros de día, se encuentra el grupo de clientes NTP con un grado mayor de necesidad de apoyo. En el otro centro de día, encontramos tanto los clientes NTP con mayor autonomía, como los clientes ocupacionales, que participan del taller de empleo, en vistas a insertarse laboralmente en un futuro. Los clientes NTP, de distinta necesidad de apoyo y autonomía acuden a talleres y actividades del Centro, en horario de 9.00h.-16.00h. Así mismo lo hacen el grupo de clientes ocupacionales, incorporándose a sus puestos de trabajo (huerta y lavandería) en el mismo horario. A pesar de realizar y enfocar nuestro trabajo a estos grupos de clientes y los trabajadores de este contexto, pretendemos trasladar también nuestra acción de Practicum al Centro Residencial, ya que tendremos en cuenta que así mismo, todos los clientes del Centro Residencial acuden a los talleres y actividades del Centro de Día.

El servicio de atención psicológica del Centro, el departamento en el que realizamos nuestras prácticas, atiende las demandas que se dan en relación a clientes que acuden al Centro, a trabajadores de atención directa o técnicos relacionados con estos servicios y a familias de estos clientes. Esto significa que se abarcan desde este puesto un amplio abanico de tareas, que además son cambiantes y responden al día a día del Centro, ya que este tipo de entornos requieren de flexibilidad y adaptabilidad, por tratarse del área que se dedica a trabajar junto a personas con discapacidad. Se trabaja de forma coordinada con todas las áreas y servicios específicos del Centro, y con los profesionales a los que les corresponde cada demanda específica. La psicóloga además se coordina con el área de atención psiquiátrica, que en nuestro caso tendrá gran importancia por la temática elegida para el Practicum II.

Algunas de las tareas que podemos denominar como parte de las acciones que lleva a cabo este gabinete, son la evaluación psicológica de nuevos clientes al entrar al centro por primera vez, atención de casos concretos en relación a los clientes con discapacidad, elaboración de informes psicológicos como parte de la elaboración de datos que guarda el centro en relación a sus clientes, creación de pautas de actuación para trabajadores a la hora de afrontar comportamientos concretos que puedan darse en clientes (crisis, agresividad, etc.), solución de problemas de equipo, y un largo etc. Por las variadas tareas que se llevan a cabo desde aquí, así como el contacto que la psicóloga mantiene con trabajadores y clientes, nos ha interesado colaborar en este servicio, de modo que podamos aprender a realizar distintas funciones, siempre en la línea del tema elegido a desarrollar. Estas tareas del gabinete psicológico siempre se desenvuelven con el objetivo de fomentar el bienestar de los clientes. La filosofía de ADISLAN promueve la calidad de vida de las personas con discapacidad y el ofrecer actividades y formación que posibiliten el mayor grado de autonomía posible, siendo los profesionales del Centro, un apoyo, y no una ayuda.

El objetivo de nuestro prácticum y tema elegido para desarrollar en este contexto, se trata de la creación de un curso formativo dirigido a las personas de atención directa y técnicos que trabajan en el Centro de Día y Centro Residencial. El curso versará sobre los trastornos relacionados con la psicosis y trastornos del estado de ánimo que se pueden asociar a estos, centrándonos en los síntomas y su detección en clientes con discapacidad. Para ello desarrollaremos en primer lugar un trabajo destinado al uso del departamento, dónde recopilaremos de forma teórica la descripción de las distintas patologías relacionadas con la psicosis y trastornos del estado de ánimo, de forma esquemática y ejemplificada, dónde la psicóloga podrá acceder de forma sencilla a sus síntomas y su descripción en caso de ver la necesidad de realizar un posible diagnostico en alguno de los clientes en un momento determinado. Este trabajo se realizará solo para el uso por parte del gabinete psicológico, mientras que paralelamente, y utilizando un vocabulario distinto y de fácil accesibilidad y comprensión por parte del personal de atención directa, realizaremos una síntesis de los puntos importantes sobre sintomatología y detección de determinados trastornos. El objetivo de este trabajo es facilitar la comunicación entre la psicóloga y el personal de atención directa, debido que a través de su experiencia ha detectado como los canales comunicativos entre estos dos polos son insuficientes o inadecuados, de modo que la psicóloga no puede identificar si se están dando síntomas en los clientes con los que no trabaja directamente, previos por ejemplo a una crisis de tipo psicótica. Esta necesidad es analizada por parte de la psicóloga como algo que debemos solventar de forma urgente, con el objetivo de prever o detectar de forma temprana, cambios negativos en clientes que tienen asociadas a su discapacidad trastornos de tipo psicótico.

La intervención por parte del gabinete psicológico del Centro se realiza desde un punto de vista teórico - práctico sistémico. De todos modos, debemos citar en primer lugar, cómo la información que vamos a recopilar, se va a basar en bibliografía relacionada con la intervención psicológica desde un punto de vista clínico, como es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*, u otra bibliografía que verse sobre la sintomatología y los trastornos de tipo psicótico principalmente.

Este tipo de información creemos conveniente utilizarla por su utilidad práctica y en base a que tomando como ejemplo el DSM IV, esta surge del trabajo psicológico enfocado desde objetivos

clínicos, de investigación y educacionales, y se apoya en fundamentos empíricos sólidos. De todos modos, a pesar de recabar dicha información desde fuentes enfocadas a un trabajo de tipo clínico, nuestro objetivo es utilizarlo contextualmente desde una intervención *sistémica*. El gabinete psicológico que trabaja bajo un enfoque sistémico, entiende cómo el cliente que requiere de una intervención, ya que se observa dicha necesidad desde el punto de vista de la intervención psicológica, es influido e influye de forma recíproca en las partes del sistema que entran en contacto con él o ella y del que forma parte. De este modo, se fundamenta un trabajo coordinado en la tarea de intervención por parte del departamento en relación al sujeto que presenta síntomas de malestar en relación en este caso con el malestar producido por los trastornos de tipo psicótico. Por lo tanto, nuestra intención es influir de forma positiva en el sistema que abarca parte de la vida de la persona con discapacidad. Este trabajo de coordinación y formación del círculo que rodea a los sujetos diagnosticados con este tipo de patologías, creemos influirá mejorando la intervención y entorno del cliente. Esto creemos que puede ser así, ya que un mayor conocimiento por parte de las personas de atención directa de lo que significan los síntomas y cómo se muestran en estas personas, pueden desde la comprensión del comportamiento ajeno, crear prácticas más comprensivas y útiles hacia la creación de una relación satisfactoria entre el personal y los clientes afectados. Con esto no queremos afirmar que no exista ya una relación satisfactoria entre el personal de atención directa y los clientes, sino que en ocasiones, existen conductas por parte de los clientes debidas creemos a la afectación de la patología diagnosticada en ellos, que se entienden por parte del personal como un reflejo de la personalidad del cliente o de la acción malintencionada de estos. Hablamos aquí de conductas inadecuadas o distorsionadas. La comprensión del origen de este tipo de conductas, muchas veces derivadas como consecuencia de síntomas psicóticos, creemos puede facilitar la intervención del personal de atención directa hacia la persona con discapacidad. Además esto a su vez facilitará la comunicación con la psicóloga, que podrá de forma más objetiva recopilar información sobre el estado del cliente cuando este muestre síntomas negativos relativos a la patología diagnosticada. Todo este trabajo coordinado, esperamos sea una ayuda para la mejora del servicio que se ofrece a los clientes que acuden a la asociación ADISLAN.

2. OBJETIVOS DEL PRACTICUM

Como objetivos generales del Practicum II planteamos los siguientes:

- Colaborar positivamente en las funciones y tareas que aborda el gabinete psicológico.
- Colaborar en la intervención que se realiza en situaciones de atención a los clientes que presentan malestar relacionado con la patología diagnosticada de tipo *psicótico*.
- Fomentar habilidades básicas para el desarrollo de la actividad como futuras psicólogas.
- Comprender las competencias necesarias que debemos desarrollar como futuros profesionales y adquirirlas en la mayor medida posible.
- Dotarnos de una base teórica sólida sobre el tema elegido para el Practicum II.
- Trabajar coordinadamente con las partes implicadas en el proceso de Practicum II, utilizando las vías establecidas con la psicóloga.
- Utilizar de forma adecuada las herramientas adquiridas a lo largo de la carrera de Psicología y del Practicum I, para tratar de desarrollar al máximo nuestro aprendizaje en relación al tema elegido.
- Fomentar habilidades comunicativas adecuadas para trabajar de forma eficaz junto a la psicóloga del Centro, así como para abordar nuestra tarea de prácticum y principalmente el curso de formación al personal de atención directa de forma adecuada.
- Profundizar en nuestro conocimiento teórico y práctico como psicólogos y en base a las observaciones y actuaciones que llevemos a cabo junto a la psicóloga.
- Realizar un trabajo eficaz y útil para la mejora del servicio que ofrece la asociación.
- Mantener una postura activa durante las prácticas ofreciéndonos para las actividades oportunas de forma profesional y eficaz, en base a las directrices dadas por nuestra tutora.

Como objetivos específicos proponemos los siguientes:

- Seguir el plan de trabajo marcado y acudir semanalmente a las tareas pautadas con la tutora.

- Planificar gradualmente nuestra intervención en prácticas con la tutora.

- Desarrollar nuestro conocimiento en base al lenguaje técnico utilizado para abordar intervenciones de tipo psicológico, de pacientes con patologías de tipo psicótico o trastornos del ánimo asociados.

- Formarnos adecuadamente a través de bibliografía que se preste por parte del Centro de Prácticas o fuera de él en los temas pautados para el proyecto de prácticas.

- Formarnos y profundizar en el tema elegido de prácticas creando una base sólida de conocimientos al respecto.

- Crear un material útil sobre el tema elegido para el uso del gabinete psicológico.

- Crear un documento de calidad con la información necesaria para la impartición del taller de formación, a partir del material creado para el uso del gabinete psicológico.

- Crear e impartir el taller de formación sobre el tema elegido para el personal de atención directa.

- Evaluar y así poder valorar los resultados del taller de formación impartido a partir del preguntas presentadas al personal de atención directa al finalizar el taller.

- Respetar en todo momento el *secreto profesional* con respecto a la información que obtenemos a partir del Practicum.

- Ser puntual, organizada en el trabajo, y constante con lo establecido con nuestra tutora como estudiantes de prácticas.

- Solventar de forma profesional los problemas que puedan surgir a lo largo del Practicum.

- Mejorar las herramientas adquiridas en lo que respecta al rol de psicólogo (comunicativas, de intervención, etc.).

3. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

HISTORIA

El Prácticum II lo llevamos a cabo en la Asociación de Discapacitados de Lanzarote

(ADISLAN). Esta asociación surgió en el año 1969 por la urgente necesidad de atender a las personas con discapacidad intelectual y sus familias. El día 30 de Agosto de 1969 se llevó a cabo una reunión que marcará el comienzo de su puesta en marcha, por parte de los miembros de la Junta rectora, que acuerdan iniciar las campañas de recaudación de fondos para iniciar sus actividades. En Octubre de ese mismo año, el Cabildo Insular de la isla de Lanzarote cede unos locales para la instalación provisional del *Colegio de Educación Especial*.

En Marzo de 1971 ceden un solar en la zona de Tahíche, municipio de Teguise, Lanzarote, donde se instala el primer centro residencial para discapacitados intelectuales de la isla de Lanzarote. El 29 de Noviembre de 1992 se inaugura oficialmente la Residencia del Centro. En Diciembre del año 2001 ADISLAN fue declarada como entidad de Utilidad Pública, siendo de esta forma reconocida por la labor social que ha desempeñado desde entonces.

Así podemos observar cómo ADISLAN es una asociación relativamente joven, que ha crecido sustancialmente desde que se abriera su primera residencia.

La asociación, ha intentado e intenta evolucionar, no sólo en los servicios que ofrecen, sino en la filosofía de trabajo que debe regir el trabajo de cada uno de los integrantes de la empresa. Cómo el tema que aquí nos ocupa se trata de la discapacidad intelectual, hablamos en cuanto a filosofía que rige las normas del centro de conceptos que están actualmente en boga cómo son el de “autonomía”, “autodeterminación” y “calidad de vida”. La pretensión de esta empresa es conseguir que todos los miembros que a ella acuden en calidad de clientes reciban un servicio basado y fundado en este tipo de conceptos, que tanto se discuten en la actualidad en relación a lo que discapacidad se refiere. Por lo tanto, la calidad del trabajo de ADISLAN no solo está fundada en la serie de servicios que presta, sino en la filosofía que mueven su evolución y crecimiento.

- **SERVICIOS QUE OFRECE**

La asociación de discapacitados de Lanzarote (ADISLAN) ofrece sus servicios a niños y niñas comprendidas entre los 0-6 años y adultos con discapacidad intelectual y que por diversos motivos no poseen las competencias necesarias para el acceso a servicios más normalizados.

Los servicios que actualmente presta la asociación son los siguientes:

- Centro de atención temprana.
- Centro asistencial.
- Centro ocupacional.
- Centro ocupacional residencial.
- Servicio de integración laboral.
- Centro especial de empleo.
- Servicio de atención a la familia (SAF).

- **PROGRAMAS QUE OFRECE**

Los programas que lleva a cabo son los siguientes:

- Programa de atención familiar.
- Programa de respiro familiar.
- Programa de ocio y tiempo libre.

- Programa de deportes.
- Programa de Autogestores.

Por lo tanto, ADISLAN se trata de una asociación que surge por la unión de familiares con una misma problemática; tener hijos con discapacidad y no tener recursos por los que se pueda atender sus necesidades. A partir de aquí y de un largo proceso por el que solicitan medios al Cabildo y Gobierno de Canarias, se abre el primer centro residencial para personas con discapacidad de Lanzarote en el año 1971, mientras que en 1969 se abre el primer centro de día para atender a estas personas. Desde entonces se han producido grandes cambios, tanto en la evolución de sus recursos físicos, como en la evolución de su forma de trabajo y filosofía que sustenta el centro. Cómo hemos explicada con anterioridad, el Centro se divide en tres partes: el centro de atención temprana en la capital de la isla, Arrecife, el Centro Residencial y parte del Centro de Día para personas adultas en Tahiche, y a pocos metros la segunda parte del Centro de Día para adultos. Nuestras prácticas las realizamos con la finalidad de abarcar una tarea de formación e investigación dirigida a los dos centros de día y centro residencial localizados en Tahíche. En ellos, por un lado encontramos los clientes adultos que residen todo el año en el centro residencial, que por factores sociales en relación a sus familias, no pueden ser atendidos o tienen vínculos familiares debilitados, por lo cual en algún momento se concede una plaza para su internamiento por diversos factores.

Una parte del centro de día se encuentra en el mismo espacio físico que el Centro Residencial, dividido este centro en dos secciones; este recurso atiende a los clientes con discapacidad denominados como NTP (Necesidad de Terceras Personas), con un grado mayor de necesidad de apoyo, menor autonomía. Por lo tanto está dividido en dos partes: por un lado el centro residencial que abarca dos largos pasillos con habitaciones, y por otro lado un pasillo con aulas para las actividades de centro de día. Además encontramos tres oficinas, de las coordinadoras de centro residencial y centro de día, así como del Servicio de Atención a Familias (SAF). Todo el espacio también comprende zonas de uso común para los clientes, como es el comedor, la cocina, el patio al aire libre, así como una sala de ocio con televisión y sofás.

El otro Centro de Día, denominado de forma informal como el *Centro de Día de abajo*, podemos localizar en su espacio distintos servicios y zonas: por un lado en la entrada al Centro encontramos la zona dónde se encuentran localizadas las oficinas de los cargos administrativos, así como de la psicóloga del centro, las trabajadoras sociales, directora del Centro, subdirectora, etc. El resto del espacio, está dividido y se estructura siguiendo la organización que pudiera tener un centro escolar. El espacio se divide en aulas por un lado, con zonas de descanso en su centro (sofás, jardín, etc.). Cuenta con instalaciones como una piscina al aire libre situada junto a las oficinas, piscina cubierta terapeútica, zona de fisioterapia y canchas de baloncesto, para el uso de los clientes NTP.

También podemos encontrar una zona comedor para los clientes y trabajadores, así como la cocina dónde se prepara toda la comida para todas las personas que acuden al centro.

En base a otro de los servicios del centro cómo es el taller de empleo para la futura inserción laboral de los clientes denominados como ocupacionales, con un elevado grado de autonomía, podemos encontrar tres zonas de trabajo: la lavandería del Centro, la huerta e

invernadero así como el taller de costura.

Otro recurso que podemos encontrar en este espacio, es el servicio de ocio, situado en un ala del Centro, que dedica su labor a ofrecer ocio inclusivo a los clientes del centro residencial y del centro ocupacional. Por lo tanto, como podemos imaginar se tratan de dos espacios físicos, tanto el *Centro de día de arriba como el de abajo* de bastante amplitud, pero dónde nuestra tarea se localizará de forma puntual en distintos ámbitos.

Antes de pasar a describir de forma concreta las áreas y recursos que abarcará nuestra tarea, debemos recordar como esta asociación cree en los clientes cómo personas que pueden alcanzar mejoras en su vida a partir de una mayor autonomía y poder de decisión sobre su futuro. Por ello siempre trabaja ofreciendo los apoyos pertinentes con el fin de conseguir este objetivo; que las personas con discapacidad tengan la capacidad de autorregular su vida en base a sus necesidades y a sus preferencias. Esta no es tarea fácil, ya que en años atrás, la atención que se ofrecía a personas con discapacidad estaba basada en un sistema de protección sobre el individuo, en un método de tipo asistencial. Esta forma de trabajo se está intentando romper en el tiempo, en base a la visión de la persona con discapacidad como personas capaces y con grandes capacidades, pero con problemas si las comparamos con el resto de sujetos normalizados en sociedad. Con el tiempo esta asociación pretende implantar el sistema basado en la metodología PCP, Planificación Centrada en la Persona, dónde se trabaja para alcanzar los sueños de las personas con discapacidad. Este método ya se implanta en otras asociaciones de España, pero para llegar a conseguirlo, se trabaja en la actualidad por el cambio de mentalidad que esto supone en trabajadores del Centro, a través de un nuevo plan pedagógico: trabajar en base a objetivos individuales de trabajo con cada cliente. ADISLAN por lo tanto trata con su trabajo de modificar la ideología que hasta hace poco ha imperado en la sociedad y en el centro en el que realizamos el Practicum, que observa a las personas con discapacidad como personas que necesitan apoyo de forma asistencial, en vez de personas que pueden alcanzar sus propios logros con nosotros como acompañantes, apoyos, y no desde el proteccionismo. Por lo tanto, esta es una de las finalidades del trabajo de ADISLAN de hoy día, con lo que respecta a su ideología, a parte de buscar el ofrecer un servicio de calidad que pueda ofrecer la mejor calidad de vida para los clientes.

La *sección* en la que realizamos nuestro Practicum, el servicio Residencial y el servicio de centro de día, pretende por un lado dar un hogar a personas con discapacidad, y por otro, ofrecer una serie de actividades y atención que favorezcan el desarrollo y aprendizaje de estas personas, desde un punto de vista funcional para su inserción en la sociedad.

- **Descripción del área de Prácticum y profesionales implicados:**

Nuestro trabajo lo realizamos de forma concreta en los siguientes lugares: trabajamos de forma directa (observación y recopilación de datos) con los equipos de centro de día, que hemos diferenciado como el Centro en el que se atiende a clientes NTP con mayor necesidad de apoyo, junto al que se encuentra el centro residencial, así como el otro recurso físico en el que se encentra el centro de día para clientes NTP (es decir, de forma concreta en el *Centro de Día de arriba y de abajo*). También recopilamos información, sin trabajar directamente junto al equipo, del Centro Residencial. Con observación y recopilación de datos, nos referimos al trabajo que desarrollamos de forma paralela a nuestra tarea junto a la psicóloga de la creación de un documento dónde se

especifiquen las enfermedades de tipo psicóticas, esquizofrenia y trastornos del ánimo, por el cual observamos a dos clientes con discapacidad.

Estos dos clientes que denominaremos como A y B, en la actualidad se encuentran en una fase de por un lado la cliente A (*Centro de día de arriba*), estabilización conductual tras un período de crisis de tipo psicótico, así como el cliente B (*Centro de día de abajo*), que también se encuentra en un periodo de reminiscencia de síntomas tras un brote de tipo psicótico por lo que estuvo internado en régimen hospitalario, en psiquiatría. Este trabajo lo estamos llevando a cabo, ya que consideramos tras comenzar a trabajar en el objetivo propuesto junto con la psicóloga de en primer lugar la creación del documento que abarcara la descripción de los trastornos así como su sintomatología, de los trastornos concretos especificados más arriba, que era necesario por nuestra parte observar in situ dos casos actuales de brote psicótico, así como la forma de expresión de dicha sintomatología por parte del equipo de atención directa de ambos clientes y los técnicos que les atienden. Esto lo consideramos necesario para poder comprender cómo entiende el equipo este tipo de trastornos y sus consecuencias, el lenguaje que utilizan para describirlo, la forma que tiene el equipo de interactúar con estos clientes, cómo influyen estos brotes y sus consecuencias en el tiempo en el trabajo diario de los distintos equipos, etc.; estos datos los consideramos de suma importancia para la toma de decisiones de actuaciones para el equipo por parte del gabinete psicológico del Centro. De este modo, nos encargamos de recoger información al respecto de forma presencial, y transmitir dicha información a la psicóloga. Para ello trabajamos en los dos centros de día; uno de los clientes descritos acude al centro de día NTP para clientes con mayor necesidad de apoyo, y el otro cliente al centro para clientes NTP con menor necesidad de apoyo, localizados como hemos dicho en los dos distintos recursos físicos. Para recopilar la información sobre cómo actúan los clientes en el entorno residencial, ya que ambos pertenecen al centro residencial, a partir de las 15:00h. nos informamos a través de los trabajadores que realizan el turno de tarde en la estancia de residencia referentes de cada cliente, así como a través de la coordinadora del centro residencial.

Paralelamente a esto, realizamos nuestra tarea de investigación teórica con respecto al tema elegido, utilizando para ello el despacho en el que se encuentra la psicóloga.

Para que se comprenda el alcance de nuestra tarea, pasamos a describir de forma esquemática el equipo al cual se adscribe nuestra intervención, que creemos clarificará lo hasta ahora descrito:

<u>CENTRO DE DÍA para clientes NTP con mayor necesidad de apoyo (centro e arriba):</u>

En este centro se encuentra uno de los casos observados, la cliente A.

- Equipo de 8 cuidadores y un monitor, con mayor responsabilidad sobre el grupo, que en cierto modo guía el trabajo del equipo.

- <u>Funciones generales del equipo:</u>

    - Atender de lunes a viernes en horario de 8.00-16:00h. a los 21 clientes con

discapacidad que acuden a los talleres.
- Ofrecer talleres de calidad para los clientes.
- Cubrir sus necesidades básicas de aseo, higiene y alimentación.
- Apoyar a través de la atención directa y la intervención sobre el cliente con discapacidad, de forma continua a lo largo del día, mediando sobre conflictos, atendiendo necesidades del grupo, dinamizando el trabajo, etc.

Cómo bien hemos dicho, estas se consideran sus funciones de forma general, pero debemos tener en cuenta cómo a través de la intervención del personal de atención directa se media de forma continua sobre la conducta y acciones de las personas con discapacidad, sobre los problemas que pueden presentar o sus necesidades, etc. Por lo tanto el trabajo no se centra únicamente en ofrecer servicios, sino en ofrecer apoyo constante a estas personas y regular su comportamiento, que en este entorno concreto se ve más afectado por las características de este grupo de una mayor necesidad de apoyo y por lo tanto, menor autonomía.

CENTRO DE DÍA para clientes NTP con menor necesidad de apoyo:

En este centro se encuentra uno de los casos observados, el cliente B.

- Equipo de 5 cuidadores y 6 monitores.

- Funciones generales del equipo:

  - Atender de lunes a viernes en horario de 8.00-16:00h. a los 27 clientes con discapacidad que acuden a los talleres.
  - Ofrecer talleres de calidad para los clientes.
  - Apoyar en sus necesidades básicas de aseo e higiene.
  - Ofrecer el servicio de comedor, dónde apoyan a los clientes que así lo requieren.
  - Apoyar a través de la atención directa y la intervención sobre el cliente con discapacidad, de forma continua a lo largo del día, mediando sobre conflictos, atendiendo necesidades del grupo, etc.

Es decir, que este equipo realiza las mismas funciones como cuidadores y monitores, pero debemos tener en cuenta que las características de las personas con discapacidad son distintas; cuentan con una mayor autonomía y capacidad cognitiva, por lo que las estrategias de atención directa con estos clientes difieren del grupo anterior.

Equipo de técnicos que trabajan en las dos partes del Centro de Día:

- Fisioterapeuta: atender las necesidades fisioterapeúticas de los clientes. Debemos tener en cuenta que existen clientes con movilidad reducida y problemas de tipo físico (sillas de ruedas, personas con andador, etc.), por lo que su trabajo también se centra en mejorar los espacios y facilitar recursos para su mejora en capacidades físicas que permitan su movilidad por el centro, a la hora de la alimentación, aseo, etc. Es decir, potenciar sus capacidades físicas para fomentar su grado de autonomía dentro de sus capacidades. Participa en la creación de objetivos de trabajo individuales de los clientes del centro y su seguimiento.

- Logopeda: se centra en fomentar los aspectos relacionados con la comunicación de los clientes, así como atender las necesidades relacionadas con la alimentación de los clientes (adaptaciones requeridas en utensilios del comedor, como los cubiertos, adaptaciones del espacio para facilitar la alimentación del cliente, a través de nivelaciones de mesas, etc., dietas, texturas de los alimentos, etc.). Participa en la creación de objetivos de trabajo individuales de los clientes del centro y su seguimiento.

- Terapeuta ocupacional: planea y guía en ambos centros las asambleas de la mañana, por la que se trabaja la comunicación entre clientes, los temas de interés que ellos muestran, etc. Guía el taller de terapia ocupacional del centro antes mencionado para NTP con mayor necesidad de apoyo. Lleva a cabo un proyecto que implica la creación de una sala multisensiorial de este mismo centro. Participa en la creación de objetivos de trabajo individuales de los clientes del centro y su seguimiento.

- Trabajadora social: se puede definir como principal función el ser puente entre las familias de los clientes NTP y ocupacionales que acuden al centro y ADISLAN. Se comunica con ellas y mantiene un contacto en este ámbito.

- Pedagoga: su trabajo actualmente se centra en marcar las directrices pedagógicas en la implantación de un nuevo sistema de trabajo en relación a los clientes. Se están creando para cada cliente, atendiendo a sus necesidades individuales, objetivos de trabajo concretos, con una metodología desarrollada. La organización de todo este trabajo está a su cargo.

- Psicóloga: algunas de sus funciones principales será en primer lugar atender las demandas de los clientes NTP y ocupacionales, o de centro residencial, si llegan directamente de ellos mismos, o de los trabajadores. Atender las demandas que surjan con respecto al equipo de trabajo (problemas de equipo, etc.). Realizar un seguimiento de la calidad del servicio en relación a la atención que se ofrece con respecto a los clientes. Atender demandas concretas con respecto a problemas que puedan surgir con familias de clientes, comunicarse con estas. Acudir a citas psiquiátricas. Realizar informes psicológicos de los clientes del centro. Participar en planes de inserción para nuevos clientes del centro.

4. RAZONES DE LA ELECCIÓN DEL TEMA DE PRACTICUM II, INTERÉS Y PROSPECTIVA

La elección de este tema surgió a partir de la práctica diaria en el puesto que ocupa la psicóloga del Centro, y a partir de varios casos reales en relación a los clientes del Centro. Se viene observando en los años en los que esta psicóloga ha estado trabajando en el Centro, así como bajo mi experiencia personal durante el tiempo que estuve trabajando en el Centro Residencial en atención directa, que por parte del personal no existen las herramientas necesarias, lógicas por los diferentes perfiles de formación del personal y experiencia, para ser conscientes y poder describir el momento y los síntomas que vienen dados por una patología relacionada con trastornos de tipo psicótico que sufren muchos de los clientes.

Existen varias formas de comunicación entre la psicóloga y el personal de atención directa,

así como con las coordinadoras de Centro y las familias de las personas con discapacidad. Por una parte y como ejemplo, para realizar un seguimiento del estado psicológico de los clientes, a partir de las libretas de comunicación individuales de cada cliente la psicóloga puede recabar información sobre el estado del cliente. Estas libretas de comunicación consisten en una serie de apartados dónde se apunta por parte de los cuidadores o monitores del cliente, el estado de ánimo, actividades diarias que realizan e información en relación a su salud física. Se recoge esta información de forma diaria, tanto por parte del Centro diurno como por parte del Centro Residencial para los clientes que en este residen. La psicóloga por lo tanto, recurre a estas libretas por cuestiones prácticas para informarse sobre cómo se encuentran los clientes que acuden al centro, cuándo los cuidadores o monitores o ya sean técnicos, expresan que un cliente en concreto está mostrando conductas inadaptadas o poco habituales. Este es es solo un ejemplo de cómo se informa la psicóloga sobre lo que sucede en casos concretos.

El proceso concreto para recopilar la información precisa sobre la situación y evolución del cliente en el tiempo pasado y en la actualidad que pueda presentar malestar de tipo psicológico consiste en el siguiente: la observación directa y si es posible diálogo con el cliente afectado; en segundo lugar la lectura de las libretas de comunicación; reuniones con el personal de referencia del cliente, para recabar información y verificar la situación psicológica del sujeto; entrevistas con la familia y con las coordinadoras de los Centros en los que se encuentra el sujeto afectado. Mediante este proceso la psicóloga toma decisiones con respecto al tipo de intervención necesaria, coordinándose estrechamente con los especialistas en psiquiatría que realizan el seguimiento psiquiátrico de cada cliente que presenta estas necesidades.

Es en este momento, cuando la psicóloga debe recopilar información en relación al cliente, dónde se vislumbra la necesidad por nuestra parte y en relación al personal de atención directa, por ser formados en este tema, para que puedan identificar a ser posible de forma temprana, sintomatología consecuencia de los trastornos psicóticos. Este trabajo posibilitaría y mejoraría sustancialmente la comunicación con la psicóloga, el poder describir por parte del personal de atención directa, y en base a términos psicológicos, lo que le está ocurriendo al cliente. El desconocimiento de esta sintomatología y la forma en que se expresa y se describe, como ya hemos explicado en el anterior punto, lleva a los profesionales que trabajan en atención directa, a describir lo que observan en términos redundantes y subjetivos, por falta de conocimiento.

Por ejemplo, términos como que “el cliente X se encuentra raro”, “hace cosas como si estuviera ido”, etc., es terminología utilizada habitualmente, fruto del desconocimiento, que explican síntomas psicóticos, que podrían ser definidos, así como la gravedad de estos, si los profesionales tuvieran las herramientas adecuadas para hacerlo.

Esto posibilitaría una comunicación positiva entre el gabinete de psicología y el personal del Centro, logrando una mejor prevención de los casos de brote de tipo psiquiátrico en relación a trastornos psicóticos. Además, debemos recordar que este tipo de crisis o brotes, son creemos la causa de los cuadros más graves de comportamiento por parte de los clientes del Centro, alterando la dinámica del resto y la tranquilidad del entorno, a parte de principalmente ser una fuente de gran sufrimiento y estrés para el propio cliente.

Por lo tanto la prospectiva a este trabajo de Prácticum II estaría encaminada a erradicar y solventar esta problemática observada; por ello la idea se plasma en la creación de un curso de

formación para el personal de atención directa del Centro de Día y Residencial, que dé las herramientas necesarias para poder comprender, definir y discriminar las conductas o síntomas derivados de un posible inicio de sintomatología que derive en un brote de tipo psicótico. Cómo ya hemos explicado más arriba, además consideramos que estos conocimientos llevarán a una mejor atención por parte del personal hacia los clientes con discapacidad, así como el rebajar el grado de frustración y estrés por parte del personal que se enfrenta a estos casos.

Comprendemos que no es una tarea sencilla, debido a que se trata de un tema complejo, para el cual los trabajadores no están formados específicamente, por lo que vemos necesario trabajar bajo la idea de crear información a partir del estudio de la "psicosis", de una forma sencilla y apta para todos, que no lleve a malentendidos o a distorsiones de la realidad que añadan una nueva dificultad a la ya existente.

Deberemos elegir los términos adecuados, sin crear etiquetas o estigmas, ni dando a conocer información confidencial del diagnóstico de los clientes del Centro, de forma ejemplificada y fundamentada.

Todo este trabajo de Practicum II esperamos beneficie según la filosofía de la asociación ADISLAN a la calidad de vida de los clientes que acuden al Centro, además de facilitar la labor diaria de los trabajadores, creando de esta forma mayores conocimientos sobre una realidad lógicamente desconocida.

- **Supuestos teóricos que fundamentan el Prácticum II:**

La base teórica que guiará nuestro Prácticum II en primer lugar y en los que centraremos nuestro estudio, serán los relacionados con la definición de la esquizofrenia, los trastornos psicóticos y por último los trastornos del ánimo. También realizaremos un abordaje sobre la enfermedad mental de forma general.

Además, la ideología que fundamenta el objetivo del Practicum II, debemos decir que está basado en la creencia de que una intervención adecuada y prevención de las crisis psiquiátricas, mejorarán la calidad de vida de los clientes.

Brevemente, y para realizar un acercamiento a la teoría que más adelante será detallada en profundidad, señalamos cómo históricamente, lo que entendemos por "psicótico" ha sido definido

de varias formas distintas, no existiendo un acuerdo considerado como universal. La definición del término ha sido definido como una pérdida de las fronteras del ego o un deterioro grave de la evaluación de la realidad. Dentro de esta área, pasaremos a estudiar para el Practicum los siguientes trastornos:

1. La esquizofrenia, que se trata de una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses (según el DSM IV) e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de las fase activa. También incluiremos en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

2. El trastorno esquizofreniforme, que se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia excepto por la duración y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

3. El trastorno esquizoafectivo, que se trata de una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y es precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

4. El trastorno delirante, que se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de las fase activa de la esquizofrenia.

5. El trastorno psicótico breve, que se trata de una alteración psicótica que dura más de un día y remite en menos de un mes.

6. El trastorno psicótico compartido, que es una alteración que se desarrolla en un sujeto que esta influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

7. El trastorno psicótico no especificado, se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

Sobre estos trastornos del área psicótica hemos realizado el estudio, formulando sus características esenciales, signos y síntomas, así como la definición de estos. Hemos estudiado por ejemplo en el caso de la esquizofrenia los subtipos existentes, los procedimientos de tipificación, los síntomas y trastornos asociados, los síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo, la prevalencia, el patrón familiar que se puede dar, su diagnóstico diferencial, los criterios para su diagnóstico y la de sus subtipos.

También hemos profundizado sobre los trastornos del estado de ánimo, debido a que en muchas ocasiones vienen dados junto a los trastornos psicóticos y como consecuencia de estos en muchos casos. Por ello nuestro interés en este tema. Los trastornos del ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Por un lado estudiamos los episodios afectivos y seguidamente los trastornos del estado de ánimo. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los

episodios afectivos mencionados con anterioridad. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología. No tendremos en cuenta los basados en la etiología (por enfermedad médica o consumo de sustancias), ya que no son habituales en los clientes con los que trabajamos.

Los trastornos depresivos se distinguen de los bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares, implican la presencia o historia de episodios maníacos, mixtos, o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

En referencia a este tema, seguiremos el guión establecido para los trastornos psicóticos en su estudio, utilizando como principal fuente de conocimiento el DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

Otro de nuestros propósitos con respecto a la formación por nuestra parte en esta temática, es realizar una introducción a los conocimientos relacionados con la psicofarmacología, de forma que podamos conocer los efectos de la medicación que toman los clientes, sus posibles efectos secundarios, la medicación con la que se suelen tratar este tipo de trastornos, etc. De esta forma y debido a la historia médica de cada cliente del Centro, podremos conocer de un modo indirecto la evolución de los clientes en el tiempo. Este será un conocimiento complementario que nos interesa, pero que no incluiremos en el curso de formación.

La detección temprana de síntomas psicóticos serán otro de los objetivos en relación al estudio e investigación para la fundamentación de nuestro Practicum. Cómo detectar los síntomas de la psicósis será otro de los objetivos que guiarán nuestra investigación teórica.

5. DEDICACIÓN PRESENCIAL Y PROPUESTA DE ACTIVIDADES PRESENCIALES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO

- **Dedicación diaria a las tareas y relación con el personal del equipo:**

A continuación especificamos las tareas que estamos llevando a cabo de forma **diaria**:

a) Lectura de los partes en referencia a los clientes señalados y apunte de cómo ha pasado el día anterior el cliente. Si se describe alguna conducta inadecuada o que llama la atención del personal, recogemos sobre papel los datos que en estos partes se apunta, de forma literal (20 minutos).

b) Observación in situ de los dos clientes mencionados, en diferentes momentos de la mañana, dentro de sus actividades, o momentos de comedor o aseo (de media hora – a una hora en total aproximadamente).

c) Entrevistas personales y en privado con los cuidadores-monitores de referencia de los clientes de los dos centros de día y el centro residencial para recopilar datos de posibles variaciones en el comportamiento de los clientes, cómo lo viven y lo describen, así como datos relacionados con cómo actúan ante dichas conductas o comportamientos (30 minutos).

d) Entrevistas personales y en privado con los técnicos que mantienen más relación directa con estos clientes (fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional). Recoger la valoración de las variaciones en el comportamiento que ellos observan, cómo lo describen, valoran, cómo actúan al respecto (20 minutos).

e) Reunión diaria con la psicóloga, dónde traspasamos esta información y tratamos los temas sobre los que estamos trabajando (30 minutos).

f) Reunión semanal con la psicóloga dónde realizamos una valoración del trabajo realizado hasta ese momento y compartimos puntos de vista sobre la evolución de los clientes. Este momento es de gran interés, ya que la psicóloga aprovecha para instruirnos en el uso del lenguaje psicológico utilizado para tratar estos casos, además de realizar apuntes de cómo debemos intervenir con el personal para su guía y apoyo ante este tipo de crisis, en las que deben intervenir a diario con el cliente en atención directa (1 hora y media – dos horas semanalmente).

g) Trabajo en la investigación y redacción del documento que debemos presentar a la psicóloga sobre los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastornos psicóticos y trastornos del ánimo. Este trabajo es supervisado de forma continua por la tutora de prácticas (una hora).

Esta se trata de una valoración aproximada del tiempo que dedicamos a cada tarea. Esto variará de día a día, dependiendo de factores externos a nosotros, cómo puede ser el tiempo disponible que las personas de referencia tienen para reunirse con nosotras, que en ocasiones se amplían o reducen dependiendo de sus tareas diarias. Para poder llevar a cabo esta serie de tareas, debemos coordinarnos y comunicarnos de forma directa con las siguientes personas del equipo: en el centro NTP para clientes con mayor necesidad de apoyo, nos reunimos con la figura de referencia, la monitora del grupo, que se considera la figura que guía el trabajo del equipo.

También nos socializamos con el resto de cuidadores del equipo, pero de forma informal, realizando preguntas concretas, o conversando, de forma que nuestra presencia en las salas sea aceptada y recibida de forma positiva.

También nos coordinamos y recogemos información, en relación al centro residencial, con la coordinadora del Centro Residencial y el personal referente de los dos clientes (dos personas), en forma de reuniones formales. Así mismo, en relación al centro de clientes NTP con menor necesidad de apoyo, nos reunimos de forma formal con el monitor del cliente afectado, como con sus dos cuidadores referentes.

También lógicamente, mantenemos contacto con el resto del equipo, de forma que nuestra presencia se acepte en este aspecto. Así mismo nos reunimos con el personal técnico: fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional. Toda la información que recopilamos, la exponemos a nuestra tutora de Prácticum. Por ello podemos decir, que trabajamos de forma coordinada con los diferentes agentes del equipo que tienen relación con estos dos clientes; debemos ser organizados para poder abarcar este contacto con el personal, y utilizar herramientas de tipo comunicativo adecuadas al contexto. Pondré un ejemplo: no me entrevistaré del mismo modo con los técnicos que con los profesionales de atención directa, ya que tienen una distinta comprensión de lo que sucede. Los técnicos muestran una mayor comprensión del tema, de la crisis, con una visión más global de la patología, mientras que los profesionales de atención directa, no comprenden de forma tan global lo que sucede, realizando atribuciones simplificadas de la realidad, por desconocimiento sobre la patología del cliente. De este modo nos adaptamos a los recursos de las personas con las que nos entrevistamos, clarificando de distinto modo la información que pretendemos obtener.

- **Desarrollo habitual de la actividad en el centro. Hábitos del tutor. Roles y tareas en Practicum:**

La actividad del centro sigue el mismo patrón a diario con respecto a los horarios y actividades. Por un lado y en referencia al área de trabajo de atención directa y los clientes se trabaja de la siguiente manera: a las 8.00h. comienza el día en el Centro Residencial. Se cubre por parte de cuidadores el aseo de los clientes y los desayunos. A las 9.00h. Todos los clientes tanto residenciales como los que llegan en el transporte (autobús) del Centro, se reúnen y son organizados en lugares distintos por grupos, monitores y cuidadores. De 9.30-10.30 se trabaja realizando la asamblea de bienvenida, dónde se comenta por un lado lo que se va a realizar a lo largo del día, así como cuestiones de comunicación entre los clientes, temas de interés para ellos

(futura organización de fiestas, en estos momentos helloween, etc.). A las 10.30h. cada cliente se distribuye en su taller, que es el mismo a lo largo de las dos siguientes horas, y que va modificándose dependiendo del día, de forma que todos los clientes accedan a los distintos talleres a lo largo de la semana. Encontramos los talleres, por un lado en el centro de día para NTP con mayor necesidad de apoyo: expresión corporal, terapia ocupacional, deporte, piscina, y fisioterapia. Tras estos talleres trabajan la *anticipación* (de la hora del comedor, alimentos, aseo necesario antes de comer, etc.). Tras la hora del comedor se realiza el aseo, y los clientes acuden a relajación o terapia miofuncional dependiendo de los grupos organizados por sus características para estos talleres. Al final del día se realiza una asamblea dónde todos se despiden hasta el día siguiente.

En el centro de día para clientes NTP con menor necesidad de apoyo cuentan con los siguientes talleres: expresión corporal, creatividad, musicoterapia, comunidad, HVD (Habilidades de la vida diaria), deporte, piscina y fisioterapia. Tras acudir a los distintos talleres, a las 12.30h. Acuden directamente al comedor; después de esto se realiza el aseo, y tras la comida, pueden elegir de forma libre el taller al que quieren acudir a última hora: costura, baile, manualidades o peluquería.

Cómo vemos, dentro de la rutina del día en ambos centros, se desarrollan de forma paralela las tareas que debe llevar a cabo la psicóloga. La mayoría del tiempo, aunque cómo ella verbaliza esto no debiera ser así, ya que debería dedicar más tiempo a la atención directa de clientes con discapacidad, realiza trabajo de despacho. El gabinete de atención psicológica del Centro atiende las demandas que surgen en relación a los siguientes servicios: Centro asistencial diurno, Centro ocupacional diurno y Centro residencial, como ya hemos comentado. En este caso se atienden demandas que generalmente provienen de los trabajadores que atienden los distintos servicios (cuidadores, monitores, coordinadores, etc.), y estas se dan en relación a clientes que asisten a las servicios señalados. Se trabaja de forma coordinada con todo el Centro y los profesionales a los que corresponde cada demanda. Se trata de un área en el que el rol de la psicóloga abarca un trabajo que en muchas ocasiones surge de forma inesperada, por problemáticas que se puedan dar en el centro. No existe una guía o puntos de las áreas que atiende, sino que el trabajo, cómo hemos dicho, se adapta a los cambios diarios, clientes, etc. y los conflictos que surjan en relación a estos.

De todos modos, sí que podemos describir ciertas **funciones** que sabemos que son tareas de este puesto, a pesar de intervenir la psicóloga de esta área de forma imprevista muchas veces en los problemas del día a día, y de las que seguro alguna dejamos en el tintero debido a la flexibilidad que requiere el puesto:

- Acudir a citas psiquiátricas con las familias o profesionales referentes de los clientes del centro.

- Realizar informes psicológicos cuando entran nuevos clientes en el centro. Realizar un seguimiento de su entrada al centro, apoyo al personal de atención directa, etc. Para ello antes debe de recopilar la información precisa reuniéndose con las familias, el centro escolar en el que se encontraba antes la cliente, el personal de atención directa para traspaso de la información, etc.

- Actualizar informes psicológicos o crear nuevos informes.

- Crear informes actualizados para disponibilidad de los trabajadores, dónde se da la información pertinente necesaria para las personas de atención directa.

- Crear protocolos de actuación ante determinadas problemáticas de clientes, cómo crisis de agresividad, trastornos de conducta, etc.

- Atender los diferentes talleres y actividades de todo el centro para la observación y definición de posibles necesidades y guía ante la actuación del personal de atención directa con clientes con discapacidad.

- Participar en las reuniones del "Equipo Guía", formado por las coordinadoras de los centros tanto asistencial como ocupacional diurno, así como por la coordinadora residencial.

- Participar en las reuniones que guía la pedagoga del centro, dónde se concretan los objetivos individuales de trabajo con los clientes.

- Reuniones semanales con dirección para realizar un seguimiento del trabajo realizado y atender demandas que desde aquí se formulan.

- Atender a las familias y derivar sus peticiones al servicio pertinente cómo en muchos casos es el SAF (Servicio de Atención a Familias), y realizar intervenciones sobre casos concretos que necesiten de una atención multidisciplinar.

- Crear protocolos de actuación para las áreas de coordinación y para técnicos junto con el área de enfermería y en relación a la parte médica del servicio (medicación, citas médicas, etc.).

- Realizar observaciones participantes así como no participantes sobre los servicios del centro, para detectar posibles necesidades de los clientes o profesionales (por ejemplo en el servicio residencial).

- Colaborar a la hora de resolver problemas que se puedan dar en el equipo a lo largo del curso.

- Seguimiento e intervención sobre los casos de clientes que entran o están denotando síntomas de crisis de tipo psiquiátrico.

- Formación fuera del centro en áreas de interés para la psicóloga.

- Atención directa sobre aspectos conductuales de clientes con discapacidad.

- Figura de apoyo para las dudas y demandas del personal en relación a problemáticas con respecto a clientes que se puedan dar.

- Reuniones con familiares en el caso que así lo soliciten sobre problemáticas concretas.

- Etc.

Estas son algunas de las tareas que hemos podido observar como descriptoras del puesto de trabajo de psicóloga en esta área de atención. Para poder abordarlas se deben dominar diferentes competencias y estar en coordinación directa con las distintas áreas del Centro.

No se organizan siguiendo un orden concreto, sino en base a cómo se sucedan los acontecimientos; lo que sí debemos señalar, es que la psicóloga, ante tan amplio abanico de tareas debe priorizar sobre lo que tiene que llevar a cabo en el día. Por ejemplo, si en un día debe acudir a dos reuniones, pero de forma paralela se observa que un cliente del centro muestra síntomas anormales preocupantes, la psicóloga dejará de lado las reuniones y observará lo que ocurre sobre el cliente; prioriza en importancia las tareas que son funciones de su puesto.

Cómo vemos, los roles y tareas que asumimos para el Practicum se dan en relación al punto s*eguimiento e intervención sobre los casos de clientes que entran o están denotando síntomas de crisis de tipo psiquiátrico,* añadiendo a esta tarea, la labor que según verbaliza la psicóloga siempre ha considerado imprescindible llevar a cabo, pero por falta de tiempo real le ha sido imposible: la creación de un taller formativo sobre los términos adecuados a utilizar para describir crisis psicóticas, cómo se detectan sus síntomas, y como se definen. Nos comunica cómo esta tarea facilitaría en gran medida su labor como psicóloga, y sería útil según su punto de vista para detectar de forma temprana posibles conductas relacionadas con una sintomatología de este tipo de brotes psiquiátricos. De este modo, comenzamos realizando el curso de formación sobre enfermedad mental que adjuntamos como Anexo, y que ha sido de gran utilidad para abrir las vías de comunicación sobre este tema.

Para realizar estas tareas recibo **indicaciones generales** de la necesidad que presenta la psicóloga. Esto ha sido pautado así de antemano, de forma que pueda desarrollar de forma creativa la solución a la petición que proviene de la psicóloga. De todos, modos, aunque reciba directrices de forma general, con la intención de que aprenda y me maneje en el rol de psicóloga de forma autónoma, aprendiendo de los errores que puedo ir cometiendo, recibo un feedback continuo de la psicóloga, de forma que puedo observar si el camino y las decisiones que estoy tomando son las adecuadas.

Presentemos un ejemplo para que esto se comprenda con claridad: en el caso de los clientes con discapacidad en estado de crisis, la psicóloga hizo la siguiente petición: de forma diaria

debía informarla de cómo habían pasado el día anterior los clientes, recogiendo los datos de interés para el tema de Practicum (lenguaje que utiliza el personal de atención directa en relación a lo que le sucede al sujeto en crisis, descripción, comprensión y actuación que se sigue para intervenir sobre el cliente). Ante esta petición debí de forma autónoma organizar mi trabajo: hablar directamente con las personas de referencia de los clientes para ver cuándo podíamos reunirnos y tratar de forma diaria el estado de los clientes y el resto de datos importantes, recoger la información de las libretas de comunicación, observar a los clientes in situ, etc. Es decir, a partir de una demanda general que realiza la psicóloga, yo actúa de forma autónoma para cubrirla. Después, es la psicóloga la que evalúa los resultados, la información obtenida, y me comenta si es necesario recoger otros datos, si son correctas mis observaciones, etc. Esta es la forma habitual de coordinar nuestro trabajo.

- **Identificación de las tareas que asumo; las relacionadas con el rol de Psicólogo de la Educación y las que se cruzan con este:**

A continuación describimos brevemente las tareas que asumo, que creemos tienen relación directa con el rol de un psicólogo de la educación o que trabaja en un ámbito educativo:

- Observación in situ de los dos clientes mencionados, en diferentes momentos de la mañana, dentro de sus actividades, o momentos de comedor o aseo. Debemos de subrayar como en este caso sólo se trata de una observación, no participante, para recoger los datos que creemos pertinentes, cómo: en relación a la conducta del cliente en crisis, cómo se relaciona con el resto de compañeros y clientes, cómo interactuan los trabajadores ante las conductas desproporcionadas o no adaptativas, etc. No intervenimos como psicólogos de la educación, pero sí recogemos datos que facilitarán nuestro trabajo como tales en un futuro. Por ello atribuimos esta labor al rol del psicólogo de la educación. Lo mismo sucederá con las siguientes tareas:

    - Entrevistas personales y en privado con los cuidadores-monitores de referencia de los clientes de los dos centros de día y el centro residencial para recopilar datos de posibles variaciones en el comportamiento de los clientes, cómo lo viven y lo describen, así como datos relacionados con cómo actúan ante dichas conductas o comportamientos.
    - Entrevistas personales y en privado con los técnicos que mantienen más relación directa con estos clientes (fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional). Recoger la valoración de las variaciones en el comportamiento que ellos observan, cómo lo describen, valoran, cómo actúan al respecto.

- Reunión diaria con la psicóloga, dónde traspasamos esta información. En este aspecto sí trabajamos como psicólogos de la educación, ya que en el traspaso de dicha información siempre predomina un punto de vista desde el cual se trabaja en este rol, más que un punto de vista de tipo clínico, aunque nos refiramos a sintomatología descrita desde dicho punto de vista clínico.

- Reunión semanal con la psicóloga dónde realizamos una valoración del trabajo realizado hasta ese momento y compartimos puntos de vista sobre la evolución de los clientes. En estas reuniones sucede lo mismo que con las anteriores descritas, por las que la línea de trabajo va siempre enfocado a la intervención en un ámbito educativo, desde un punto de vista sistémico, y buscando siempre la funcionalidad del papel del psicólogo ante las

situaciones que se dan en los clientes y personal de atención directa relacionados con crisis de tipo psiquiátricas.

Otras tareas que llevamos a cabo, que creemos no están tan directamente relacionadas con el rol del psicólogo de la educación:

- Trabajo en la investigación y redacción del documento que debemos presentar a la psicóloga sobre los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastornos psicóticos y trastornos del ánimo. Este trabajo es supervisado de forma continua por la tutora de prácticas. Este trabajo lo realizamos desde datos que nos ofrece un enfoque clínico de la psicología, pero lo utilizaremos para facilitar un trabajo que se realiza en el ámbito de la educación. Hemos comprendido, cómo el papel del psicólogo debe ser flexible, y recoger datos de distintas fuentes integrándolos a su forma de entender el problema y solucionarlo, dependiendo del enfoque de trabajo que utilice (sistémico).

- Lectura de los partes en referencia a los clientes señalados y apunte de cómo ha pasado el día anterior el cliente. Estos datos también facilitan en forma de recopilación de información relevante las tareas relacionadas con el rol de psicólogo de la educación.

Todas estas tareas las llevamos a cabo de forma coordinada con el equipo descrito más arriba, debiendo poner en práctica habilidades de tipo comunicativo para realizar una tarea adecuada, respetando el trabajo del equipo, creando así un vínculo de confianza con el personal que facilite nuestro trabajo, y no se sienta como una amenaza o figura "intrusiva" al trabajo que se realiza a diario. A través de las tareas descritas pretendemos fomentar dicho vínculo, y crear una relación positiva que además favorezca el trabajo objetivo del Prácticum, el curso de formación, que será aceptado de forma más positiva si se establece dicha relación de apoyo entre el personal y nuestra figura.

- **Aportaciones sobre la valoración del equipo sobre el trabajo que realizan en su rol:**

Nos coordinamos y comunicamos de forma directa con las siguientes personas del equipo:

En el centro NTP para clientes con mayor necesidad de apoyo, nos reunimos con la figura de referencia, la monitora del grupo. Esta persona entiende su puesto como uno de gran relevancia, ya que es la persona de referencia cuando se contacta con la familia, cuando se toman decisiones concretas, etc. Debido a que ella tiene el papel de monitora, en comparación con el resto de cuidadoras, atiende su puesto con una visión de mayor responsabilidad y dedicación que el creemos el resto de cuidadores, y esto lo deducimos a través de la observación, viendo cómo es

ella la que guía el trabajo diario; los trabajadores acuden a ella cuando existe una duda o problema.

Debemos mediar siempre con ella ante cualquier aspecto que queramos realizar; pedimos permiso cuando observamos de forma directa, etc. Explicita cómo su puesto requiere de múltiples tareas, y cómo en determinados momentos parece no alcanzar todo lo que quiere hacer. En determinados momentos expresa un sentimiento de frustración ante problemáticas como la crisis de la cliente A, debido a que crea un grado de estrés más elevado en el equipo y esto es difícil de gestionar. De todos modos, el aspecto positivo que cita es cómo le gusta su puesto y el trabajar con personas con discapacidad. Es una persona que lleva varios años trabajando para la empresa. A pesar de expresar dificultad o sentimientos de frustración, observamos que la actitud se intenta suavizar con frases como “que le vamos a hacer”, “las cosas son así”, “trabajando con estos chicos es lo que pasa, que cada día puede pasar de todo”, etc.

Según comenta, lo que se tiene en cuenta para que se crea haber trabajado correctamente es que se cumpla con la organización prevista de grupos y actividades y que los clientes se encuentren tranquilos. Estos son los índices más valorados por esta figura de referencia.

También nos coordinamos y recogemos información, en relación al centro residencial, con la coordinadora del Centro Residencial y el personal referente de los dos clientes (dos personas), en forma de reuniones formales. La coordinadora de residencia es positiva en cuanto que confía en que tiene un buen equipo de cuidadores, con formación adecuada para el puesto, en los cuales confía plenamente a la hora de gestionar este tipo de crisis de tipo psiquiátrico, y nos relata cómo se han encontrado con situaciones complejas en ocasiones y siempre el equipo ha sabido gestionarlas de forma adecuada. Comprende que se trabaja en una realidad muy cambiante con el tiempo, al trabajar con personas con discapacidad, y describe su puesto como un puesto que cada día, no cumple con lo previsto debido a que surgen otros aspectos en relación a los clientes con discapacidad que se deben solventar. Manifiesta cómo este aspecto en ocasiones puede provocar el trabajar a contrarreloj, pero asume que este aspecto es parte del puesto que ocupa. La diversidad de tareas que debe realizar manifiesta que debe ser selectiva a la hora de llevarlas a cabo, y priorizar con lo que debe abarcar en un día de trabajo, siempre dando prioridad a cuestiones que afectan directamente al personal o a los clientes con discapacidad.

Así mismo, en relación al centro de clientes NTP con menor necesidad de apoyo, nos reunimos de forma formal con el monitor del cliente afectado, como con sus dos cuidadores referentes. Tratamos de encontrar el momento para hablar con ellos, en un lugar como la sala de monitores, dónde podamos conversar relajadamente. El monitor, como figura referente, muestra una visión más global del problema que presenta el cliente B en este caso. Comprenden el alcance del problema y se vuelcan totalmente, formulando como llevan un seguimiento continuo del estado del cliente. Esto lleva a tener la sensación por parte del trabajador de que es complicado realizar las tareas diarias encomendadas, además de realizar un seguimiento para un solo cliente. Esto crea en esta persona una sensación de no abarcar todo lo que debiera, pero no observa ninguna otra opción para solventar este problema. Se refiere a su puesto como un puesto creativo, dónde debes ser innovador y adaptarte a los cambios rápidamente.

Muestra orgullo al hablar de determinados clientes y su trabajo con ellos, así como sobre los logros que se están alcanzando, a través de los objetivos individuales de trabajo marcados para

este curso escolar. Por otro lado, las dos cuidadoras de este cliente muestran su trabajo desde su punto de vista, más enfocado a cubrir las necesidades básicas del cliente: hablan sobre cómo deben supervisar a este cliente para que se asee de forma adecuada, a la hora de comer, etc. Por lo tanto tienen una visión concreta de lo que llevan a cabo desde sus funciones. También verbalizan cómo deben en determinados momentos acelerar su ritmo de trabajo ya que no llegan a todo; a pesar de dar este enfoque desde el punto de vista del exceso de trabajo, manifiestan cierta acomodación a su situación. Es decir, en ningún momento mencionan que desean cambiar esto, sino que dan por hecho que es así como se debe trabajar.

Así mismo nos reunimos con el personal técnico: fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional. Las figuras técnicas, las englobo en un mismo grupo ya que suelen trabajar de forma conjunta y coordinada, a pesar de sus distintas funciones , así como según nuestras conversaciones con ellas opinar de forma grupal sobre lo que se plantea. Digamos que a través de la conversación se apoyan y complementan al exponer lo que entienden por su trabajo.

Dan muestras de creer que sus puestos tienen un gran peso en el equipo, ya que tienen conocimientos técnicos que el resto de monitores y cuidadores no tienen. También dan muestras de abarcar un amplio abanico de funciones. Utilizan un lenguaje técnico y formal en comparación con otros puestos, para explicar porqué lo creen así. A pesar de formular cómo deben abarcar amplias tareas, formulan cómo perspectiva cómo evoluciona el trabajo del centro, debido a la nueva metodología de objetivos individuales.

6. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

- **Marco teórico:**

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

En este primer apartado presentamos de forma clara y resumida, las principales características de la Esquizofrenia y de otros trastornos de tipo psicótico, así como los trastornos del ánimo que pueden venir asociados a algunos de estos, para en primer lugar comprender de forma directa lo que este tipo de patologías significan así como su diagnóstico y sintomatología, de forma que podamos cumplir con el objetivo de Practicum de forma adecuada. Recodemos que nuestro objetivo de Prácticum se trata de crear un curso de formación para el personal de atención directa de ADISLAN, asociación dedicada a atender a personas con discapacidad, con la creencia de que este mayor conocimiento de las patologías que en muchos casos se asocian a personas con

discapacidad del centro, harán que la intervención de forma directa por su parte mejore, debido a la comprensión de los síntomas y comportamientos que presentan estas personas. Esta idea la vemos recogida en otro tipo de estudio, como por ejemplo el citado en el artículo de Arévalo, J. (1990), en el que se describe un tipo de intervención al trabajar con familias con personas con esquizofrenia a su cargo.

Este artículo cita cómo, gran parte de las críticas o quejas de familiares sobre la atención y convivencia con personas con esquizofrenia, venían relacionadas con la sintomatología negativa de la enfermedad, que más adelante describimos; estas sintomatología negativa no era reconocida como síntomatología de la enfermedad, sino como conductas que estaban bajo el control del paciente. Este punto de vista, lo hemos podido observar en relación al personas de atención directa que atiende a las personas con discapacidad, que en algunos casos tienden a asociar conductas o estados del sujeto con su propia personalidad o forma de actuar. A partir de aquí la psicóloga del gabinete creyó conveniente aclarar este punto, ya que produce intervenciones que llevan a la frustración y estrés del trabajador, por la falta de conocimiento al respecto. En el estudio que aquí mencionamos se observó la poca comprensión por parte de las familias sobre el trastorno, que en gran parte de los casos no habían recibido formación alguna sobre los orígenes, desarrollo, síntomatología, etc. de la enfermedad. Para ver cómo afectaba positivamente este tipo de conocimientos a la hora de convivir y tratar con personas que presentaban esta patología, se crearon dos grupos de análisis; a un grupo se ofreció la siguiente formación: cuatro lecturas sobre la etiología, los síntomas, el curso y el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia. Estos cuatro capítulos debían ser leídos por los familiares que se reunían con un psicólogo durante dos sesiones para su debate y aclaración. De forma resumida, diremos que los resultados demostraron cómo las familias con este tipo de conocimientos y formación, eran más proclives a pensar que el comportamiento de la persona con esquizofrenia residía en la enfermedad, teniendo una actitud más optimista con respecto al futuro, y una percepción más positiva del paciente. Con este ejemplo pretendemos explicar el motivo y objetivo de nuestro trabajo, para el que es necesario adentrarnos en primer lugar en el conocimiento por nuestra parte hacia la esquizofrenia y los trastornos psicóticos y del estado de ánimo, sin mencionar aquí el trastorno psicótico compartido y el inducido por sustancias, debido a que por sus características creemos no se dan estos casos en los sujetos que tratamos con motivo del Practicum.

ESQUIZOFRENIA

A continuación presentamos los criterios en base al **DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)**, por los que se diagnostica la esquizofrenia, de modo que podamos comprender cómo se define y sus síntomas, partiendo de esta clasificación. Debemos de subrayar antes de continuar, cómo hemos resumido aquí los aspectos más relevantes para nuestro objetivo de Practicum en base a este Manual, sin adentrarnos en aspectos como por ejemplo la forma de codificar los trastornos para realizar un diagnóstico clínico. Por lo tanto, aquí seleccionamos la información que creemos relevante para conocer de forma concreta la sintomatología de esta enfermedad, su forma de expresarse en el sujeto, etc., criterios imprescindibles para alcanzar el objetivo del Practicum.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:

A. *Síntomas característicos:* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una

parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral:* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración:* Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas

psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.
Episodio único en remisión total.
Otro patrón o no especificado.
Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Por lo tanto, la esquizofrenia es un trastorno que presenta una mezcla de síntomas peculiares, positivos y negativos. A continuación presentamos una clasificación de lo que se entiende como síntomas positivos y negativos, de forma que podamos comprender a que nos referimos aquí; los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

A continuación pasamos a describir este tipo de síntomas negativos y positivos, dentro del criterio A, ejemplificando cada uno de los síntomas, de forma que podamos comprender perfectamente los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia.

CRITERIO A:

Requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo 1 mes. La presencia de esta agrupación grave de signos y síntomas se denomina como "fase activa".

Síntomas positivos: De A1 – A4[1]

A1: Ideas delirantes (pensamiento): se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio.

TIPOS:

- De persecución: cree que esta siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada.
- Autorreferenciales: ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, canciones, están dirigidos a ella.

Las ideas delirantes deben diferenciarse de la "rareza" que puede presentar un sujeto. Las ideas delirantes se clasifican como "extrañas" si son claramente incoherentes, es decir, que no pueden relacionarse con aspectos de la vida diaria o real.

Ejemplo de idea delirante *extraña*: un ser extraño ha robado nuestros órganos internos y los ha sustituido por los de otra persona.

Ejemplo de "rareza": la falsa creencia de ser vigilado por la policía.

Si las ideas delirantes que presenta el sujeto son de tipo "extraño", sólo se necesita este único criterio para cubrir los criterios del apartado A diagnóstico.

A2: Alucinaciones (percepción): son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estimulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presenta en el mundo externo. Pueden ser: auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

TIPOS:

1. Auditivas (más habituales): voces conocidas o no, distanciadas del propio pensamiento; especialmente frecuentes voces peyorativas o amenazantes.

Ejemplo: dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o comportamiento del sujeto.

Estas deben producirse en un contexto de claridad sensorial. Si este tipo de alucinación esta presente es suficiente para satisfacer el Criterio A.

A3: Trastornos del pensamiento-pensamiento desorganizado (lenguaje desorganizado): se trata de la característica según algunos autores simple más importante de la esquizofrenia. la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje.

TIPOS:

1. Descarrilamiento: perder el "hilo", saltando de un tema a otro.
2. Tangencialidad: la respuesta puede ser oblícua o no tener relación con las preguntas.
3. Incoherencia o ensalada de palabras: lenguaje gravemente incomprensible.

El síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación.

A4: Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado:

Se puede manifestar en varias formas:

1. Desde tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

2. Problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin:

    1. **Dificultades** en la realización de actividades de la vida diaria: organizar comidas o mantener la higiene.

    Por ejemplo, el sujeto puede vestir de forma poco corriente (varias bufandas en un día especialmente caluroso, guantes, abrigo, etc.), o presentarse especialmente despeinado.

    2. Comportamiento sexual claramente inapropiado: por ej. masturbarse en público.

    3. Agitación impredecible e inmotivada: gritar o insultar.

Estos síntomas no deben confundirse, siendo considerados como síntomas *no esquizofrénicos* cuando se producen por una motivación comprensible.

4. Comportamientos motores catatónicos:

TIPOS:

- Estupor catatónico: falta de atención grave.
- Rigidez catatónica: postura rígida, resistir a ser movido.
- Negativismo catatónico: resistencia a las órdenes, a ser movido.
- Posturas catatónicas: posturas extrañas, inadecuadas.
- Agitación catatónica: actividad motora excesiva sin propósito.

En las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad.

Síntomas positivos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios .

Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

A5. <u>SÍNTOMAS NEGATIVOS:</u>

Aplanamiento afectivo: Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como:

- Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica.
- Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado...
- Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada.
- Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado.
- Sonríe cuando se habla de temas serios.
- Risa tonta.
- Ausencia de inflexiones vocales: el habla tiene una calidad monótona.

Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de:

1. Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional.
2. Pobreza del contenido del lenguaje: aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado.
3. Bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir.
4. Latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta.

Todo esto hay que diferenciarlo con la falta de ganas de hablar asociados a otro tipo de trastornos.

SÍNTOMAS O TRASTONOS ASOCIADOS:

Abulia – Apatía: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, como la incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. Se manifiesta en:

1. Problemas con el aseo y la higiene.
2. Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea.
3. Sentimiento de cansancio, lentitud.
4. Propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia – insociabilidad: La anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras:

1. Tiene pocos o ningún hobbies.
2. Tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo.
3. Puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e intimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar.
4. Relaciones con amigos y semejantes restringidas.
5. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención.

- Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente.
- Se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales.
- Se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema.
- Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

La mejor prueba para establecer la presencia de síntomas negativos relacionados con la esquizofrenia es su persistencia durante un período de tiempo considerable a pesar de los esfuerzos persistentes dirigidos a resolver las causas descritas anteriormente. Los síntomas negativos persistentes se denominan síntomas "deficitarios". Esto nos recuerda de forma clara a la fase de intervención que llevan el personal de atención directa en el centro cuándo un sujeto atraviesa una fase de crisis psicótica. Se dan variados intentos por parte del personal y su intervención de tratar mejorar el comportamiento de estas personas, o de crear un ambiente adecuado a estas, supervisar su alimentación y aseo, el que se tome la medicación, etc. pero todos estos intentos no son suficientes para mejorar el estado del sujeto. Esto aquí lo asociamos a lo que se entiende como esfuerzos persistentes para resolver las causas del trastorno.

Por lo tanto, como hemos mencionado, la esquizofrenia es una mezcla de estos síntomas positivos y negativos que han estado presentes una parte significativa de tiempo:

- 1 mes o un período más breve de tiempo si ha sido tratada con éxito.
- Con algunos síntomas y signos que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C de la tabla que adjuntamos más arriba): ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

Estos signos y síntomas se asocian a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). Si tenemos en cuenta el contexto de Practicum, debemos tener presente, como la mayor parte de personas con discapacidad, tienen áreas básicas en la vida disfuncionales. Por ejemplo, las relaciones sociales débiles o limitadas, problemas familiares, un ocio limitado, incapacidad laboral, etc.

La alteración no se explica a partir de un trastorno esquizoafectivo o del estado del animo,

con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica (Criterios D y E). El criterio F nos quiere decir cómo los sujetos con un diagnóstico de trastorno autista, sólo pueden ser diagnosticados con esquizofrenia si presentan ideas delirantes o alucinaciones (1 mes).

El diagnóstico de la esquizofrenia implica el reconocimiento de varios síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. En los casos analizados en el Practicum, caso A y B, podemos observar cómo estas personas, que no trabajan pero sí acuden a los talleres y actividades del Centro de Día, no pueden por el brote de tipo psicótico seguir la actividad con normalidad. Presentan un deterioro en el patrón de actividad diaria muy marcado.

Por último citar que los síntomas característicos de la esquizofrenia (criterio A), se asocian a las categorías mostradas más arriba de síntomas positivos o negativos.

CRITERIO B

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más áreas de actividad: relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios, o el cuidado de uno mismo).

CRITERIO C

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos (síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno) y residuales.

Síntomas prodrómicos y residuales: son formas relativamente leves de los síntomas positivos especificados en el criterio A.

EJEMPLOS:

- Expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan un proporción delirante: por ejemplo ideas de autorreferencia o pensamiento mágico.
- Experiencias perceptivas poco habituales: sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones.
- Lenguaje puede ser comprensible pero disgresivo, vago, o excesivamente abstracto o concretista.
- Comportamiento peculiar, pero no gravemente desorganizado: murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente.
- Síntomas negativos que presentan más gravedad: pierden interés en actividades que anteriormente les gustaban, pasan gran parte del tiempo en la cama, menos habladores, no hacer preguntas, etc.

Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma

atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

CLASIFICACIÓN DEL CURSO LONGITUDINAL:

En esta exposición teórica, no nos centraremos en la clasificación de su curso a lo largo de la crisis del trastorno, ya que no responde al objetivo de este estudio, que se centra básicamente en comprender la sintomatología de la enfermedad, y cómo se comprende y se puede dar. Por ello no entraremos aquí a detallar lo que se entiende por los distintos conceptos de episodios de la enfermedad.

A continuación pasamos a describir de forma breve los diferentes tipos de esquizofrenia y los síntomas asociados:

A. TIPO PARANOIDE:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Síntomas:

- Ideas delirantes: de persecución, de grandeza o ambas. También celos, religiosidad, somatización. Pueden ser mútliples, pero se organizan alrededor de un tema coherente.
- Alucinaciones: relacionadas con las ideas delirantes.

B. TIPO DESORGANIZADO:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. Lenguaje desorganizado.
2. Comportamiento desorganizado.
3. Afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Síntomas:

- Lenguaje desorganizado: tonterías y risas, que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso.
- Desorganización comportamental: disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (aseo, vestido, comida).
- Ideas delirante y alucinaciones: fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.
- Muecas, manierismos, rarezas del comportamiento.
- Deterioro del rendimiento.

C. TIPO CATATÓNICO:

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
5. Ecolalia o ecopraxia.

Descripción de algunos síntomas:

- Catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor: la persona yace inmóvil, en aparente muerte y sin signos vitales, cuando en realidad se encuentra viva, en un estado inconsciente o consciente, viendo y oyendo todo lo que sucede a su alrededor[1].

1. Ecolalia: repetición patológica de una palabra o frase que dice otra persona.
2. Ecopraxia: imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.

D. TIPO INDIFERENCIADO:

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

E. TIPO RESIDUAL:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional").

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico.

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:
1. Inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual.
2. Confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico.
3. Buena actividad social y laboral premórbida.
4. Ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos.

Como vemos, las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son como las de las esquizofrénia en el criterio A, a excepción de:

La duración total de la enfermedad es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses.

No se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de de la enfermedad (aunque pueda haberlo).

El diagnóstico de este trastorno depende de cómo se desarrolle en el tiempo. Se aplica el diagnóstico por lo tanto cuando el episodio ha durado entre 1 y 6 meses, que el sujeto esta ya recuperado. En el segundo caso el diagnóstico se aplica cuando se está dando la enfermedad entre 1 y 6 meses. Si esta continúa más allá de este tiempo, entonces el diagnóstico cambiará por el de Esquizofrenia.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).

.1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

CRITERIO A:

La fase activa de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir con los criterios de la fase activa de la esquizofrenia, criterios A de la esquizofrenia, como para un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco, o un episodio mixto. Este tipo de episodios y sus características serán descritos más adelante en el apartado creado para tal fin, cuando nos referimos a trastornos del estado de ánimo.

Episodio depresivo mayor: debe ser de por lo menos 2 semanas.

Características:

1. Humor depresivo franco (se debe dar este síntoma obligatoriamente).
2. Marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer.

Episodio maníaco o mixto: debe ser de al menos 1 semana.

Puesto que los síntomas psicóticos deben tener una duración mínima de un mes para cumplir el criterio A de la esquizofrenia, la duración mínima de un episodio esquizoafectivo será también de un mes.

Síntomas psicóticos:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.

CRITERIO C:

Los síntomas afectivos mencionados deben estar presentes durante una parte sustancial del

período completo de enfermedad. Si los síntomas solo aparecen durante un período breve de tiempo, el diagnóstico es esquizofrenia.

Pueden presentarse dos subtipos de este trastorno, en base al componente afectivo del trastorno:

- **Tipo bipolar**: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).
- **Tipo depresivo**: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

TRASTORNO DELIRANTE

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaníaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.
Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.
Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.
Tipo no especificado.

La característica esencial de este trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes. Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante. Por ejemplo, el tener sensación de estar infestado por insectos asociado a delirios de infestación o percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal.

La actividad psicosocial no esta significativamente afectada aunque esta puede ser variable; el comportamiento no es raro ni extraño. Cuando hay una actividad pobre, suele estar relacionada como causa o consecuencia de las ideas delirantes. Una característica habitual suele ser el parecer sujetos "normales", sin patología, en su aspecto y comportamiento, cuando no se cuestionan sus ideas delirantes. La parte social y afectiva suele estar más afectada que la laboral o intelectual.

La consideración de que las ideas delirantes son o no "extrañas", es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia.

Las ideas delirantes se consideran como extrañas si son claramente improbables, incomprensibles y no derivan de experiencias de la vida en general. Por ejemplo, que alguien halla quitado los órganos internos a la persona y los halla sustituido por otros.

Las ideas delirantes no extrañas se consideran en relación a situaciones que se pueden dar en la vida real: ser seguido, vigilado, etc.

TIPOS DE TRASTORNOS DELIRANTES, Y EJEMPLOS DE SÍNTOMAS:

- <u>TIPO ETEROTOMANÍACO:</u>

1. Amor romántico o unión espiritual.
2. Hacia una persona de un estatus superior, conocido o un completo extraño.
3. Intentos por contactar con el objeto delirante (cartas, llamadas, vigilando, acechando, etc.).

- TIPO DE GRANDIOSIDAD:

- Talento extraordinario o intuición.
- Mantener una relación especial con alguien importante (por ejemplo alguien del Ministerio).
- Creer ser una persona importante.
- Pueden tener un contenido religioso: creer que ha recibido un don divino.

    - TIPO CELOTÍPICO:

1. Tema central, que el cónyugue o amante es infiel.
2. Creencia aparece sin ningún motivo, por pruebas que no son reales: manchas en sábanas o encontrar ropa desarroglada.
3. Suele discutir con el amante e intenta influir en la vida del sujeto sobre la que se tienen las ideas delirantes.

1. TIPO PERSECUTORIO:

1. Tema central es que la persona está siendo engañada, conspiración, espiado, seguido, etc.
2. Pequeñas cosas sin importancia pueden ser exageradas.
3. Pueden apelar a la justicia por este tema.
4. Son a menudo irritables y resentidos y pueden reaccionar de forma violenta contra los que cree le están haciendo daño.

1. TIPO SOMÁTICO:

1. Se refiere a funciones o sensaciones corporales.
2. Las más habituales: convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos dentro de la piel; que algunas partes del cuerpo presentan malformaciones o fealdad cuando no es así; que hay partes del cuerpo que no funcionan.

- TIPO MIXTO:

    1. Cuando no hay ningún tema delirante que predomine.

- TIPO NO ESPECIFICADO:

    1. La creencia delirante no puede ser especificada con claridad.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación basada en tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:
De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Esta alteración debe presentar por lo menos uno de los síntomas positivos del apartado A.

Dura por lo menos 1 día pero menos de un mes, y el sujeto se recupera por completo hacia el nivel previo de actividad, ajuste premorbido. El ajuste premorbido se refiere a la medida en que un sujeto fue capaz de cumplir con sus expectativas apropiadas para el sexo y la edad antes de empezar la enfermedad. Es típico que los sujetos con estos trastornos presenten un gran desorden emocional o confusión, con rápidas alteraciones de estados afectivos. Aunque este trastorno es breve, el nivel de deterioro puede ser grave, por lo que se puede necesitar de supervisión para asegurar sus necesidades básicas de la vida diaria.

TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

En este caso debemos señalar como algunos de los sujetos del centro ADISLAN tienen diagnosticadas enfermedades que aquí se mencionan como son enfermedades de tipo neurológico, como la epilepsia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.
.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

SÍNTOMAS:

A. Alucinaciones o ideas delirantes: de cualquier modalidad sensorial. En relación a la olfativa, la referida al oler olores desagradables, pueden tener relación con la epilepsia en el lóbulo temporal. Las ideas delirantes pueden ser muy diversas: somáticos, grandiosos, religiosos, persecutorios.

Las enfermedades médicas asociadas, nos interesan especialmente, debido a que en nuestro lugar de Prácticum encontramos sujetos con este tipo de patologías, como son enfermedades de tipo neurológico, que en muchos casos están asociadas a la persona con discapacidad:

- Enfermedades neurológicas: neoplasias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central, etc. Las que más se asocian a esta patología son las que afectan al lóbulo temporal y a estructuras subcorticales.

- Enfermedades endocrinas: hiper e hiperteroidismo, hipofunción suprarrenal, etc.

- Enfermedades metabólicas: hipoxia, etc.

- Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.

- Enfermedades hepáticas o renales.

- Trastornos autoinmunes con afección del sistema nervioso central.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

A continuación pasamos a describir los trastornos del estado de ánimo que hemos visto han surgido a partir del estudio de la esquizofrenia y otros trastornos de tipo psicótico. En concreto nos centraremos en describir los siguientes:

Episodios afectivos:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maníaco.
- Episodio mixto.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicótícos o enlentecimiento psicomotor.

SÍNTOMAS:

CRITERIO A:

A1.

- El sujeto lo describe como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, o "como en un pozo".
- La tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada: por ejemplo, al señalar que el sujeto está a punto de llorar.
- Algunos sujetos se pueden sentir "pasotas" o sin sentimientos, o ansiosos: la presencia de un estado de ánimo depresivo se puede inferir por la expresión facial, y el comportamiento aparente del sujeto.
- Algunos sujetos ponen énfasis en aspectos somáticos: molestias o dolores físicos.
- Alta irritabilidad: ira persistente, tendencia a responder a los demás, arranques de ira, insultos, o frustración por cosas sin importancia.

A2.

- Pérdida de interés y capacidad de placer: "han perdido el interés".
- Los familiares suelen notar el aislamiento social o el abandono de actividades.
- Reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual.

A3.

- Disminuye el apetito y muchos sujetos se tienen que esforzar por comer.
- Otros pueden tener más apetito, especialmente por productos con hidratos de carbono (dulces, etc.).
- Se puede aumentar o decrecer significativamente en peso.

A4.

- Insomnio medio: despertarse a mitad de la noche y no poder volver a dormirse.
- Insomnio tardío: despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse.
- Insomnio inicial: problemas para conciliar el sueño.
- Hipersomnia: exceso de sueño.

A5.

- Cambios psicomotores: agitación; incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos, pellizcar o arrugar la piel.
- Enlentecimiento: aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo.

A6.

- Falta de energía, cansancio y fatiga: una persona puede requerir cansancio persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo, como por ejemplo el vestirse y asearse por las mañanas, que pueden referir que cuesta el doble.

A7.

- Sentimiento de inutilidad o de culpa, con evaluaciones no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados.
- Exagerada responsabilidad ante las adversidades.

A8.

- Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Distraerse con facilidad, quejas de falta de memoria. En personas mayores, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente como un signo de demencia (pseudodemencia).

A9.

- Ideas de que los demás estarían mejor si uno muriese.
- Pensamientos recurrentes sobre el hecho de suicidarse.
- Estos se analizan según el tiempo y su recurrencia, además de la intensidad de estas ideas. Una persona puede pasar por pensar en esta idea hasta trazar un plan de cuándo lo va a llevar a cabo.

OTRA SINTOMATOLOGÍA QUE PUEDE DARSE:

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Rumiaciones obsesivas.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor: cefaleas, dolores articulares, abdominales o de otro tipo.

- Crisis de angustia.
- Problemas en las relaciones personales.
- Interacciones sociales menos satisfactorias.
- Problemas en la actividad sexual (anorgasmia en mujeres, disfunción eréctil en hombres).
- Problemas matrimoniales, laborales, etc.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Mayor uso de los servicios médicos.

Los episodios depresivos a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (muerte de un ser querido, la separación matrimonial, divorcio, etc.).

CRITERIO C:

Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad de relacionarse o trabajar. En casos extremos, el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (aseo, comer, etc.).

EPISODIO MANÍACO

CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO:

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

SÍNTOMAS:

CRITERIO A:

- Euforia, anormalmente alto el estado de ánimo, alegre, etc.
- Los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo para la persona.
- Incesante e indisciminado entusiasmo en las relaciones sociales, sexuales o laborales.
- A veces irritabilidad, cuando se contradicen los deseos de la persona.
- Labilidad en el estado de ánimo: alternancia entre euforia e irritabilidad.

CRITERIO B:

B.1.

- Los sujetos por ejemplo pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos, como cómo hay que dirigir las Naciones Unidas.
- A pesar de no tener un especial talento, el sujeto puede lanzarse a escribir una novela o a componer una sinfonía o a buscar publicidad sobre un invento sin ninguna utilidad práctica.
- Ideas delirantes de grandeza: relación especial con Dios o con alguna figura del mundo político, religioso o del espectáculo.

B.2.

- Descenso de la necesidad de dormir. Puede levantarse varias horas antes sin sentirse cansado.
- Cuando el trastorno del sueño es grave, puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

B.3.

- Lenguaje verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir.
- Los sujetos pueden hablar sin parar, algunas veces durante horas, sin importarles los deseos de comunicarse con los demás.
- Puede estar el discurso plagado de chistes, juegos de palabras, e impertinencias divertidas.
- El uso de las palabras puede estar dominado por sonidos, que por las elecciones de relaciones conceptuales significativas.
- Sujeto puede mostrarse teatral, cantos.
- Si el sujeto se muestra irritable: quejas, comentarios hostiles.

B.4.

- Fuga de ideas; lenguaje acelerado, cambios bruscos de un tema a otro.
- Cuando esta fuga es grande, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

B.5.

- Incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes: ruidos de fondo, objetos del lugar, etc.
- Reducción de la capacidad de diferenciar pensamientos pertinentes al tema de los que tienen poco que ver con el.

B.6.

- Aumento de la actividad implicando una excesiva planificación y participación en múltiples actividades.
- Puede darse un aumento de impulsos, fantasías, y comportamientos sexuales.
- Aumento de la sociabilidad sin tener en cuenta (a veces con desconocidos o amigos poco cercanos, por ejemplo) el entrometimiento de estas interacciones.
- Agitación o inquietud psicomotora: paseando, hablando con dos personas al mismo tiempo, etc.
- Pueden escribir cartas a amigos, personajes públicos, o medios de comunicación.

B.7.

- Compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables, comportamientos sexuales poco inusuales.

OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS:

- No reconocer que están enfermos. Resistencia al tratamiento.
- Pueden cambiar su aspecto, vestimenta, maquillaje, exagerándola.

- Actividades con una finalidad rara (regalar dinero o caramelos).
- Juego patológico y comportamientos antisociales.
- Consideraciones éticas se olvidan.
- Hostil y amenazar a los demás.
- Agresivos o suicidas (síntomas psicóticos).
- Estado de ánimo puede cambiar de la ira a la depresión rápidamente.

El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana.

EPISODIO MIXTO

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

- **Intervención en el ámbito de la atención directa en relación a la enfermedad mental: fundamento del Practicum II:**

Como principales modelos de intervención para el círculo cercano de personas con patologías como la esquizofrenia, se han realizado a lo largo de veinte años distintos estudios controlados empíricamente[1]; en nuestra búsqueda por encontrar intervenciones desde el ámbito de los cuidadores y educadores hacia pacientes con este tipo de trastorno, que trabajan en centros de día o residencias, nos topamos con múltiples estudios que intervienen en su mayor parte sobre las familias, como el círculo más cercano de las personas con esta enfermedad, para mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de la familia. El objetivo de estos estudios en muchos casos nos recuerdan al objetivo que nosotros queremos alcanzar en este Practicum, que es rebajar por un lado los factores estresantes y la ansiedad que puede producir en los cuidadores la relación con las personas con este tipo de trastornos, así como mejorar el entorno de la persona afectada. Por ello los tomamos como ejemplo, y citamos a continuación, algunos de dichos estudios que nos parecen interesantes plantear, como parte de la idea teórica que fundamenta nuestro trabajo de Practicum. Los familiares en el caso de la intervención sobre pacientes con patologías mentales, pasan a ser un importante recurso terapeútico, subrayando las influencias mutuas entre familia-paciente que existen en el hogar: entre ellas la emoción expresada (EE), la carga emocional y económica que supone hacerse cargo de un paciente crónico, y la insatisfacción de las familias por el trato recibido desde sanidad, son algunos de los factores por los que se crean asociaciones de auto-ayuda, centrando sus quejas en torno a: que las familias no son culpables de la enfermedad mental, que tienen derecho a recibir información sobre la enfermedad y el tratamiento, y que los tratamientos y recursos tradicionales para el enfermo crónico son inadecuados. Como vemos, este es el contexto que se refiere a la familia; este tipo de responsabilidad hacia el paciente, aunque diferente, también la podemos asociar en parte a la responsabilidad por parte de los cuidadores de atención directa de este tipo de centros como es ADISLAN. Debemos tener en cuenta, que los pacientes que hemos seguido durante el anterior mes, residen todo el año en la Residencia del centro, sin mantener casi vínculos familiares, lo que hace que este centro y los trabajadores funcionen de algún modo como el círculo más cercano de estas personas.

Siguiendo con el análisis sobre los estudios realizados sobre familias con pacientes con enfermedad mental, podemos decir que los movimientos que surgieron en su momento en defensa de los familiares con personas enfermas a su cargo, así como el reconocimiento del estrés experimentado por las familias y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, fueron determinantes para el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar. De estas intervenciones, las conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, investigadas, y que mejores resultados han dado. A continuación pasamos a describir los principales modelos terapeúticos de intervención familiar en la esquizofrenia, con mayor soporte experimental, que parecen haber demostrado en parte, lo positivo de su uso por parte de las familias:

[1]Vallina, O., Lemos, S. (2000). "Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia". Hospital Sierrallana (Cantabria) y Universidad de Oviedo. Psicothema 2000. Vol. 12, nº4, pp. 671-681.

El paquete de intervenciones sociales de Leff: trabajos realizados sobre la expresión de emociones[1] habían establecido que las recaídas en esta enfermedad eran más probables cuando los pacientes vivían con familias excesivamente críticas y/o que mostraban una implicación emocional excesiva. Estos familiares eran designados con una alta EE (emoción expresada). Una de las fases de la intervención de este plan, consistía en un programa educativo, consistente en cuatro lecturas y un posterior debates sobre etiología, síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo de la esquizofrenia, en un lenguaje coloquial y leídas en voz alta a cada familia en su casa durante dos sesiones. Este trabajo psicoeducativo, unido a la convivencia de grupos de familias con el mismo problema, así como sesiones familiares de terapia, dieron buenos resultados.

En otro ejemplo podemos ver como el *modelo psicoeducativo de Anderson*, pretendía rebajar el estrés familiar, creando una alianza de tratamiento, informando al paciente y sus familiares acerca de la enfermedad y de su manejo, establecer un ambiente sosegado en el hogar y entorno sociolaboral, integrar gradualmente al paciente en el medio familiar, social, y profesional, y dar continuidad a la atención hacia el paciente y la familia. Esto se concretaba a lo largo de distintos pasos de tratamiento. Aquí nos centraremos en el punto que se refiere al taller psicoeducativo, que se basaba en la hipótesis de que la información ayuda a los familiares a adquirir sensación de control sobre un proceso, a veces caótico y aparentemente ingobernable. Esto se asoció a la disminución del miedo, la angustia y la confusión, ayudando a crear un ambiente controlado y predecible por parte de las familias. El contenido del taller se centraba en cuatro elementos: definición de la esquizofrenia y su fenomenología, tratamientos psicosociales y farmacológicos, la familia y la esquizofrenia, necesidades, problemas comunes y acciones de afrontamiento eficaces, y preguntas sobre problemas específicos.

Así mismo, la *intervención cognitivo-conductual de Tarrier*, que consta de tres componentes, en uno de ellos lo dedica exclusivamente a un programa educativo, partiendo del supuesto de que la información sobre la enfermedad aumenta el optimismo y la participación de la familia en el tratamiento, y reduce sus síntomas de estrés, proporcionándoles además una estructura teórica bajo la que encuadrar su participación. El modelo se apoya en ofrecer información sobre la patología objetiva de la enfermedad así como de los efectos subjetivos que el paciente puede padecer. Este programa se desarrollaba en dos talleres; en el primero para familiares, se hacía entrega de un folleto con información básica de la enfermedad, y se ponía énfasis en las falsas creencias con respecto a esta. En la segunda sesión se debatía sobre el contenido del folleto.

Desde la *terapia familiar conductual de Falloon*, que deriva de contenidos en relación al aprendizaje social aplicando técnicas conductuales de desarrollo de habilidades, se integraba también aquí un apartado sobre la educación sobre la esquizofrenia. Se ayudaba a la familia a adquirir un profundo conocimiento sobre la enfermedad y su manejo. El terapeuta aquí mantenía un estilo no crítico y abierto, con el propósito de conocer los puntos de vista de la familia, sus teorías y preocupaciones.

[1]Vallina, O., Lemos, S. (2000). "Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia". Hospital Sierrallana (Cantabria) y Universidad de Oviedo. Psicothema 2000. Vol. 12, nº4, pp. 671-681.

Con esto se pretendía eliminar los errores y malas atribuciones familiares sobre el trastorno con el fin de lograr la desaparición de reacciones emocionales adversas o estresantes. Los temas que trataban eran de tipo práctico, como los factores de protección y de riesgo, preparación para futuras recaídas, tratamientos, motivos y efectos, detección de síntomas tempranos y estrategias de manejo. Las sesiones duraban una hora, con la presentación de la información, intercalada con debate, exposición de experiencias personales y con material escrito para leer entre sesiones.

Este tipo de intervenciones, se probaron en estudios en distintos países a lo largo de 20 años, de los que llegaron a conclusiones interesantes sobre el beneficio de estas para las familias. Aquí debemos señalar cómo se concluyó[1] y sugirió, a través de distintas organizaciones y asociaciones como la American Psychiatric Association (1997) o la International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1997), que los programas de intervención con familias con personas con esquizofrenia a su cargo, debían componer lo que Goldstein (1994; 1995) sintetizó en: compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa; educación sobre la esquizofrenia, en torno al modelo de vulnerabilidad al estrés teorías etiológicas, variaciones en el pronóstico, motivos de los distintos tratamientos, y recomendaciones para enfrentarse con el trastorno; entrenamiento e comunicación; entrenamiento en solución de problemas; intervención en crisis: entrenamiento en detección de señales tempranas de recaída e intervención en los momentos de máximo estrés, implicando a los miembros de la familia cuando son evidentes los signos de incipiente agudización.

Como vemos por lo tanto, existen estudios con una metodología estudiada y probada, que han sido eficaces en el tratamiento de este tipo de patologías, que en su interior todas comparten el ofrecer una educación hacia la familia sobre lo que es la esquizofrenia, etiología, desarrollo, etc., probando lo positivo que es para la familia el que estos conozcan en profundidad la enfermedad a la que se enfrentan. Hemos querido plasmar aquí algunos de estos resultados, para crear una base de mayor solidez que pruebe el trabajo que estamos realizando de Practicum. En este caso, y tomando como ejemplo este tipo de intervenciones, deberemos con los datos ya analizados en este trabajo, seleccionar qué información debemos presentar a los trabajadores de atención directa, cómo la vamos a mostrar, impartir, etc., dependiendo de sus características propias como cuidadores y monitores, y sin caer en la estigmatización o en el etiquetar a las personas que padecen esta enfermedad. Debemos tratar este tema con discreción y siempre respetando la intimidad de los clientes del centro, con la perspectiva de que, como sucede en estos estudios aquí analizados, la información sobre este tipo de patologías para los trabajadores, sea beneficioso para el trabajo de estos con los clientes, mejorando el clima de trabajo y reduciendo las respuestas de estrés ante los comportamientos que vienen derivados de la sintomatología de este tipo de enfermedades mentales.

[1]Vallina, O., Lemos, S. (2000). “Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia”. Hospital Sierrallana (Cantabria) y Universidad de Oviedo. Psicothema 2000. Vol. 12, nº4, pp. 671-681.

TEORÍA SOBRE ENFOQUE SISTÉMICO

Uno de los enfoques o teorías sobre el que realizamos nuestra investigación teórica es la terapia familiar sistémica, desde sus orígenes a cómo se ha desarrollado en el tiempo, y como la entendemos desde el punto de vista de la psicóloga con la que realizamos nuestro Practicum II.

MODELO SISTÉMICO

El modelo sistémico surgió durante los años cincuenta al mismo tiempo que la terapia familiar, como un marco conceptual para contenerla y para comprender la complejidad de los fenómenos interrelacionales que se suceden. El modelo sistémico se centra en la interacciones actuales de todos los miembros de la familia (o sistemas implicados). La intervención sistémica significa centrarse en las interacciones actuales entre sus miembros en lugar de estudiar a cada individuo por separado. Cada acción es al mismo tiempo entrada (input) y salida (output) para nuevas acciones en un proceso recurrente, sin fin, que permite al mismo tiempo mantener un cierto estado de equilibrio en el sistema. El modelo sistémico utiliza la causalidad circular, según la cual se tiene en cuenta cómo a su vez las consecuencias influyen en las causas. El "paciente" es identificado como tal por el sistema, pero el objeto de estudio e intervención es la familia, en el cual se dan unas pautas comunicativas que hacen que uno de sus miembros se comporte de manera sintomática. Así la orientación sistémica pretende identificar los patrones de interacción en los cuales se sitúa el problema y alterarlos de una manera global, dirigiendo los esfuerzos a cuestionar y buscar formas alternativas en la participación de cada persona a este patrón, de manera que puedan generarse pautas alternativas más saludables.

Estos aspectos, desde el punto de vista de la intervención de la psicóloga en el ámbito de ADISLAN, creemos se llevan a cabo desde la coordinación de su trabajo con todas las fuentes de influencia sobre los clientes que acuden al centro. Es decir, para conseguir este principio básico que es la base de la teoría sistémica, debe trabajar de forma multidisciplinar, junto a todos los factores que pueden influir en un individuo. Desde la familia (reuniones) hasta los trabajadores, de atención directa, técnicos, etc., hasta con la trabajadora social o enfermera para llevar un seguimiento del cliente. Esta es la base que fundamenta la intervención y trabajo de nuestra tutora de Prácticum, que guía su intervención bajo la idea de que sólo el trabajo de equipo puede mejorar la situación que atraviesa el cliente, o bien mantenerla estable.

Para comprender en mayor medida este tipo de terapia, analizamos a continuación la historia y el surgimiento de esta: la Terapia Familiar surge en EE.UU. en la década de los 50', y viene determinada por una serie de variables históricas y profesionales. Históricamente por el final de la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea, de las que todavía sufrían sus consecuencias las familias, marcadas por duelos, separaciones, etc. Desde el ámbito de la salud mental, los psicoanalistas empezaban a trabajar en hospitales y entidades públicas, donde los fracasos de los tratamientos graves como la esquizofrenia empezaron a hacer dudar de la eficacia de este enfoque, y se planteó la necesidad de un nuevo paradigma que permitiera obtener resultados en estos contextos de intervención. Por ejemplo, autores como Murray Bowen, con una formación psicoanalítica, observaron que pacientes esquizofrénicos que mejoraban durante su hospitalización empeoraban al regresar a casa.

Esto hizo que se empezaran a plantear qué ocurría en las familias para que esto sucediera. Jey Haley y John Weakland (1956)[1] desarrollan una teoría sobre la esquizofrenia fundamentada en el concepto de "doble vínculo", una noción novedosa que parte de la idea de que los comportamientos de un esquizofrénico en el contexto familiar, son un intento de adaptación, una forma de comunicación confusa y contradictoria. La aportación de estos autores supone la separación del psicoanálisis, definiendo los síntomas de trastornos mentales no como algo intrapsíquico, sino como formas de comunicación en un contexto interaccional. A partir de aquí distintos autores hacen aportaciones y crean teorías y formas de terapia que giran en torno a la idea de la familia como un sistema que influye en todas las partes, y que pueden dar lugar a trastornos en un individuo.

El adjetivo calificativo "sistémico" hace referencia a lo relativo a la totalidad de un sistema o a un organismo en su conjunto. El pensamiento sistémico fue introducido en la psicoterapia por *Gregory Bateson*, originando el giro del foco de atención de conceptos como enfermedad, trastorno y diagnóstico a conceptos como interacción, problema y dificultad. El pensamiento sistémico es un tipo de pensamiento global y complejo que se basa en la observación. La observación que hace el ser humano permite llegar a conclusiones que por motivos prácticos son vividas como realidades únicas. Desde un pensamiento tradicional estas realidades son objetivas y se corresponden más con ciertas teorías dando por sentado que hay una realidad independiente del observador. Así, cuando un paciente acude a terapia trae una realidad inmutable que denomina problema, le causa dolor, y no puede modificar. El pensamiento sistémico permite abrir esa "lente de observación", tener un foco más amplio, que suponga el reconocimiento de otras variables que cuestionan esa realidad y ceda el paso a una realidad alternativa que no provoque sufrimiento.

[1]Bermúdez, C., Brik, E. (2010). "Terapia familiar sistémica". Editorial: Síntesis. Pág. 45

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SISTEMAS[1]
➢ Los sistemas se autorregulan por retroalimentación. ➢ Teoría de la comunicación humana. ➢ Es imposible no comunicar. ➢ En toda comunicación se puede distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y aspectos relacionales (nivel analógico). ➢ La incongruencia entre los dos niveles de comunicación da lugar a mensajes paradójicos (paradojas pragmáticas). ➢ La definición de una interacción viene establecida por las puntuaciones que introduce el participante. ➢ Dan un valor a las reglas que regulan la interacción familiar: ○ Reglas reconocidas. ○ Reglas implícitas. ○ Reglas secretas. ○ Metareglas (reglas que regulan o modifican el uso de las reglas).

A continuación exponemos la diferencia entre el pensamiento lineal y el pensamiento sistémico[2]:

LINEAL	**SISTÉMICO**
2. Por qué 3. Causalidad lineal 4. Foco en el pasado 5. Modelo individual 6. Foco en conflictos individuales 7. Resolución de los conflictos 8. Centrado en la personalidad individual	9. Para qué 10. Causalidad recíproca 11. Foco en el aquí y ahora 12. Modelo relacional 13. Foco en interacción familiar 14. Mejora de la relación 15. Centrado en el funcionamiento relacional

El acercamiento de la psicología a campos tan diversos como la biología, a través de la Teoría General de los Sistemas y ciencias como la Cibernética han permitido la aplicación del concepto “sistémico” al ámbito del ser humano, viéndole como un ser mucho más que biológico, social y relacional.

[1]http://www.slideshare.net/anjelika/modelos-sistmicos-en-psicoterapia

[2]Bermúdez, C., Brik, E. (2010). "Terapia familiar sistémica". Editorial: Síntesis. Pág. 49.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue descrita por primera vez en 1937 por el biólogo Ludwig von Bertalanffy. Desde la misma se afirma que el universo está compuesto por elementos que se relacionan entre sí construyendo sistemas. La familia constituye aquí un sistema formado por las continuas interacciones entre sus miembros y su relación como una totalidad, con el exterior. Pretende estudiar la composición ordenada de elementos en un todo unificado y saber cómo son las interrelaciones y la interdependencia de dichos elementos, formando un sistema que funciona de una manera global, no como la suma de sus partes.

La teoría Cibernética se basa en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales (Simon y otros, 1993)[1]. Los conceptos característicos provenientes del campo de la cibernética que se aplican a la terapia familiar son la retroalimentación o feedback, la homeostasis, y la morfogénesis. La retroalimentación o feedback se refiere al efecto que produce la acción de un miembro de un sistema sobre otro, convirtiéndose en información que este último va a emplear para determinar cual es la siguiente acción a realizar por su parte. La homeostasis es el estado constante que mantiene un sistema a través del mecanismo de feedback negativo mientras que la morfogénesis es el proceso por el cual se rompe el equilibrio de un sistema, provocando un cambio, a través de un feedback positivo.

El crecimiento del movimiento sistémico se asienta sobre una gran variedad de modelos, con autores reconocidos, características propias y modos diferentes de abordar la psicoterapia. Estos autores demuestran una gran apertura al abrir el campo de la salud mental a otras disciplinas, provenientes de ámbitos tan diversos como lo son la Cibernética o la Biología. Gracias a ello se va creando un esbozo de múltiples piezas, que son todos los pioneros de este paradigma y todas las escuelas desarrolladas, con una base común: la ruptura con la influencia predominante del psicoanálisis y la incorporación de nuevos conceptos de otras disciplinas. Las distintas escuelas que han ido emergiendo desde los años 50' en lo que respecta a la Terapia Familiar Sistémica, fundamentadas en "modelos clásicos" son: la Escuela Intergeneracional, la Escuela simbólico-experiencial, las Escuelas enmarcadas en la Cibernética de Primer Orden y las Escuelas enmarcadas en la Cibernética de Segundo Orden.

No las desarrollamos en profundidad para pasar a hablar de lo que se define como Psicoterapia Individual Sistémica, así como para hablar sobre los modelos sistémicos en psicoterapia, que tiene mayor relación con la forma en base a la que creemos trabaja nuestra tutora de Practicum II.

[1]Bermúdez, C., Brik, E. (2010). “Terapia familiar sistémica”. Editorial: Síntesis. Pág. 49.

LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA

La Psicoterapia Individual Sistémica aparece como una nueva posibilidad de tratamiento gracias a los últimos cambios epistemológicos de las ciencias del saber y cuyas contribuciones fundamentales han sido el Constructivismo y el Construccionismo Social. Desde finales del siglo XX y comienzos del XXI la vida del individuo está influenciada por las transformaciones sociales, económicas, ideológicas y políticas que modifican el vivir diario. Este ritmo vertiginoso impuesto por un sistema de trabajo, producción y consumo altera el sentido que cada uno da a la vida, y como consecuencia pone en entredicho entre otras cuestiones la relevancia de las relaciones interpersonales. En las sociedades occidentales hasta la llegada de la globalización, las señas de identidad de cada individuo estaban influenciadas por la familia y la comunidad de pertenencia que, adaptándose a los cambios sociales del entorno lograban imponer sus criterios, haciendo caso omiso a los deseos de la individualidad. El individuo estaba mayoritariamente en función de la familia y la comunidad, más que de sí mismo. Sin embargo, en las sociedades occidentales actuales, el individualismo es la corriente ideológica dominante, donde la nación, la clase social, la etnicidad y la familia tradicional están en retroceso. Todo este proceso post-moderno se refleja en el ámbito de las psicoterapias, especialmente en la Terapia Familiar Sistémica. Los motivos de consulta en centros de atención sistémica por problemas familiares cohabitan con demandas de atención individual. Los terapeutas sistémicos están influenciados por el acontecer social, y desarrollan una mirada no solo relacional sino individual, atendiendo a las necesidades de un sujeto inmerso en un contexto de continuo cambio. Los modelos psicoterapeúticos intergeneracional, transcultural y constructivista, brindan los elementos básicos para la creación de un modelo de terapia individual sistémica.

Hasta finales del siglo XX, el patrimonio de la terapia individual ha sido propiedad de los modelos psicoanalíticos. Dicho modelo no ayuda a entender de forma circular la relación entre conducta y síntoma y su correlato con el funcionamiento del sistema familiar o el entorno significativo del individuo. Tampoco contribuye a la comprensión de cómo las relaciones están afectadas por el problema y cómo dichas relaciones, dentro del sistema, se han acomodado disfuncionalmente, permitiendo que el problema continúe. La aplicación estricta del modelo psicoanalítico en terapia individual no ha ayudado a la resolución de los problemas planteados, generando terapias interminables que con frecuencia agravan los problemas originales o crean nuevos problemas.

El pensamiento sistémico aplicado a la psicoterapia individual incluye no sólo el abordaje de las dinámicas intrapsíquicas del sujeto, sino también la exploración de las relaciones significativas de su entorno, dónde creemos juega un papel importante la psicóloga del centro en este proceso. La interiorización del otro u otros significativos es lo que da cuerpo a la madurez y estabilidad emocional. Cuando esta interiorización no es conseguida en la figura de los padres, el individuo busca otras personas de referencia que le permitan suplir estas carencias de apego básicas para completar un desarrollo emocional sano, que se refleja en una armonía entre la aceptación de uno mismo y su entorno. Para dar protagonismo al otro significativo que no está presente en la sesión, la psicoterapia individual sistémica emplea una metodología que incluye diferentes técnicas como la interrogación sistémica, la silla vacía, y la escultura entre otras.

En los últimos años la terapia sistémica ha incorporado a su cuerpo teórico las contribuciones del Constructivismo, el Construccionismo Social y la Psicoterapia Transcultural, provocando un giro sustancial en el modo de hacer terapia.

Con la incorporación de la "Cibernética de Segundo Orden", tanto el terapeuta como el paciente no solo dirigen sus miradas hacia la relación que tienen con el mundo exterior, sino que puntualizan la relación que cada uno tiene consigo mismo y las resonancias que fluyen en la interacción entre ambos. Para recorrer el camino de terapia, tanto el terapeuta como el cliente admiten que a pesar de sus pertenencias a dos mundos eco-sistémicos diferentes, construyen un nuevo sistema relacional único que es más que la suma de ambas entidades. Si bien tanto el terapeuta como el paciente se transforman y crecen en este proceso, el objetivo manifiesto y real de la terapia se focaliza en el paciente. Es conveniente que en la terapia participen tanto el cliente, como el terapeuta, como el equipo de supervisión externa o equipo observador. Con esta forma de terapia conseguimos explorar todas las variables que intervienen en la gestación y afección de los problemas que trae el paciente, y atender de manera especial el transcurso y evolución de esta relación de "a tres". Para conseguir una adecuada relación terapeuta-paciente se tienen en cuenta tres aspectos fundamentales: la empatía, la transferencia y el poder. El terapeuta, trabajando con su equipo y teniendo en cuenta estas cuestiones, completará la terapia individual sistémica que aquí hemos descrito brevemente, ya que como podemos imaginar, se puede profundizar mucho más en los puntos que esta terapia aborda.

Debemos subrayar, que nuestra tutora de Prácticum no realiza terapia con las personas con discapacidad, y que para la atención a familiares del Centro, existe como servicio complementario al Departamento de Psicología el Servicio de Atención a Familias (SAF), que sí realiza terapia familiar. De todos modos, hemos querido revisar brevemente lo que este modelo significa, ya que como nuestra tutora cita, es dicha filosofía de trabajo la que guía su labor, y aunque no realice terapia familiar, utiliza un enfoque sistémico para trabajar con las familias, clientes y trabajadores.

A parte de las ya mencionadas escuelas, se han desarrollado otras de gran importancia, con sus propias características y formas de trabajar, que resumimos a continuación:

LA ESCUELA INTERACCIONAL DE BATESON Y WATZLAWICK:

A continuación presentamos algunas características básicas de esta escuela:

- Estudia el doble vínculo:

1. La situación es de gran intensidad emocional para el sujeto; se da una relación en que discriminar qué tipos de mensajes se reciben es de gran importancia para el sujeto.
2. El sujeto se puede ver en situaciones en las que le llegan dos mensajes incongruentes, uno afirma y el otro niega.
3. El sujeto no puede expresar su idea sobre los mensajes recibidos, tanto por su incongruencia como por la manipulación que encierran a nivel afectivo.

- Se habla de tres formas de enfocar mal las dificultades:

1. Cuando se hace preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Al emprender una acción cuando no se debería.

3. Cuando esta acción es emprendida a un nivel equivocado.
    - Se pueden dar distintos cambios:

1. Que no supongan una modificación en la estructura del sistema y su funcionamiento cibernético.
2. Que afectan a los parámetros del sistema.

ESCUELA ESTRUCTURAL Y ESTRATÉGICA DE MINUCHIN Y HALEY

A continuación presentamos algunas características básicas de esta escuela:

- La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.
- Análisis de los sistemas triádicos, alianzas y coaliciones.
    - Alianza: proximidad de dos miembros en contraste con un tercero distante.
    - Coalición: unión de dos miembros en contra de un tercero, pueden ser miembros de distintas generaciones, a esto se le llama triángulos perversos y son negados por la familia.
- Los límites en la familia pueden ser difusos, rígidos o claros.
- El objetivo de la terapia es la transformación de la estructura del grupo familiar, haciendo hincapié en la jerarquía familiar.
- El trabajo se centra en:
    - La estructura de la familia.
    - La flexibilidad del sistema.
    - La resonancia del sistema familiar y su sensibilidad a las acciones de cada miembro.
    - El contexto ambiental de la familia.
    - El estadio de desarrollo.
    - Los modos en que se usan los síntomas del paciente designado para mantener el modelo transaccional de la familia.

El terapeuta trata de entrar en el sistema uniéndose a él para posteriormente utilizar técnicas de reestructuración tales cómo:

- Desafío de las definiciones que da la familia y redefinición positiva del síntoma.
- Prescripción de tareas a ciertos miembros de la familia para provocar alianzas alternativas y reelaborar límites.
- Desequilibración, aliándose el terapeuta con un subsistema para provocar una reestructuración de límites.
- Intervenciones paradójicas.

ESCUELA SISTÉMICA DE MILÁN

Describimos a continuación de forma resumida los puntos que caracterizan el trabajo bajo la perspectiva de esta escuela sistémica:

- Se centra en el estudio de familias rígidas o de transacción psicótica.

Existen tres directrices básicas:

- Hipotetización: se trabaja desde el principio con una hipótesis sobre la familia de que se trate en concreto. Esta hipótesis establece el punto de partida para la investigación. La verificación de la validez de la misma se basa en métodos y técnicas específicas. La hipótesis debe ser sistémica e incluir a todos los miembros de la familia.
- Circularidad: por este concepto se entiende la capacidad del terapeuta para conducir la sesión basándose en los feedbacks que recibe por parte de la familia, en respuesta a la información que él solicita en términos relacionales, y en términos de diferencia y cambio.
- Neutralidad: este concepto se refiere a un específico efecto pragmático que el comportamiento total del terapeuta ejerce en la familia durante la sesión.

Alguna de las técnicas que utiliza son las siguientes:

- Técnica: Intervenciones paradójicas.
- Prescripción del síntoma. El terapeuta pide que en lugar de tratar de evitarlo se permita que el síntoma se desarrolle en una determinada situación o lapso de tiempo.
- Prescripción de no cambiar: el terapeuta da alguna razón para mostrar que el cambio no es deseable y pide que no se cambie.
- Prescribir que se cambie lentamente: el terapeuta pide que el cambio sea lento, ante unos supuestos inconvenientes de cambiar rápido.
- Se puede trabajar también con la metáfora del juego.

Así hemos podido tratar de forma general lo que se entiende por una intervención sistémica, observando como existen dentro de ésta, distintas formas de realizar terapia e intervenir. Cómo ya hemos citado con anterioridad, nuestra tutora no realiza terapia por motivos que se refieren, por un lado a que no se cree conveniente la terapia con personas con discapacidad por su nivel cognitivo y comprensión de la realidad; además en el Centro existe un servicio dedicado exclusivamente a la atención a las familias. De todos modos, nos parecía relevante realizar un acercamiento a esta teoría sistémica para poder comprender la base teórica que guía su intervención y comprensión de los problemas en el sujeto. Cómo vemos, se entiende cómo el sujeto es influido e influye a su vez en el sistema, y todo esto genera una situación para el sujeto que sustenta, mejora o empeora la situación del portador del problema. En el caso que estudiamos para el Practicum, vemos cómo, a pesar de realizar un acercamiento clínico de las patologías que muestran dos sujetos concretos del centro, y que sabemos son parte del diagnóstico de otros clientes que acuden al centro ADISLAN, la idea y comprensión de la interacción de dichas patologías en el sujeto y en su entorno es comprendido desde un punto de vista sistémico, lo cual debemos subrayar es importante para entender cómo intervendrá la psicóloga ante brotes de tipo psicótico.

Por ejemplo, en el caso de que la tutora hubiera trabajado únicamente bajo una perspectiva clínica de intervención, se hubiera centrado en la sintomátología y en como intervenir sobre ella priorizando quizás con la intervención psiquiátrica (tratamiento) del sujeto. Pero esto no es así, ya que el trabajo de la psicóloga trata de crear y mejorar el entorno del sujeto, desde la comprensión de su trastorno, de forma que la psicóloga pueda intervenir sobre el entorno cercano del sujeto, de modo que se adapte a los momentos críticos que puede atravesar el sujeto con discapacidad; debemos tener en cuenta que el entorno donde se encuentran estas personas con discapacidad, muchas veces es *desordenado* y cambiante, y en muchos casos no refleja la tranquilidad de un entorno que personas con un brote de este tipo requieren.

La psicóloga por lo tanto intenta influir en el todo que componen los círculos cercanos del sujeto con este tipo de patologías, con el fin de que todo el sistema reaccione de forma positiva ante la situación. Para que este sistema esté preparado para recibir este tipo de situaciones, hemos creído conveniente intentar una mejora por nuestra parte, hacia lo que se refiere a la intervención del personal de atención directa; esto lo pretendemos conseguir a través de la información y formación en la temática que aquí hemos tratado, sobre la que nos parece importante tengan unas nociones básicas, para comprender el proceso por el que atraviesan este tipo de clientes en situaciones habituales o incluso límites del trastorno. Puede que esta información que nunca han recibido, ayude al personal a sentirse más cómodo a la hora de trabajar con estas personas, desde la comprensión de su patología, siendo conscientes de que sus reacciones o actitudes no tienen que ver con su personalidad o actitudes controladas, sino por el desencadenamiento de la sintomatología psicótica.

- **Primeras observaciones, Parte Práctica:**

Nuestra actividad la desarrollamos a través del departamento de atención psicológica del Centro ADISLAN, que ofrece su servicio a todos los clientes que acuden al Centro de Día y Centro Residencial de la asociación. Este servicio de atención psicológica del Centro atiende las demandas que se dan con relación tanto a clientes que acuden al Centro, a trabajadores de atención directa o técnicos relacionados con estos servicios y a familias de clientes. Esto significa que se abarcan desde este puesto un amplio abanico de tareas, que además son cambiantes y responden al día a día del Centro, ya que este tipo de entornos requieren de flexibilidad y adaptabilidad, por tratarse del área que se dedica a trabajar junto a personas con discapacidad.

Las actividades generales que hemos llevado a cabo son las siguientes:

- La línea principal que ha tomado nuestro trabajo, ha sido la de crear para los trabajadores del Centro de Día NTP, de los dos Centros, ambos localizados a unos metros de distancia, siguiendo con la misma línea de trabajo para los dos grupos, así como para el Centro Residencial, dónde el perfil de los usuarios es más amplio, un curso de formación sobre "enfermedad mental", y en concreto sobre el "área psicótica" y los trastornos del estado de ánimo que pueden estar asociados a este trastorno. A pesar de ser este nuestro principal objetivo de la actividad, esta ha ido tomando forma como más adelante explicaremos de un modo distinto al principalmente planteado por nuestra tutora de prácticas. Para ello hemos creado un dossier para las personas que participan en el curso, que entregábamos de antemano, para que pudieran tener una idea de lo que se iba a tratar en este curso. Este mismo dossier hemos seguido a la hora de preparar nuestra charla con respecto al tema.

Como parte del trabajo para informar al personal con respecto al curso, nos hemos puesto en contacto con los trabajadores que queremos implicar en el curso, así como con las coordinadoras (de centro de día y centro residencial); esto lo hemos hecho de forma directa, verbalmente, así como haciendo entrega de una carta informativa.

- Otro de nuestros objetivos ha sido el crear una información de fácil acceso sobre esquizofrenia, trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo asociados a estos para nuestra tutora de prácticum, de forma que esta tenga acceso como archivo "doc." a esta información, obtenida a partir de los materiales facilitados por ella, la cual versa sobre la definición y forma de clasificar principalmente por parte del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo que se relacionan con estos. Su petición hacia nosotras estaba relacionada con que además, de forma esquemática se pudieran recoger en cada punto los diferentes síntomas de cada trastorno, y que cada uno de dicho síntoma estuviera explicado con ejemplos objetivos, de modo que cuándo tuviera que recurrir a esta información de forma rápida, o le surgiera una duda, no perdiera tanto tiempo en consultar el *Manual* y leer todo lo relacionado con cada trastorno. Consideraba que este trabajo era necesario, dándonos esta tarea por su falta de tiempo por llevarla ella a cabo de forma individual.

- También hemos llevado a cabo otras actividades, como la observación directa en el entorno

del Centro, de dos pacientes que se encuentran actualmente, que los denominaremos como A y B, en un estado de alteración, atravesando una etapa de picos y valles con lo que respecta a su trastorno psicótico:

  - Además en estos momentos en los que llevábamos a cabo la observación, hemos tratado de intervenir de forma directa con los trabajadores durante los momentos que realizábamos nuestras observaciones en el caso que creyéramos que necesitaban cierto apoyo al dar respuesta a las conductas desadaptadas de los clientes A y B.

- Trabajo a diario con la psicóloga, dónde parte del tiempo lo dedicábamos a comentar los cambios observados en los clientes, nuestras observaciones sobre el trabajo y reacción de los trabajadores ante esta etapa de los clientes; además hemos trabajado la puesta en común para la creación del curso de formación, supervisado de forma continua por la tutora y comentando observaciones sobre el tema que surgían a partir de dudas u observaciones de la psicóloga.

- A su vez hemos mantenido entrevistas personales con los trabajadores más cercanos a dichos clientes, para recoger datos de forma diaria sobre el estado del día anterior de ambos clientes.

Esta información recogida a partir de los datos obtenidos a través de los trabajadores era trasladada a la psicóloga, además de las observaciones sobre los partes de comunicación que utiliza el personal para registrar el estado de ánimo y otros detalles diarios de los clientes señalados, y ver así como redactan de forma escrita sus observaciones con respecto al comportamiento de los clientes.

- Hemos podido estar presente en reuniones que la psicóloga ha mantenido con figuras de referencia del personal de los clientes afectados, para comentar datos concretos que la psicóloga veía la necesidad de recoger de forma personal.

- **Actividades de prácticum:**

ACTIVIDAD 1: *Creación del material sobre esquizofrenia, trastornos psicóticos y del estado de ánimo asociados.*

Este trabajo se realizó de forma inicial a nuestro trabajo de Practicum. Se creó, como podemos ver en el ANEXO 2, una recopilación de información clara, concisa y esquemática sobre esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y los trastornos del estado de ánimo que se pueden asociar a estos últimos, a través de las lecturas e investigación en la red de los materiales necesarios y señalados en la bibliografía. Por lo tanto, esta parte del trabajo la llevamos a cabo utilizando la bibliografía que nos facilitó nuestra tutora, así como otra encontrada en la web, teniendo acceso a internet y un ordenador en el despacho de la psicóloga, y en ocasiones en la sala de monitores, cuándo por distintos motivos debía la psicóloga atender demandas de forma privada en su despacho. Como hemos citado en anteriores ocasiones, este trabajo fue solicitado como una herramienta útil para la psicóloga, de modo que pudiera acceder a los datos necesarios de forma rápida y desde su ordenador en el momento que así lo precisara.

Para ello seguimos el siguiente proceso: en primer lugar, nos citó los datos que este documento debía contener (trastornos a estudiar y diagnóstico) y cuál eran los que más debía trabajar y desglosar (sintomatología, de forma esquemática y con ejemplos claros).

La psicóloga a diario observaba el trabajo que estaba realizando y nos informaba de si estábamos trabajando en la línea adecuada.

Al finalizar el trabajo lo entregamos a nuestra tutora, que supervisó el documento y aprobó los contenidos. Comentamos a lo largo de este proceso dudas, sobre por ejemplo cómo diferenciar las ideas delirantes con *delirio*, etc., aspectos que la psicóloga nos ayudó a clarificar, ampliando nuestros conocimientos sobre este campo. En dicho proceso, tuvimos en cuenta cómo se percibe y se recibe desde el personal de atención directa la sintomatología de estos trastornos, e intentamos visualizar y debatir sobre cómo intervenir desde la psicología de la educación en este problema. Algunos de los aspectos que debatimos y subrayamos a continuación fueron los siguientes:

- La importancia de la formación en el tema por parte del personal que trabaja con estas personas.

- La importancia que tiene la psicóloga en su papel de apoyo al personal ante este tipo problemáticas, el atender a la persona con discapacidad cuando atraviesa un brote psicótico, y cómo debe esta apoyar: desde la empatía, la información, el consejo sobre cómo actuar con la persona afectada, y ampliando la perspectiva del personal, haciendo intentar comprender lo complejo de la sintomatología, etc.

- La importancia que tiene la presencia de la figura de la psicóloga en el medio y contexto concreto del cliente cuando este tipo de problemas se están dando, como apoyo al cliente y al personal.

- La importancia de una buena coordinación con todos los agentes implicados, así como el de realizar un buen uso de la atención psiquiátrica que se da a estos clientes. Esto lo comentamos en base, a cómo parece que la tendencia del servicio de psiquiatría es modificar de forma constante la medicación de los pacientes ante estos episodios. La supervisión de estos cambios de medicación, deben ser realizados de forma escrupulosa por la psicóloga. Esto quizás no estaría tan relacionado con la psicología de la educación, pero tendría relación con el punto mencionado de coordinarse de forma efectiva con todos los agentes implicados.

ACTIVIDAD 2: *Creación del curso sobre "Enfermedad Mental".*

Cómo hemos citado, la línea principal, denominándola como principal por la importancia atribuida por nuestra tutora de prácticas y que ha guiado nuestro trabajo inicial, ha sido la de crear para los trabajadores del Centro de Día NTP, de los dos Centros, ambos localizados a unos metros de distancia, siguiendo con la misma línea de trabajo para los dos grupos, así como para el Centro Residencial, dónde el perfil de los usuarios es más amplio, un curso de formación sobre "enfermedad mental", y sobre el "área psicótica" y los trastornos del estado de ánimo que pueden estar asociados a este trastorno.

Hemos comentado más arriba, que a pesar de ser éste nuestro principal objetivo, este ha ido tomando forma en el tiempo, debido a observaciones que se han podido dar a través del trabajo diario.

En primer lugar, y antes de seguir analizando este punto, queremos aconsejar la lectura del curso que adjuntamos en el anexo (el formato entregado a los participantes), para clarificar la idea que aquí señalamos.

Tras la investigación y realización del documento para nuestra tutora (que podemos encontrar en la parte referida a la Parte Teórica del prácticum), mediante el que hemos podido profundizar sobre la enfermedad mental, y concretamente sobre esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y los relacionados en relación a estos en base a los trastornos del estado del ánimo, hemos llegado a la conclusión y también a través de los diálogos mantenidos con el personal y más aspectos que mencionamos más adelante, de que debíamos comenzar este trabajo desde un punto muy básico de formación. Esto lo basamos en que en primer lugar, la gran mayoría del personal (cuidadores y monitores) no tienen conocimientos sobre enfermedad mental ni con respecto a los trastornos mentales en general.

Con estos datos sobre el bajo nivel de conocimiento o nulo sobre la temática referida a enfermedad mental, que la psicóloga tenía en cuenta por sus observaciones realizadas a lo largo de los años en la asociación (la mayoría del personal ha sido fijo durante años), sobre el nivel bajo de formación y conocimientos con respecto al tema elegido, se ha tomado la decisión, de que debíamos modificar la idea que teníamos de forma inicial como objetivo del curso de formación.

La psicóloga ha creído conveniente, por la complejidad del tema, iniciar la formación desde la base y concepto de lo que significa *enfermedad metal*. El objetivo marcado para este curso por lo tanto, iría enfocado a que los sujetos que de él participen, se hagan una idea de lo que enfermedad mental significa, sus consecuencias, etiología, desarrollo y algunos de los síntomas que se pueden dar, relacionados esto sí, con el área psicótica.

Estos síntomas, los hemos elegido de los ya estudiados del *área psicótica*, y los hemos desglosado de forma transversal a los contenidos del curso en relación al concepto de *enfermedad mental,* para que el personal tenga una idea básica, de que lo que observan en los clientes (comportamientos y estado de ánimo), en algunas ocasiones tiene relación con la enfermedad mental asociada a la discapacidad.

De este modo, el objetivo en primer lugar ha sido acotado y simplificado de modo que podamos de algún modo conectar con las personas que acuden a la charla, dejando claros algunos conceptos básicos sobre enfermedad mental.

La idea que sigue a esta formación inicial impartida por nosotros, es la siguiente que hemos planteado junto con nuestra tutora: continuar con este trabajo de formación el año que viene, para lo que nos hemos ofrecido de forma voluntaria dado nuestro interés en el tema. Esta estaría enfocada a distintos cursos de carácter *voluntario* para los trabajadores, para profundizar en conceptos más complejos sobre trastornos como la esquizofrenia, trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo asociados.

Esto se planteará al finalizar el curso con cada grupo (al final de la charla), recogiendo los datos de forma informal sobre el número de personas que pudieran estar interesadas en realizar una mayor formación en esta temática, y aprovechando, qué aspectos concretos les gustaría profundizar (patologías, etc.). Tenemos en cuenta que este dato, debido a que se realizará de forma abierta en el grupo puede estar un tanto sesgado, pero nos puede dar una primera impresión del interés que hemos generado con la charla con respecto al tema.

Las charlas las hemos estructurado en tres, cada una de 1.15 min., en diferentes espacios del Centro dependiendo del grupo. El contenido es el mismo para los tres grupos, y lo podemos visualizar en el *ANEXO 1*. Las fechas serán el 12, 13, 14 de Diciembre, en horario de 8.00-9.15h. El día 12 y 14, y el martes 13 de Diciembre de 15.00h.-16.15h.

El lunes el curso estará dirigido a: cuidadores y monitores de Centro de Día NTP; monitoras (2) del servicio de integración laboral (Huerta del Centro), del grupo de Ocupacionales; coordinadora del grupo ocupacional; personal de atención directa (2) del servicio de integración laboral (Lavandería del Centro.

El martes el curso estará dedicado al grupo de cuidadores del Centro Residencial y coordinadora de este servicio.

El miércoles el curso estará dirigido a los cuidadores y monitores del Centro de Día NTP (el segundo centro), con clientes con más necesidad de apoyo; técnicos del Centro: pedagoga, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional.

Con anterioridad, en la semana del 28 de Noviembre, se hará entrega del material sobre el curso a todas las personas participantes, y nos comunicaremos con las distintas partes interesadas para informar sobre la fecha, hora y lugar donde tendrá cabida esta charla.

Debemos señalar, que este curso se ha orientado de forma que no se entienda como un curso cerrado que consta de ponentes y oyentes, sino que lo formularemos como una charla-coloquio, dónde intentaremos establecer contacto con los oyentes.

El curso será impartido por nosotros, mientras que la psicóloga nos acompañará pero no intervendrá más que como oyente y observadora, supervisando nuestro trabajo. Además explicita cómo se centrará en observar las reacciones del público, de modo que pueda intuir si el contenido esta siendo comprendido y está llegando a los oyentes. El feedback sobre los resultados, será devuelto tras cada charla formativa por nuestra tutora.

La semana del 28 de Noviembre, también será utilizada para realizar un rol-playing a nuestra tutora sobre cómo vamos a desarrollar la charla, de forma que pueda corregir aspectos que crea conveniente.

ACTIVIDAD 3: *Observación de los casos de clientes A y B del Centro de Día NTP y Residencia. Intervención directa.*

Los dos casos aquí analizados utilizan dos de los servicios que presta ADISLAN. El servicio residencial, en el que los clientes viven a lo largo de todo el año, así como el Centro de Día NTP. Ambos sujetos están tutelados por la Fundación Tutelar de Canarias, situada en Las Palmas de Gran Canaria, y con la cual la psicóloga mantiene contacto habitual, para informar sobre el estado de ambos clientes. Debemos decir que además la psicóloga realiza el seguimiento psiquiátrico sobre ambos clientes y que en ambos casos se ha modificado (aumentado o cambiado) la medicación psiquiátrica de los clientes en el transcurso de las crisis de ambos clientes:

CASO A:

El primer caso observado, ha sido el caso A, una de las clientes NTP con una mayor necesidad de apoyo por su bajo grado de autonomía. Aunque puede caminar sin la necesidad de apoyo, comer, y realizar las actividades básicas de la vida diaria por sí misma, debe recibir un apoyo constante del personal para guiar y supervisar dichas actividades.

Puede hablar, aunque los temas que verbaliza son varios, delimitados, y no tiene una conversación más allá de ellos; únicamente responde con monosílabos si la preguntamos sobre otros temas. Por lo tanto, el nivel cognitivo se encuentra gravemente deteriorado.

Hemos observado su comportamiento en los talleres, a partir de los datos que nos han dado los trabajadores sobre su actitud normalizada. Observamos lo siguiente, en lo que se refiere a la cliente:

- Su actitud es cambiante en el tiempo, y podemos decir que presenta días que denominaremos como “tranquilos” y otros días que se muestra “alterada”. Definimos “tranquilos” como los días que no presenta alteraciones de conducta. Los días que se presenta “alterada” muestra alteraciones de conducta tales como:
    - Agresiones: golpes, tirones de pelo:
        - A compañeros.
        - A cuidadores.

- Autolesiones: golpearse la cabeza, hacerse daño en los dedos por mordeduras.
- Fingir “crisis”: se tira al suelo y convulsiona, de forma fingida.
- Lloros.
- Gritos.
- Insultos.
- Tirar objetos, comida, etc.
- Negación a comer.
- Quitarse la bolsa de su colostomía. La cliente está operada, por lo que debe llevar siempre puesta una bolsa de colostomía.
- Quitarse la ropa sin motivo aparente y funcional.

Por lo tanto la cliente se encontraría en un estado de alteración debido a dichos aspectos conductuales, atravesando una etapa de *picos y valles* con lo que respecta a su trastorno psicótico. Debemos señalar, que entendemos esta actitud y comportamiento como alterado y distinto del habitual en referencia y al compararlo con el que presentaba con anterioridad a este brote. Esta información tenemos conocimiento sobre ello debido al personal de atención directa, el obtenido por parte de la psicóloga, y el observado in situ.

Por lo tanto, por un lado, observábamos el comportamiento diario de la cliente, recopilando los datos de esta y conducta, así como los comportamientos y actitud de los trabajadores ante este tipo de situaciones, concluyendo que en estos se da desde nuestro punto de vista lo siguiente:

- En base al comportamiento del personal con respecto a la cliente:
  - Se utiliza la contención emocional del cliente a través del diálogo.
  - Se utiliza la contención física del cliente si esta intenta autolesionarse o lesionar a otros.
  - Estas contenciones se tratan de llevar a cabo desde un estado de tranquilidad y diálogo, con un tono suave de voz y corrigiendo la actitud de la cliente.
  - Se reorganiza el grupo de trabajo dependiendo del estado de ánimo de la cliente, lo que trastoca el trabajo diario. Por ejemplo, se la sitúa en un sitio de trabajo en los talleres tranquilo, que la calme y dónde ningún compañero interactúe con ella.

- Sentimientos desencadenados a partir de la interacción por parte del personal con la cliente, observado a través de las expresiones faciales y gestos de los trabajadores y sus verbalizaciones en las reuniones que mantenemos con ellos:
    - Temor ante las conductas desadaptadas y agresivas.
    - Ansiedad.
    - Sobrecarga y estrés los días en los que se encuentra alterada.
    - Incertidumbre con preguntas como: ¿cuándo va a pasar esta mala racha? ¿En cuanto tiempo va a mejorar y hacer efecto los cambios en la medicación?

Hemos mencionado el cómo hemos tratado de intervenir de forma directa con los trabajadores durante los momentos que realizábamos nuestras observaciones en el caso que creyéramos que necesitaban cierto apoyo al dar respuesta a las conductas desadaptadas de los clientes. Esto lo hemos llevado a cabo con cierta sutileza, ya que hemos observado cómo el personal atribuye a la figura del psicólogo una cierta posición de "experto" que tiene soluciones inmediatas para los comportamientos de los sujetos. Por lo tanto, hemos:

- Apoyando de forma directa (acompañando al cliente a otro espacio, etc.) o verbal las acciones de los trabajadores, desde la empatía y el compañerismo.
- Actitud abierta y de comprensión por nuestra parte, para que se tuviera la sensación de que nuestro acompañamiento se está dando como apoyo y búsqueda de soluciones a la situación que atraviesan.
- Hemos sugerido, y nunca impuesto, posibles verbalizaciones hacia el cliente cuando este mostraba malestar, para tratar de calmar su estado, así como acciones a llevar a cabo: cambios de lugar, masajes y cambios de sitio a los sofás o zonas más cómodas, posibles paseos, etc.

Cómo hemos mencionado como otra tarea de Practicum, toda esta información la hemos traspasado de forma diaria a la psicóloga, compartiendo con ella puntos de vista sobre lo observado.

CASO B:

El segundo caso observado es el de un cliente que acude al Centro de Día NTP para sujetos con mayor autonomía y menor necesidad de apoyo. Este cliente es totalmente autónomo en las actividades de la vida diaria. Tiene un nivel cognitivo alto. Podría perfilarse como un cliente ocupacional, pero debido a la influencia de su enfermedad mental en su comportamiento, creemos no mantiene la concentración y constancia que requiere el trabajo de un perfil de sujeto ocupacional (talleres de empleo). Se trata de una persona que además puede establecer relaciones de afecto. Tiene una conversación amplia, pudiendo dar respuestas elaboradas, y una memoria a largo plazo importante, recordando los nombres de personas, lugares y acontecimientos del pasado. También mantiene una buena memoria a corto plazo, aunque se distrae rápidamente y

cambia de tema constantemente.

Tiene un carácter amable, y de compañerismo con el resto de su grupo. Esta descripción la realizamos en base a la información que obtenemos por parte del personal, así como con la que obtenemos en los momentos en los que el cliente se encuentra calmado. Cuándo entra en un estado de alteración, este perfil cambia drásticamente.

Este sujeto, según nos informan las personas de referencia del cliente (1 monitora y dos cuidadoras), comenzó a presentar desajustes en su conducta de forma progresiva, hasta el momento que observamos actualmente. La sintomatología observada en momentos de pico en su estado, en el cliente que denominamos como *desajustada* es la siguiente:

- Ideas delirantes, en relación a que sujetos le persiguen o quieren hacerle daño, sin motivo aparente.
- Discurso incoherente y falta de atención cuando nos dirigimos al sujeto.
- Respuestas bruscas y verbalmente agresivas.
- Insultos, acusaciones.
- Intentos de agresión a personas que no conoce y por las que se siente agredido sin serlo.
- Autolesiones (heridas en las piernas y manos por frotarse excesivamente).
- Hiperactividad.
- Desconexión con la realidad.
- Problemas de alimentación: deja de comer, vomita o come compulsivamente.
- Mutismo.
- Ensimismamiento.
- Alteración del sueño (por lo que leemos en los partes de comunicación).
- Berborrea.
- Utiliza un tono de voz elevado y desadaptado al medio y a la situación.

Estos son los síntomas que observamos cuando el cliente se encuentra alterado, y como en el anterior caso, son síntomas variables en duración e intensidad dependiendo del día. Cuando se encuentra más tranquilo, muestra los comportamientos descritos como parte de su personalidad “nomalizada”, intercalado con algún síntoma positivo o negativo del brote psicótico.

Por lo tanto como en el anterior caso, por un lado, observábamos el comportamiento diario de la cliente, recopilando los datos de sus conductas, así como los comportamientos y actitud de los trabajadores ante este tipo de situaciones, concluyendo que en estos se da desde nuestro punto de vista lo siguiente; observaríamos correlación en las respuestas del personal de ambos centros en los siguientes puntos:

- Temor ante las conductas desadaptadas y agresivas.
- Ansiedad.
- Sobrecarga y estrés los días en los que se encuentra alterado.
- Incertidumbre con preguntas como: ¿cuándo va a pasar esta mala racha? ¿En cuanto tiempo va a mejorar y hacer efecto los cambios de medicación?

Además añadiríamos:

- Al tener el sujeto un nivel cognitivo mayor, las respuestas que se dan se basan más en la estrategia al comportamiento que presenta, de modo que supone una gran carga emocional para los referentes del cliente, que en parte parecen sentirse responsables de lo que sucede.
- El lugar, el Centro también es más amplio y contiene más trabajadores y servicios, lo que dificulta el control del sujeto en el contexto físico. Por ejemplo, hay más gente que sale y entra del centro, lo que hace que el cliente quiera escapar cuando esto sucede, etc.

- El vínculo con el cliente es diferente al que se da con el caso anterior, que atribuimos este aspecto al nivel cognitivo del cliente, por lo que vemos una mayor implicación emocional ante su estado por parte del personal, ante las verbalizaciones que este presenta (acusaciones, desconexión con la realidad, etc.), por ejemplo.

- La hiperactividad afecta de forma importante al grupo, así como la berborrea, y el alto tono de voz utilizado por el sujeto, que hace que el personal tenga la sensación de ser incontrolable esta situación.

Debemos decir que en los momentos que se ha encontrado en el Centro la conducta alterada es controlable a través de los cambios de medicación que se han empleado así como de las medidas conductuales aplicadas. Durante nuestra observación, el sujeto fue ingresado en psiquiatría durante una semana, y en estos momentos y desde hace dos ha vuelto a ser ingresado; actualmente está regresando de nuevo al centro de forma progresiva.

Siguiendo la línea comentada con anterioridad para el caso A, hemos tratado de intervenir de forma directa con los trabajadores durante los momentos que realizábamos nuestras observaciones en el caso que creyéramos que necesitaban cierto apoyo al dar respuesta a las conductas desadaptadas del cliente. Esto lo hemos llevado también a cabo con cierta sutileza, por lo comentado anteriormente. Por lo tanto hemos llevado a cabo nuestra intervención:

- Apoyando de forma directa o verbal las acciones de los trabajadores, desde la empatía y el

compañerismo.

- Actitud abierta y de comprensión por nuestra parte, para que se tuviera la sensación de que nuestro acompañamiento se está dando como apoyo y búsqueda de soluciones a la situación que atraviesan.

- Hemos sugerido posibles verbalizaciones hacia el cliente cuando este mostraba malestar, para tratar de calmar su estado, así como acciones a llevar a cabo: por ejemplo acompañarlo a un lugar tranquilo y alejado del resto, o distraerlo con temas positivos para él en momentos que se distanciaba de la realidad y mostraba pensamientos negativos y suspicaces.

Del mismo modo esta información la hemos traspasado de forma diaria a la psicóloga, compartiendo con ella puntos de vista sobre lo observado.

ACTIVIDAD 4: *Entrevistas personales con los trabajadores más cercanos a dichos clientes, para recoger datos de forma diaria sobre el estado del día anterior de ambos clientes. Recopilación de datos a partir de los partes de comunicación.*

Esta parte del trabajo de prácticum lo llevábamos a cabo en los momentos en los que realizábamos nuestro trabajo de observación: antes, durante o después, dependiendo de las posibilidades de los trabajadores teniendo en cuenta, que el entorno de prácticum es bastante imprevisible, con respecto a lo que va sucediendo en el día, por trabajar con personas con discapacidad. En ambos centros, eran las personas referentes de los sujetos las que nos informaban, mientras que si esta persona no se encontraba, otra de las compañeras del equipo de cuidadores – monitores me daban la información.

En primer lugar, y al presentarme junto con la psicóloga como alumna en prácticum de forma informal en el momento del comienzo de las prácticas, esto quedó pautado como una actividad que debía llevar a cabo cuándo estuviera presente. En determinados momentos y dependiendo del día, si la información que debían darme era breve, se daba en la misma sala de observación de forma verbal. En otros momentos, en los que debíamos profundizar más allá sobre lo que había sucedido, nos reuníamos en las salas de monitores, y comentábamos lo sucedido. Los datos los traspasaba después a mi tutora de forma verbal, y en forma de anotaciones que entregaba a esta cuando era necesario.

Otra de las tareas que hemos desarrollado, es la recopilación de los datos pertinentes apuntados en las agendas personales de comunicación de cada sujeto, a partir de las anotaciones por parte de los trabajadores sobre el bienestar emocional concretamente, así como de las conductas disruptivas, que rellenan en los distintos turnos los trabajadores para poder llevar un seguimiento sobre el bienestar del sujeto. Estas anotaciones las entregaba a la psicóloga cuando me reunía con ella.

Toda esta información aportada a la psicóloga, era comentada con ella en el momento del intercambio de dicha información, desde el diálogo y la perspectiva del psicólogo de la educación, en vistas a cómo poder beneficiar al sujeto con discapacidad así como a los trabajadores desde el departamento de psicología.

Con este trabajo hemos fundamentado y basado nuestra opinión inicial y base del trabajo de prácticum, sobre cómo creemos que el personal de atención directa, en muchos casos percibe la respuesta del sujeto como algo subjetivo y personal en ocasiones hacia el trabajador. Por ejemplo, en el caso en el que el personal verbalizadaba que el cliente estaba irascible, que no se le podía decir nada ya que todo le sentaba mal, o como creían que las conductas del sujeto se derivaban de su propia intervención, intuimos así que desde este tipo de atención no se concibe la respuesta del sujeto como inadaptada debida a cuestiones psiquiátricas; esto lógicamente, hemos observado que es por falta de conocimientos con respecto al tema, y también por el nivel de estrés que genera en el trabajador que gestiona este tipo de crisis. Estas charlas con la psicóloga, nos han ayudado a comprender el camino que debe tomar esta a la hora de intervenir con el sujeto y el personal que gestionan este tipo de problemáticas, desde la perspectiva educativa y de gestión de los conflictos.

ACTIVIDAD 5: *Hemos podido estar presente en reuniones que la psicóloga ha mantenido con figuras de referencia del personal con respecto a los clientes afectados, para comentar datos concretos que la psicóloga necesitaba recoger.*

En determinadas ocasiones (cuatro en total), hemos estado presentes en las reuniones que la psicóloga a mantenido con las dos referentes de los distintos centros y clientes, para observar como estaban siendo abordados ambos casos, y como complemento a los datos facilitados por nosotros sobre la respuesta de los trabajadores ante tal situación. Las preguntas iban encaminadas a ver como entendían ambas personas las crisis atravesadas por los sujetos; por otro lado, cómo creían que lo estaban afrontando en el grupo de trabajo y de forma personal; la psicóloga añadía información sobre el porqué de las reacciones de ambos clientes, desde un punto de vista psicológico pero utilizando un lenguaje sencillo y coloquial. Además explicaba las posibles reacciones de los cambios de medicación (por ejemplo el tiempo en el que hace efecto aproximadamente la nueva medicación en el cliente). Como conclusión, daba consejo sobre posibles formas de afrontar la situación, como por ejemplo, que estas personas se mantuvieran en lugares tranquilos, que sólo un trabajador a diario interviniera con ellos, etc. Debemos señalar como la psicóloga también estuvo presente en momentos concretos junto con el equipo y los clientes, para observar in situ la situación de ambos.

Estas reuniones han sido muy interesantes para nuestro aprendizaje como psicólogos de la educación, ya que hemos podido observar la forma de comunicarse de la psicóloga con el personal, así como la utilización de conceptos psicológicos con estos, y su manera de apoyar y dar respuesta a las diferentes problemáticas planteadas.

ACTIVIDAD 6: *Trabajo a diario con la psicóloga: cambios observados en los clientes, observaciones sobre el trabajo y reacción de los trabajadores ante esta etapa de los clientes, y puesta en común para la creación del curso de formación y parte teórica.*

Como hemos citado con anterioridad, la información recopilada en base a nuestras observaciones y los datos recogidos de las agendas de comunicación de los clientes, se aportada a la psicóloga y comentaba con ella en el momento del intercambio de dicha información desde la perspectiva del psicólogo de la educación. Lo hacíamos siempre tras la observación de los clientes. Ya hemos comentado anteriormente algunos aspectos que concluimos al respecto, así como la utilidad de esta información.

Además, este espacio era utilizado para recibir *feedback* sobre nuestro trabajo con lo que respecta a la parte teórico-práctica: la creación del material para su uso sobre los trastornos psicóticos y del ánimo, así como la creación del curso de formación para el personal. También en este espacio podíamos recibir una guía de como llevar a cabo este trabajo, en caso de dudas, y dialogábamos sobre observaciones con respecto a nuestra investigación y otros aspectos que surgían en relación a este trabajo.

Este aspecto del practicum ha sido enriquecedor con respecto a nuestros conocimientos sobre la temática elegida, así como en relación al papel del psicólogo de la educación y su perspectiva de trabajo al afrontar estos casos y en este contexto concreto.

- **Aspectos que facilitan y/o dificultan las tareas de Prácticum:**

En primer lugar realizaremos un análisis de los aspectos que facilitan nuestras tareas de prácticum, en relación a los trabajadores del Centro:

Los trabajadores del Centro han aportado información valiosa en referencia a los casos estudiados, atendiendo nuestro trabajo y respondiendo a nuestras demandas como alumnos de prácticum. Durante las entrevistas personales con estos, así como en los momentos en que participábamos de forma activa en el grupo, nos referían aspectos sobre lo observado que fueron de interés recoger tanto para la psicóloga como para nosotros. Esta observación directa, nos sirvió de forma importante a la hora de identificar las dificultades con las que se encontraban los trabajadores de atención directa en relación a los casos planteados. Por lo tanto, como primer punto señalamos que la interacción directa con respecto a los trabajadores ha facilitado la recogida de información en referencia a los clientes observados.

Además, la interacción mantenida con la psicóloga ha sido muy positiva, terminando con un problema que identificabamos en el anterior prácticum, en referencia a cómo los profesionales, al querer mantener la confidencialidad de los casos analizados, impedían de algún modo ampliar nuestros conocimientos como futuros profesionales. En este caso, la psicóloga ha gestionado de otro modo la información con respecto a su trabajo del Centro, a pesar de manteniendo obviamente la ética del profesional, nos ha aportado datos sobre su intervención positivos para nuestro aprendizaje. A través de la interacción con esta, también hemos podido comprender el papel del psicólogo de la educación en un centro de tales características como es el dedicado a personas con discapacidad, abordando su trabajo de forma multidisciplinar y coordinado, mostrándonos las dificultades con las que se encuentra al llevar a cabo su trabajo de este modo (de forma coordinada). Hemos compartido interesantes puntos de vista sobre el trabajo de la psicóloga de la educación en el Centro, y de cómo esta trata de modificar la imagen que se ha creado en el tiempo con respecto a su papel, que es considerado como “experto”, y en muchos casos es considerada como un figura que puede solucionar de forma rápida todos los problemas que se presentan en referencia a los clientes con discapacidad del centro. Por lo tanto, el contacto directo en las reuniones con la psicóloga, ha facilitado nuestro aprendizaje en gran medida, pudiendo observar directamente y tratar temas con esta de interés para la comprensión del papel del psicólogo de la educación.

El haber además podido utilizar los recursos del Centro, como las lecturas que nos ha aportado la psicóloga y la guía de la psicóloga a lo largo de nuestro estudio sobre enfermedad mental y trastornos psicóticos y del estado de ánimo, nos han ayudado a comprender en mayor medida los contenidos resumidos y creados para el curso de formación para el personal. Por un lado además, y con respecto a este curso de formación, ha sido recibido de forma positiva, mostrando el personal interés por los contenidos, y solicitando ampliar los conocimientos en un futuro, con respecto a enfermedades mentales que pueden estar asociadas a clientes del centro. Esto en parte, creemos haberlo conseguido por el apoyo mostrado por la psicóloga durante la formación, que nos ha apoyado de forma sutil creando un clima adecuado durante las charlas, de forma que la información fuera mejor recibida por parte del personal, que en muchos casos y según su opinión pueden ser reacios a recibir información novedosa y que en momentos pudieran parecerles fuera de su alcance, por la formación con la que cuentan y su desconocimiento sobre el tema.

Por lo tanto, creemos por ello que el apoyo recibido por parte de la psicóloga ha sido positivo a la hora de llevar a la práctica la formación al personal.

Esto también creemos que puede ser debido al vínculo creado entre el personal y la psicóloga, que hemos observado que es importante a la hora de tratar con las personas de atención directa, que en muchos casos muestran la necesidad de ser apoyados por figuras técnicas, como es la psicóloga, debido a que en ocasiones se enfrentan a situaciones que pueden generar estrés por el trato constante con personas con discapacidad, que en momentos pueden atravesar situaciones complejas de crisis debido a su diagnóstico.

En resumidas cuentas, un gran facilitador de nuestro trabajo ha sido el apoyo que hemos recibido por parte de la figura del tutor, que ha mejorado creemos pudiéndolo comparar con nuestro anterior prácticum. Además el equipo se ha mantenido bastante abierto, aunque más adelante pasaremos a comentar algunas de las resistencias que hemos afrontado, ante una figura novedosa y con vistas y objetivo de realizar en parte una observación directa, cómo ha sido en parte nuestro papel asumido en los momentos que compartíamos con las personas de atención directa.

En referencia a aspectos técnicos, ya hemos comentado como se nos ha facilitado bibliografía imprescindible para poder desarrollar el trabajo, así como los recursos necesarios: conexión a internet, materiales para imprimir las cartas informativas y los dossiers con los contenidos del curso de formación. Cuando ha sido necesario también hemos podido utilizar otros medios como el teléfono para poder contactar con técnicos, etc. Se nos ha facilitado un espacio de trabajo en todo momento, dándonos la confianza y el poder trabajar junto con la psicóloga, únicamente no pudiendo estar presente en reuniones confidenciales consideradas por ella (con familias, por temas delicados con el personal, etc.).

A esto debemos añadir como nuestra experiencia en nuestro anterior prácticum, nos ha ayudado a afrontar las tareas con mayor seguridad, y utilizando de mejor manera, con mayor funcionalidad un punto de vista psicológico sobre los problemas presentados y temas tratados con la psicóloga. Las herramientas comunicativas adquiridas han sido un gran facilitador a la hora de desarrollar nuestro trabajo.

Pasando a analizar las dificultades del Practicum, diremos como la mayor dificultad con la que nos hemos encontrado, a pesar de haber podido alcanzar a través del diálogo con los trabajadores nuestro objetivo, que era informar a la psicóloga sobre el estado de ambos clientes, es la tendencia a considerar la figura del psicólogo por parte del personal como “experto” ante los problemas que se daban en cada momento de intervención cuando estábamos presentes. Hemos denotado cierta tendencia a atribuir al rol del psicólogo la habilidad no real de poder intervenir de forma eficaz y directa en todo momento, considerando creemos por parte del personal que por tener una mayor formación podíamos realizar una mejor intervención directa con los clientes en crisis, o aportar herramientas nuevas a estos. En este caso, hemos tratado hacer ver de forma indirecta, como la figura del psicólogo no puede paliar ciertos aspectos que se dan en personas con enfermedad mental, rebajando la sintomatología rápidamente, sino que hemos tratado hacer ver como nuestro trabajo consiste de algún modo en tener una visión global del problema y ofrecer una serie de soluciones que no necesariamente deben responder a paliar directamente los síntomas de los clientes.

Además, hemos intentado que comprendieran como no es tan sencillo, sino que se trata de un trabajo multidisciplinar que se debía abordar con el tiempo adecuado. En vistas a esta espera de respuesta ante nuestra presencia, hemos debido utilizar herramientas comunicativas adecuadas con el personal, que funcionaran en el equipo de forma eficaz, rebajando esta visión por su parte, que no creíamos era positiva para nuestra figura.

Además de esta tendencia hacia el papel del psicólogo por parte del personal, se han añadido las dificultades de intervenir directamente con estas personas con discapacidad en plena crisis psicótica. Los problemas de comportamiento mostrados y su desconexión con la realidad, han complicado de algún modo el trabajo directo con ellos, ya que no respondían como la población "normal", mostrando una sintomatología definida de forma clara en el DSM IV, que como hemos comprendido en su estudio se ha creado para diagnosticar casos en personas sin discapacidad.

Por lo tanto, los datos que hemos recogido eran identificados por la psicóloga como parte del seguimiento de estas personas, pero en algunos momentos hacían difícil el saber en que momento de mejoría o no se encontraban los clientes. La hospitalización intermitente de uno de estos clientes en parte ha frenado nuestro trabajo de observación directa por este lado.

Otra dificultad que hemos encontrado a la hora de intervenir ha sido la falta de tiempo en algunos casos, debido a que debíamos contar en muchos momentos con el personal de atención directa y su disponibilidad para reunirnos y recopilar ciertos detalles. Aunque en momentos que esto no era posible debido a las circunstancias de su trabajo y del día a día, lo que hacía que recogiéramos cierta información en el mismo contexto de intervención directa, creyendo que en momentos esta información pudiera estar sesgada por la dificultad que añade esta situación, por el ritmo de trabajo del personal, al que debíamos adaptarnos. Además, creemos que en parte, nuestra mera presencia en el lugar de observación, pudiera sesgar del mismo modo la forma de intervenir por parte del personal, no permitiéndonos una observación libre de connotaciones contextuales del momento en el que estábamos presentes.

A esto sumamos el que no hemos podido crear un curso creemos lo suficientemente amplio, aunque es una tarea que hemos dejado pendiente para el futuro, por falta de tiempo en el que todo el personal pudiera reunirse y acudir a la formación. De este modo y a su vez, sí creemos que hemos conseguido abrir una vía de comunicación y de formación para el personal en el campo relacionado con la enfermedad mental, habiendo abierto canales de comunicación entre el personal y el departamento de psicología, en relación a la temática elegida y en referencia a este campo de conocimiento. Esto lo consideramos muy positivo para el futuro en este centro, ya que una de las debilidades que hemos identificado es la falta por parte del personal de formación en este campo, que creemos mejoraría la intervención por su parte con respecto a los sujetos con discapacidad intelectual.

- **Aspectos que facilitan y/o dificultan la actividad habitual del centro:**

El aspecto que creemos facilita mayormente el trabajo del Centro es curiosamente un aspecto que se da en una gran parte de los casos, por el trato que hemos observado entre trabajadores y clientes: el aspecto vocacional de trabajar en el ámbito de la discapacidad. El vínculo que se crea con los clientes con discapacidad hacen que el objetivo de trabajo del equipo sea de algún modo unitario y común a todos, el mejorar la calidad de vida de los clientes. Creemos es esta vocación o interés por el trabajo del Centro el que en parte hace que el sistema de trabajo de ADISLAN funcione adecuadamente. De todos modos, esta observación es bastante subjetiva, y basada en aspectos observados durante nuestra experiencia de prácticum.

Además de este objetivo común del equipo, creemos que la buena organización tanto de las actividades de Centro como del trabajo del equipo facilitan que este se lleve a cabo de forma adecuada. En relación a este aspecto, sí diremos que no tanto en el departamento de psicología se daba esta organización, debido al aspecto flexible del puesto, y debido a que la psicóloga afrontaba a diario situaciones que quizás no tuviera planeadas, como consecuencia de trabajar en un entorno cambiante como es un Centro de estas características. Esto podemos decir se trataba de un aspecto que dificultaba la tarea de la psicóloga.

En contraposición al aspecto vocacional del ámbito de trabajo que hemos planteado anteriormente, debemos señalar, que a pesar de ser un campo de trabajo gratificante por el vínculo que se crea con los clientes, a su vez puede ser difícil en muchos momentos por las características de las personas con discapacidad (problemas de conducta, etc.).

Esto en algunos casos hemos identificado como un problema que puede causar al equipo, que puede verse saturado por la relación intensa que se da con estos clientes. Para ello también el planteamiento del objetivo de nuestro prácticum, la formación para ayudar a comprender las respuestas de los clientes y así poder abordarlas de una forma más funcional y menos estresante para el personal.

Otro aspecto muy importante que creemos dificulta el trabajo de la psicóloga del centro es la difícil coordinación entre profesionales así como el poner en común información importante para poder trabajar con el cliente con discapacidad, en referencia a aspectos concretos de intervención. Pondremos un ejemplo para explicitar este problema: por ejemplo, existe en muchas ocasiones diferencias de opinión en como abordar un caso de alteraciones de conducta, ya que puede que se trabaje de distinta forma en distintos momentos del día en relación al cliente. Puede que en horario de Centro de Día, tengan una forma de trabajar sobre un problema de conducta con el cliente X, mientras en horario de residencia, tienen otra forma de abordar este aspecto. Diferencias de opinión en como tratar a dichos clientes, por ejemplo en algunos casos se esta de acuerdo en inmovilizar al cliente durante una crisis de agresividad, mientras por otra opinión se cree que esto no es positivo para el cliente sino que es una técnica intrusiva y no se debe utilizar. Estaríamos ante diferentes opiniones, dónde muchas veces el papel del psicólogo es el que debe mediar en la decisión a tomar al respecto. No es fácil y dificulta el trabajo en muchas ocasiones la actitud de los trabajadores ante estos aspectos, ya que puede existir la tendencia a pensar que cada uno tiene razón, adoptando una actitud cerrada al cambio y a la opinión ajena.

Por ello creemos que el psicólogo de la educación debe saber tratar al personal, saber dirigir reuniones de equipo y siempre contar con que no en todo momento el grupo va a estar de

acuerdo a la hora de tomar una decisión con respecto a un cliente, y en muchas ocasiones al rol de psicólogo se le adjudica la tarea de tomar la decisión final, ya que se cree que su criterio es más profesional, por decirlo de algún modo.

Por lo tanto, estas tensiones, discrepancias por parte del personal, pueden y dificultan en muchos casos el trabajo diario. Una buena opinión fundamentada, ayudará al personal a tomar una decisión acertada, según hemos comprendido a la hora de intervenir en las reuniones con el personal de atención directa y la psicóloga, dónde en ocasiones se han verbalizado problemas con respecto a este aspecto de trabajo en los distintos centros (Centro de Día – Residencia).

Además de esta división de opiniones con respecto a temas concretos, dónde la psicóloga tiene un papel importante, también hemos comprendido la importancia de una buena coordinación con servicios externos al Centro como por ejemplo el servicio de psiquiatría. Una buena coordinación con estos medios es complejo y a la vez muy importante para intervenir con los clientes. Para ello se debe trabajar de forma profesional y coordinada, supervisando en todo momento la situación de los clientes.

Otro aspecto que hemos observado dificulta el trabajo del centro es la amplitud de perfiles en referencia a las personas con discapacidad, los distintos grados y tipos de discapacidad y tipo de enfermedades mentales posiblemente asociadas. Al contar Lanzarote únicamente con este Centro, en él se pueden encontrar todo tipo de perfiles que en muchos casos, por falta de recursos económicos se deben atender en el mismo centro, talleres, etc., de una forma que dificulta la atención individualizada de estos clientes.

- **Aspectos que contribuyen a un trabajo de equipo interdisciplinario**:

Creemos que los siguientes aspectos ayudan a que el trabajo en equipo sea interdisciplinario:

- Los profesionales deben compartir la responsabilidad ante problemas por los que se debe plantear una solución. Por ejemplo, la psicóloga puede delegar tareas que no crea que sean competencia suya. Para esto se debe dar una buena coordinación con el equipo, y se deben compartir conocimientos sobre los problemas que se están tratando en relación a los clientes.

- Se deben marcar objetivos comunes, de forma que el trabajo vaya encaminado a cumplir una meta clara y común al trabajo de equipo. Esto cuenta con la ventaja de que cuando estos se alcanzan, el profesional obtiene la recompensa personal y satisfacción de que su trabajo ha sido positivo, y ha sido capaz de coordinarse con otras personas de forma adecuada. Por lo tanto creemos se experimenta la sensación de un trabajo bien hecho.

- Debería existir una filosofía común de trabajo, una meta por la que trabajar, que al ser compartida, puede crear un sentimiento de pertenencia y de participación en un proyecto que nos aporta crecimiento personal y profesional, creando un mejor clima que posibilite el trabajo de equipo interdisciplinario.

- Creemos que los distintos profesionales con distintas perfiles, deberían compartir en la medida posible y de forma funcional su punto de vista y trabajo con el resto de técnicos.

- Se debería para conseguirlo crear debate desde el equipo y así plantear distintas soluciones al trabajo, en por ejemplo reuniones de los diferentes círculos del equipo dividido por especialidades, formación o ámbito de intervención.

- La responsabilidad y la decisión ante la toma de decisiones creemos que debiera ser compartida; de este modo, el sentimiento en caso de fracaso es también compartido y por lo tanto mejor aceptado. En el caso de un resultado positivo, el reconocimiento también será compartido.

- Ofrecer ámbitos de comunicación para el equipo, así como una buena gestión de dicha comunicación y del tiempo que se dedica para ello.

- El puesto de coordinación de todo este trabajo de equipo es creemos el punto clave que debe gestionar las maniobras u actuaciones por parte del equipo, de modo que este esté regulado de forma adecuada.

- Una buena comunicación creemos que es indispensable en el equipo para poder dar lugar a un trabajo interdisciplinario.

- Se deberían revisar estas vías de comunicación en caso de que no sean funcionales.

- Trabajar desde el respeto hacia el trabajo de los compañeros, desde la comprensión y el

compañerismo debe ser creemos la perspectiva adecuada para afrontar el día a día.

- Se debe dar una buena gestión de los conflictos, de modo que el equipo trabaje de forma positiva.

- **Tareas e intervenciones asumidas, desde la perspectiva que responden a aquello que se espera, en cuanto al psicólogo/a de la educación:**

Las actividades que hemos llevado a cabo son las siguientes:

Cómo comentamos en el Plan de Trabajo, la línea principal que ha tomado nuestro trabajo, ha sido la de crear para los trabajadores del Centro de Día NTP, de los dos Centros, ambos localizados a unos metros de distancia, siguiendo con la misma línea de trabajo para los dos grupos, así como para el Centro Residencial, dónde el perfil de los usuarios es más amplio, un curso de formación sobre "enfermedad mental", y en concreto sobre el "área psicótica" y los trastornos del estado de ánimo que pueden estar asociados a este trastorno. Para ello hemos tomado la idea de la que partimos, de cómo creemos que la formación puede ayudar a los trabajadores de atención directa a mejorar su intervención en el ámbito de la educación. Este curso de este modo respondería a paliar las consecuencias en los clientes de una mala intervención hacia estos por parte del personal, debido al desconocimiento sobre lo que ocurre en el cliente. Esto desde el ámbito y rol del psicólogo de la educación entendemos va encaminado a prestar el apoyo que requiere el equipo de trabajo, en vistas a solventar lagunas observadas y que creemos desde este puesto se pueden paliar. Por lo tanto aquí estaríamos llevando a cabo una intervención en base primero a una intervención sobre el equipo que después debería influir positivamente sobre el trabajo general en el centro y en la intervención directa. Además, esto también puede mejorar las vías de comunicación entre trabajadores y el departamento de psicología, facilitando el trabajo por parte de la psicóloga a la hora de valorar casos de sujetos que estén atravesando un cuadro complicado con respecto a la enfermedad mental asociada en el cliente.

Otro de nuestros objetivos ha sido el crear una información de fácil acceso sobre esquizofrenia, trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo asociados a estos para nuestra tutora de prácticum, de forma que esta tenga acceso como archivo "doc." a esta información, obtenida a partir de los materiales facilitados por ella, la cual versa sobre la definición y forma de clasificar principalmente por parte del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos del estado de ánimo que se relacionan con estos. Esta parte de nuestro trabajo de Prácticum podríamos considerar estaría en menor medida relacionada con el trabajo del psicólogo de la educación; esto en apariencia podría ser así, aunque hemos identificado la importancia de estos conocimientos por parte del psicólogo de la educación, en base a nuestra creencia de que este, y en este tipo de ámbitos como es el dedicado a la discapacidad, debe estar preparado para afrontar casos desde distintas perspectivas. Es decir, creemos que en este campo, el psicólogo de la educación también debe tener conocimientos sobre diagnóstico y enfermedad mental, quizás más relacionado con la formación clínica del psicólogo, debido a que para realizar una buena intervención en el ámbito de la educación debe conocer lo que sucede en los clientes.

A pesar de que tras conocer la problemática de estos desde un punto de vista clínico, intervenga desde el punto de vista del psicólogo de la educación con los medios que tiene en su

mano. Esto lo podríamos comparar en relación a un ámbito puramente educativo como es la escuela, a que el psicólogo de la educación conozca por ejemplo los problemas relacionados con trastornos como es la hiperactividad, de forma que pueda guiar al equipo, familia, etc., en el trato e intervención con estos casos. Por ello consideramos que esta herramienta creada para la psicóloga ayuda de algún modo a la intervención desde el ámbito educativo, como nos ha ayudado a nosotros a conocer en mayor profundidad las consecuencias de este tipo de trastornos, y como se abordan desde este tipo de Centros, enfocados al trabajo educativo.

También hemos llevado a cabo otras actividades, como la observación directa en el entorno del Centro, de dos pacientes que están atravesando una etapa de denominada como crisis o brote psicótico. Hemos tratado de intervenir de forma directa con los trabajadores durante los momentos que realizábamos nuestras observaciones en el caso que creyéramos que necesitaban cierto apoyo al dar respuesta a las conductas desadaptadas de los clientes. Este trabajo consideramos que en este tipo de entornos estaría directamente relacionado con el trabajo del psicólogo de la educación, por un lado para realizar una observación directa del caso y poder así dar una respuesta más adecuada a la problemática. Además de este modo, la figura del psicólogo adquiere cierta posición de apoyo para el personal, facilitando el trabajo del Centro, aunque como hemos comentado nos hemos encontrado con la problemática de que desde el personal de atención directa se observa al psicólogo como una figura de "experto". Creemos de todos modos que este problema lo hemos sabido canalizar de forma adecuada, aceptando finalmente el objetivo por parte del equipo de nuestra figura, y sirviendo nuestra posición como una vía de comunicación e identificación de problemáticas interesantes para ser planteados a la psicóloga de Centro. Creemos que esta tarea, de intervenir de forma directa con el personal es muy importante en referencia al trabajo de centro y a la intervención por parte del psicólogo de la educación, que debe también gestionar con el equipo las dificultades a la hora de afrontar casos complejos. Debemos tener en cuenta además, que esta información es imprescindible, la que se puede observar de forma directa, para que el psicólogo de la educación pueda realizar una intervención multidisciplinar, coordinándose adecuadamente con los servicios pertinentes (psiquiatra, enfermera, etc.). De este modo observamos como nuestra intervención en este caso ha facilitado este trabajo de forma directa para la tutora de prácticas, pudiendo así abarcar de mejor modo la problemática y el trabajo a llevar a cabo a diario.

El trabajo a diario con la psicóloga, dónde parte del tiempo lo dedicábamos a comentar los cambios observados en los clientes, nuestras observaciones sobre el trabajo y reacción de los trabajadores ante esta etapa de los clientes, la puesta en común para la creación del curso de formación, etc., ha sido un diálogo creemos imprescindible para comprender todo el trabajo que abarca el psicólogo de la educación en este tipo de Centros, la forma de abordarlos, etc. Nos ha facilitado una visión clara de las tareas, estrategias, habilidades, etc. que debemos adquirir o desarrollar en mayor medida para poder hacer frente a un puesto de este tipo, dónde estás en constante interacción con la mayoría del personal, así como familias y clientes. De este modo, este trabajo ha creado una perspectiva realista de las funciones de este puesto y cómo se deben abordar.

A su vez hemos mantenido entrevistas personales con los trabajadores más cercanos a dichos clientes, para recoger datos de forma diaria sobre el estado del día anterior de ambos

clientes. Este trabajo creemos es importante, ya que como ya hemos comentado, la creación de un buen vínculo con el personal puede facilitar en gran medida el trabajo del psicólogo de la educación. Por ello hemos trabajado de este modo, conscientes de las habilidades comunicativas que debemos mejorar para que la comunicación sea positiva y funcional con el personal del equipo. Además hemos podido estar presente en reuniones que la psicóloga ha mantenido con figuras de referencia del personal de los clientes afectados, para comentar datos concretos que la psicóloga veía la necesidad de recoger de forma personal, dónde hemos podido observar cómo se comunicaba la psicóloga en referencia a los clientes y los problemas planteados; esto nos ha ayudado a realizar una observación directa sobre dichas herramientas comunicativas que hemos mencionado.

- **Estrategias y los recursos utilizados para poder resolver las dificultades identificadas:**

Hemos definido el campo de la discapacidad como un entorno extremadamente cambiante. De este modo hemos comentado como en ocasiones hemos tenido que tratar con personas, que por su discapacidad, generalmente se tratan de personas muy cambiantes en muchos casos, con cambios de humor importantes, que actúan de forma imprevisible, etc. Este es un hecho que digamos en parte dificulta las intervenciones con ellos, ya que nunca sabes, a pesar de conocer al sujeto, cómo puede reaccionar ante determinados cambios. Por ello debemos siempre, como herramienta para hacer frente a este aspecto, ser muy flexibles en nuestro trabajo y aplicar técnicas siempre esperando que en cualquier momento estas no sean adecuadas y debamos de nuevo adaptarnos a la nueva situación. De este modo diremos que hemos tratado de mostrar esta flexibilidad y creatividad en nuestra intervención, aplicando formas de tratar a los clientes quizás "distintas" a lo habitual, teniendo desde el exterior una visión distinta a los trabajadores que se encuentran en contacto directo con estas personas. Siendo abiertos y en ocasiones arriesgados, hemos tratado de apoyar el trabajo del equipo de algún modo. Además creemos que para solventar esta dificultad, el psicólogo de la educación debe trabajar siempre partiendo de una visión global del problema, de forma muy flexible y adaptable al medio de trabajo

Otra dificultad que nos hemos encontrado a la hora de realizar el practicum, ha sido el adaptarnos al ritmo diario de trabajo, dependiendo de los trabajadores y clientes, y con el objetivo de recoger la información que debíamos presentar a nuestra tutora. Aquí hemos tratado de adaptarnos de la mejor forma posible al trabajo del equipo, respetar sus tiempos y momentos de mayor tranquilidad, de forma que nuestra figura no fuera observada como obstáculo para el trabajo diario. De este modo, tener una buena comunicación con los trabajadores ha sido imprescindible, sabiendo coordinarnos de forma adecuada con ellos.

Por lo tanto, una buena organización de nuestro trabajo, así como la realización de aspectos concretos con el tiempo suficiente, y una mentalidad flexible ante las tareas inesperadas del día a día, han hecho que no percibamos este aspecto como algo negativo y que desequilibra nuestro quehacer diario, sino como un aspecto que debemos asumir como parte del trabajo del psicólogo de la educación. Este aspecto también ha podido afectar a nuestro Practicum de algún modo, en la medida en que mientras trabajábamos con la psicóloga, ésta podía ser requerida por sucesos que se daban de forma inesperada interrumpiendo nuestro trabajo.

Por ello, volvemos a subrayar la necesidad de ser flexible en este tipo de entornos y adaptable a las situaciones del día a día. Hemos abordado el que esto sucediera con una actitud abierta y adaptándonos al momento, percibiendo este tipo de pausas como nuevos aprendizajes, ya que nos encontrábamos en el momento en el que surgían los problemas, y observábamos como actuaba la psicóloga con respecto a estos.

Finalmente hemos abordado el problema referido a la visión del psicólogo como “experto” por parte del equipo con el que trabajábamos, utilizando las herramientas comunicativas en primer lugar que adquirimos y desarrollamos en el primer prácticum. Una buena comunicación con el equipo ha sido imprescindible, desde la empatía, el respeto y la adaptabilidad a sus necesidades. Por lo tanto, subrayamos la importancia de mantener una actitud adecuada desde nuestro puesto, que es observado como una figura que por un lado puede crear gran confianza y seguridad, y por otro lado, si no se gestionan bien estas relaciones con el equipo, pueden producir el efecto contrario.

- **Consecuencias de nuestra intervención. Aportaciones reales y beneficios:**

En cuanto a las consecuencias que ha tenido nuestra intervención, una vez aplicados los recursos y estrategias mencionadas en el apartado anterior, creemos que han sido las siguientes: por un lado, y a la hora de ser flexibles como hemos comentado a la hora de trabajar en el campo de la discapacidad, esto básicamente creemos que nos ha dado la posibilidad de poder llevar a cabo nuestro trabajo de prácticas, ya que esta adaptabilidad es necesaria en este campo, sin la que creemos sería inviable trabajar. Además, el intento por nuestra parte de ser creativos en nuestra intervención, y adaptarnos al medio sin ser parte directa de él en el día a día para el equipo, y como una figura novedosa para el estos, creemos quizás haya podido suscitar cierta reflexión para los trabajadores, en el sentido de observar cómo cuando alguien de fuera entra e interviene en su contexto, se pueden romper con estrategias anteriores y crear nuevas más funcionales, consiguiendo de algún modo poner en marcha una mentalidad algo más creativa por parte del personal. Con esto no queremos devaluar el trabajo del equipo, sino simplemente creemos que nuestra intervención a podido suscitar una reflexión en ciertas personas de cómo la rutina hace que en atención directa se establezcan hábitos de relación con los clientes, que a veces deben ser modificados para mejorar la atención hacia estos. Con esto tampoco queremos decir que nuestra intervención haya sido más efectiva que la que utiliza el personal de atención directa, pero sí creemos ha podido suscitar cierta reflexión al respecto.

Como hemos dicho, la coordinación con el equipo ha sido muy importante, a través de una buena comunicación con este. Creemos que esta coordinación en parte también ha sido necesaria para poder realizar positivamente el trabajo de Prácticum, creando una nueva vía de diálogo para el personal de atención directa, que ha podido observar como el departamento de psicología de forma directa estaba atendiendo sus necesidades, pudiéndose sentir de este modo más respaldado o apoyado en su trabajo. Además esto ha posibilitado un mejor seguimiento de los dos casos de sujetos en crisis por parte de la psicóloga, que por falta de tiempo quizás no hubiera podido dedicar dicho tiempo diario a realizar un seguimiento de los clientes.

Además y con el aspecto de nuestra intervención relacionado con la intención de rebajar la visión por parte del personal del papel del psicólogo como “experto”, realizando estos una interpretación poco ajustada a la realidad sobre las funciones del psicólogo, creemos hemos podido modificar de algún modo esta visión, mejorando la comprensión por parte del personal de las posibilidades del psicólogo en la intervención con estos casos complejos que se encuentran

atravesando una crisis psiquiátrica. Hemos tratado de ofrecerles una visión más realista y global de las tareas que debe llevar a cabo el psicólogo de la educación con respecto a estos problemas, a través de los diálogos que hemos mantenido con ellos, y por los cuales creemos hemos podido mejorar la imagen que se atribuía al psicólogo del Centro como figura de "experto". Además, creemos hemos servido de figura de apoyo ante las dudas que pudieron surgir al respecto, creando para ello una buena comunicación con el personal.

Como aportaciones reales y beneficios de nuestra intervención, creemos que los resultados más medibles pueden ser por un lado, el uso y funcionalidad que la psicóloga puede hacer del material creado para ella y en base a sus necesidades sobre enfermedad mental y trastornos psicóticos y del ánimo. Otro aspecto que creemos ha sido una aportación real para el Centro, es el resultado obtenido al realizar el curso de formación sobre enfermedad mental para el personal de atención directa y técnicos.

Los resultados, creemos han sido positivos, recibiendo un buen feedback sobre el curso realizado. Esto lo consideramos así, por la retroalimentación que hemos recibido al finalizar el curso, dónde preguntábamos aspectos a mejorar y lo que ha interesado a los asistentes.

Por un lado estos han verbalizado haber sentido interés por los contenidos queriendo ampliar su formación al respecto, en relación a trastornos asociados a los clientes que acuden a la asociación. Por otro lado han dicho sentir una necesidad de dicha formación, así como que por ejemplo, les gustaría practicar casos de diagnósticos en pacientes, de modo que puedan interiorizar en la práctica contenidos al respecto. Por lo tanto, el objetivo propuesto para el Practicum creemos así ha sido alcanzado, habiendo creado un comienzo en la necesidad de avanzar en la formación del personal para lograr una mejor atención por su parte.

7. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

El Practicum II ha sido una experiencia muy positiva para nuestro aprendizaje como futuros psicólogos de la educación, enmarcado en un ámbito informal con respecto a la educación, pero dónde hemos podido aplicar estrategias imprescindibles de la psicología enmarcada en la vertiente

educativa. Como hemos visto, la asociación ADISLAN, se basa en una filosofía de proporcionar la mayor calidad de vida posible para las personas con discapacidad, buscando siempre la mayor autodeterminación en estas personas. Hemos observado que se trata de un entorno complejo de intervención, por sus continuos cambios dónde el trabajador debe ser muy flexible, dónde además como hemos identificado, pueden darse situaciones de estrés para el personal relacionadas con el objetivo de su trabajo, que son las personas con discapacidad. Para ello cuenta a su servicio con un equipo multidisciplinar con amplia experiencia, habiendo formado parte de estos, junto al departamento de psicología, y junto a la psicóloga del Centro, que atiende un gran número de demandas que provienen de diferentes ámbitos de trabajo del centro.

A partir de esta experiencia hemos llevado a cabo múltiples tareas en el contexto de la intervención y educación por parte del personal hacia las personas con discapacidad, dónde hemos realizado un aprendizaje importante con respecto a cómo trabajar en este campo, pudiendo observar nuestras habilidades y carencias, aspectos que debemos mejorar. Hemos ampliado además nuestros conocimientos sobre un campo de nuestro interés y que creemos importante tener, para poder trabajar como psicólogos en este área, como es el referido al de la salud mental asociada en alguno de los casos a las personas con discapacidad. Un amplio abordaje teórico sobre este tema y en concreto sobre lo referido al área psicótica y los trastornos del estado de ánimo que pueden asociarse, nos han dotado de conocimientos importantes sobre este tema, que siempre deberemos seguir profundizando, pero que nos han ampliado la comprensión hacia la intervención en este contexto educativo, teniendo en cuenta las características de las personas con las que tratamos, y como influye su conducta en los trabajadores y el clima general. A partir de estos conocimientos, hemos comprendido la complejidad de tratar con personas que presentan este cuadro clínico, y de cómo la figura del psicólogo de la educación debe mediar para que se gestionen adecuadamente las intervenciones y supervisión de estos clientes por parte del personal del Centro. Comprendiendo la dificultad que añade al psicólogo el que el personal no tenga conocimientos sobre el tema en cuestión, y así la forma que tienen de comprender los síntomas que presentan estas personas, creímos conveniente la creación del curso de formación sobre el tema para mejorar ciertos aspectos relacionados con dichas carencias por parte del personal. Lo realizamos bajo la creencia de lo positivo de tener conocimientos profundos sobre enfermedad mental, para que así pudieran comprender los comportamientos asociados a estas personas, fruto de los síntomas de la enfermedad mental, de forma que a su vez también pudieran mejorar su forma de intervenir con ellos, creando una respuesta más adaptada por parte del personal a las personas afectadas. El curso fue recibido muy positivamente, siendo verbalizado por parte de los participantes el querer continuar formándose en este tema, y así lo pautamos como un proyecto ajeno a este trabajo de cara al año que viene. Las muestras de interés además evidenciaron el compromiso de estas personas con su trabajo, que en un momento a lo largo de este proyecto denominamos como vocacional, lo que también fomentó un clima positivo entre la psicóloga y el personal.

En parte tratamos de dar otra perspectiva al puesto de la psicóloga por parte del personal, mostrando esta figura como un apoyo directo, e intentando disminuir la visión que parece el personal mantiene de esta figura como “experto” con soluciones a corto plazo e irreales. Esta sensación, en base a que el personal observa a la figura del psicólogo como “experto”, la concluimos a través de nuestras conversaciones con la psicóloga y a través también de nuestra experiencia en el campo de la atención directa, cuando realizábamos la observación de dos de los

clientes, para poder informar a la psicóloga de su estado, teniendo en cuenta que estaban atravesando una crisis de tipo psiquiátrico. Tratamos de algún modo de ser una figura cercana, y reducir esta idea errónea sobre nuestra figura, creyendo habiendo conseguido mejorar la relación y comprensión por parte del personal sobre el departamento de psicología; esto lo creemos así, ya que debemos tener en cuenta que pudimos pasar un tiempo con el personal de atención directa, que la psicóloga en estos momentos no puede dedicar, por el amplio abanico de tareas que debe atender. Por ello, tratamos de dar una perspectiva a nuestro trabajo que mejorara y diera una visión real de lo que el puesto del psicólogo de la educación abarca en este tipo de centros, reduciendo de este modo la frustración del personal al creer que no son atendidos por parte del departamento de psicología.

Debemos citar, cómo la relación con nuestra tutora de Practicum ha sido altamente satisfactoria, creando un vínculo estrecho con esta figura, que nos ha apoyado de forma permanente en nuestras tareas, siendo una gran ayuda para desarrollar nuestro trabajo. Los espacios de reunión con la psicóloga, donde realizábamos un intercambio de información y donde ella aprovechaba para guiar nuestro trabajo, han sido altamente beneficiosos para nuestro aprendizaje, ya que ha dedicado innumerables horas para comentar con nostras lo observado, y la perspectiva que debían guiar nuestras observaciones desde el vocabulario y el punto de vista del psicólogo de la educación. Este entendimiento y acercamiento a esta profesional nos ha dado la oportunidad de comprender y acceder a información necesaria para ahondar en la profesión de psicólogo/a de la educación, observando así como esta profesión cómo tantas otras, se transforma visiblemente desde la teoría a la práctica. Clasificamos aquí la experiencia, como un profundo conocimiento de herramientas psicológicas, un conocimiento de gestión y coordinación de los servicios y recursos disponibles, un profundo conocimiento sobre trastornos mentales, sobre trabajo en equipo, etc., como parte de los requisitos que subrayamos como fundamentales para poder funcionar eficazmente como futuros profesionales.

Si tenemos en cuenta los objetivos marcados en un primer momento, debemos decir que creemos haberlos cumplido. Desde los objetivos generales, dónde creemos haber colaborado positivamente en las funciones y tareas que aborda el gabinete psicológico, en la intervención que se realiza en situaciones de atención a los clientes que presentan malestar relacionado con la patología diagnosticada de tipo *psicótico,* habiendo fomentado la adquisición de habilidades para el desarrollo de la actividad como futuras psicólogas, comprendiendo además las competencias necesarias que debemos desarrollar como futuros profesionales y adquiriéndolas en la mayor medida posible, dotarnos de una base teórica sólida, el trabajar coordinadamente con las partes implicadas en el proceso de Practicum, utilizando de forma adecuada las herramientas adquiridas a lo largo de la carrera de Psicología y del Practicum I, para tratar de desarrollar al máximo nuestro aprendizaje en relación al tema elegido, etc., han sido algunos de los objetivos generales que creemos haber cumplido de forma muy positiva y productiva, en base al trabajo y los conocimientos adquiridos en relación al papel del psicólogo.

En base a algunos de los objetivos específicos propuestos inicialmente, también creemos haber alcanzado los puntos siguientes: seguir el plan de trabajo marcado y acudir semanalmente a las tareas pautadas con la tutora, que se ha llevado a cabo de forma efectiva; planificar gradualmente nuestra intervención en prácticas con la tutora, que lo hemos llevado a cabo a través de la supervisión continua por parte de su figura; el desarrollar nuestro conocimiento en base al lenguaje técnico utilizado para abordar intervenciones de tipo psicológico, de pacientes con patologías de tipo psicótico o trastornos del ánimo asociados, que también hemos logrado a través del aprendizaje realizado junto con la psicóloga, que en este aspecto ha sabido guiarnos

adecuadamente, realizando correcciones cuando era preciso; formarnos adecuadamente a través de bibliografía que se ha dado por parte del Centro y fuera de él en los temas del proyecto de prácticas, que hemos podido plasmar en el material que hemos adjuntado a lo largo del proyecto, y que según la psicóloga, la parte en la que debíamos de crear un material para su departamento, ha sido altamente funcional; crear e impartir el taller de formación sobre el tema elegido para el personal de atención directa, que como citamos hemos obtenido resultados altamente positivos. Para poder llevar a cabo este trabajo, debemos señalar cómo hemos debido poner en juego dos de los objetivos específicos, como el ser puntual, organizada en el trabajo, y constante con lo establecido con nuestra tutora como estudiantes de prácticas. Además en el caso de que fuera necesario, hemos debido solventar de forma profesional los problemas que han surgido a lo largo del Practicum. Por lo tanto, y si miramos atrás, e iniciando nuestro trabajo desde el planteamiento de los objetivos para este Prácticum, podemos decir que estos han sido cumplidos.

Hemos podido profundizar y comprender in situ las funciones del departamento de psicología, y las actuaciones que debe poner en juego a la hora de intervenir en casos de crisis psicóticas que se estén dando en clientes del centro, así como podido observar la gestión de su trabajo, también con respecto al equipo, y siempre en base a la perspectiva de intervención de la psicología de la educación. Vemos como este trabajo, debe ser de tipo multidisciplinar y coordinado incluso con servicios y factores externos al centro, como centros de salud, intervención psiquiátrica, familias, etc. Ampliando estos conocimientos al respecto y en base a la actuación de la psicóloga, describimos aquí como el puesto del psicólogo de la educación se trata de un puesto complejo, para el que tenemos que desarrollar una serie de habilidades comunicativas y de gestión de equipos que en nuestro caso creemos debemos trabajar a través de la experiencia, para poder en un futuro desarrollar este puesto de forma eficaz. Siendo el entorno de prácticum complejo, con una plantilla amplia que gestionar, además de la atención a los clientes y las familias y la coordinación con los demás servicios, el psicólogo de la educación debe trabajar de forma ordenada y prioritaria sobre las tareas que debe desarrollar al día.

Además hemos podido experimentar de forma directa las dificultades con las que el personal se encuentra en la gestión de relaciones con las personas con discapacidad, que son cambiantes en el tiempo. Las personas con discapacidad, por sus características y problemática, en ocasiones pueden atravesar etapas difíciles, donde la atención por parte del personal directo es altamente beneficioso en caso de que se lleve a cabo de forma adecuada. Por un lado, hemos observado como puede ser, o no, beneficioso; a través de la formación impartida e intervención directa, esperamos haber aportado algo positivo, aunque nada suficiente claro está, para estas personas de atención directa, y de este modo a su vez, para los clientes NTP del Centro.

Al haber comprendido esta dificultad añadida al trabajo del profesional de atención directa, también hemos comprendido la importancia de crear un vínculo positivo por parte del departamento de psicología con el personal, brindando la confianza de que la figura del psicólogo sirve de apoyo a los problemas que surgen, sin ser un *experto* o mero observador de las problemáticas.

La psicóloga también hemos visto como debe mostrar un grado alto de adaptabilidad y flexibilidad en su puesto. Hemos visto como gran parte de su trabajo consiste en coordinarse con todo el equipo, reuniones, trabajo de oficina (crear informes, etc.), además de relacionarse

activamente con los clientes con discapacidad del centro, para los que se ha convertido en una figura de referencia ante problemas que pueden surgir. Aquí subrayamos por lo tanto, como unas buenas herramientas comunicativas son fundamentales, debido a que la profesional está en constante contacto con distintos profesionales del Centro, clientes y familias, llamándonos la atención además lo extremadamente organizado que uno debe ser en su trabajo. Por lo tanto, hemos comprendido como sólo existe una forma de trabajar de forma adecuada en el puesto del psicólogo de la educación: siendo flexible, adaptable, tolerante, respetuoso, sabiendo escuchar, manteniendo siempre el sentido común, con una comunicación abierta hacia otros profesionales, con una buena organización de tareas, sabiendo priorizar la importancia de cada una, y un largo etc. Creemos como ya hemos dicho, que estos aspectos los podemos adquirir a través de una amplia experiencia y dedicación en este puesto.

Pasando a analizar nuestra actividad como psicólogos de la educación en prácticas del Centro, marcamos aspectos que debemos mejorar, para en un futuro poder atender este rol adecuadamente: mejorar las herramientas comunicativas ampliando nuestro aprendizaje especializado en la área elegida, así como una trabajar por una mejor gestión de nuestras inseguridades por obviamente la falta de experiencia en el campo; el aprendizaje de herramientas para la gestión de equipo; adquirir conocimientos pertinentes en base a las patologías que se pueden asociar a las personas con discapacidad en el área de salud mental; mejorar el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios públicos relacionados con sanidad; ampliar nuestros conocimientos (que en este prácticum no hemos podido trabajar por el tema elegido) sobre cómo abordar las relaciones con las familias de personas con discapacidad, que según hemos comprendido, son en ocasiones muy complejas, debido al perfil y problemáticas que pueden presentar estas familias. De todos modos debemos decir como por ejemplo, hemos mantenido una buena organización para cumplir con los objetivos de trabajo semanales, ya que debíamos coordinar el atender distintas actividades y organizarnos en base a adquirir información por parte de los trabajadores para nuestro trabajo práctico, atender a la psicóloga, etc. También creemos que hemos cumplido de forma favorable el objetivo de formación al personal de atención directa, habiendo presentado creemos la información de forma clara y concisa, teniendo en cuenta que era la primera vez que realizábamos una exposición extensa ante grupos de unas 20 personas o más. Creemos haber gestionado adecuadamente las relaciones con los trabajadores a la hora de estar presentes y entrevistarnos con ellos, utilizando un lenguaje y herramientas adecuadas para este tipo de trabajo directo con el equipo. Por lo tanto, observamos nuestros puntos fuertes y débiles, en vistas de seguir trabajando con el objetivo de ser buenos profesionales como psicólogos de la educación, siempre trabajando desde la empatía y el respeto a los demás profesionales y clientes.

El acercamiento al debate durante esta asignatura de Prácticum también ha clarificado sustancialmente aspectos sobre las competencias y actuaciones que debe llevar a cabo el psicólogo de la educación, echando quizás en falta la atención y abordaje respecto al tema desde contextos informales, como es el caso de nuestro centro de prácticum. De todos modos, la conversación mantenida con nuestros compañeros con respecto al tema, ha sido útil para remarcar los aspectos más importantes a tener en cuenta con respecto al trabajo del psicólogo de la educación. Además y a través del análisis de nuestras acciones en el Prácticum II y nuestra intervención, queremos concluir cómo hemos comprendido es tan importante el rol del psicólogo que siempre debe tener presente las repercusiones de su acción. Hemos reflexionado y valorado también la importancia además de que la psicóloga de la educación mantenga un vínculo positivo con el entorno que la rodea, a través de su presencia directa en el medio al que acuden los clientes

del centro (talleres, centro residencial, área de trabajo con respecto a la inserción laboral, etc.). El departamento de psicología por lo tanto tiene una responsabilidad importante que deberá atender con y desde el uso eficaz de las herramientas adquiridas a través de la experiencia y conocimientos, con la importancia añadida que tiene el trabajar en pro de una mejora de la calidad de vida de personas, en las que influimos directamente. Por lo tanto creemos que este trabajo debe ser cuidado, revisado y realizado de forma crítica, evaluando los logros en el tiempo. Es nuestra responsabilidad como futuros psicólogos, trabajar en base a lo que conocemos, formarnos en lo que no sabemos, y no hacer nuestro trabajo de forma insegura, sino reflexionando profundamente en cada una de nuestras intervenciones sobre nuestras acciones a aplicar. Debemos recordar por lo tanto, que nuestro rol, nuestra figura como psicólogos, está ligada a expectativas por parte de familias, clientes, profesionales, etc.; esta responsabilidad debemos llevarla a cabo con profesionalidad y como buen ejemplo de lo que debe ser un trabajo realizado en equipo.

Este practicum ha sido una experiencia que ha complementado de forma sustancial la experiencia de nuestro primer prácticum de psicología, y que ha supuesto una guía sólida para nuestro futuro y una experiencia que nos permite elegir y clarificar el camino que como futuros psicólogos queremos tomar. La posibilidad de aplicar nuestros conocimientos, además de algunas competencias adquiridas, habilidades y también debilidades, porqué no, han hecho que seamos más conscientes de lo que debemos mejorar para funcionar como buenos profesionales. El Prácticum ha sido por tanto una experiencia muy positiva, que ha ampliado en gran medida los conocimientos que teníamos de la profesión y sobre el rol de psicólogo/a de la educación.

8. VALORACIÓN CRÍTICA

La valoración que realizamos con respecto a esta experiencia es positiva, como profundización al trabajo del psicólogo de la educación realizado en el primer Prácticum de forma sutil. En esta experiencia de Practicum, hemos logrado solventar una de las grandes dificultades que observábamos en el Practicum I, que era sentir cómo la confidencialidad a la que se debe remitir el psicólogo vetó de algún modo el trabajo realizado. La psicóloga en este caso creó una relación de plena confianza con nosotros, lo que posibilitó un aprendizaje más profundo y ajustado a la realidad de la actividad diaria del psicólogo de la educación. Nos hemos involucrado en el trabajo del día a día, buscando las vías dónde hemos observado podíamos aportar algo, y hemos realizado una profundización en variados aspectos prácticos de lo que consiste el día a día de un psicólogo, además de haber intentado aportar a partir de la formación para el personal algo que

creíamos indispensable comenzar en el centro.

Nuestro aprendizaje ha sido realista, pudiendo constatar lo complejo que es este puesto, las habilidades que debemos seguir desarrollando a pesar de nuestra formación y aprendizajes, y pudiendo observar cómo se aborda la intervención en casos que se suelen dar en el Centro relacionados con crisis psicóticas.

Además, sin querer ser pesimistas, hemos comprendido como aunque el psicólogo tenga como misión creemos mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad con las que trata, puede asumir ciertas funciones que dificultan y ralentizan este trabajo, como puede ser el intentar solventar problemas de equipo, tratar aspectos emocionales que pueden surgir en el personal a la hora de intervenir en atención directa, etc. Por ello creemos que se trata de una labor compleja, para la que debemos seguir creando experiencias que nos ayuden a manejar unas buenas habilidades comunicativas y de gestión de problemas. Por lo tanto, esta experiencia nos ha servido para situarnos desde un punto de vista más realista en lo que consiste esta profesión, y a la vez para entender en mejor medida el camino y la forma de trabajar que es positiva y funcional mantener en este puesto.

Llegamos a la conclusión además aquí de que de las actuaciones del psicólogo de la educación dependen muchas personas, por lo que debemos tratar de mantener siempre la profesionalidad en nuestra intervención, mostrando empatía y comprensión, a la vez que guiando las demandas que recibimos. Observo este rol como uno que debería mantener en todo momento una compostura y energía positiva, de cara al público, ya que debemos pensar que somos un ejemplo, una figura importante en un equipo de trabajo. No nos debe además abandonar la modestia y el sentido común.

Por lo tanto, a parte de la experiencia adquirida a través de este trabajo de Prácticum, este nos ha servido para reflexionar y profundizar en lo que pretende representar nuestro futuro laboral. Esta experiencia también nos ha dotado de nuevas herramientas tan importantes para el desarrollo profesional, que hemos podido poner en práctica a través del trabajo en equipo y de la posibilidad de impartir un curso de cara a grupos de personas bastante amplios, con las habilidades que se deben poner en juego para ello, que hemos podido poner en práctica creemos positivamente.

Podemos decir que este ha sido un ejercicio representativo del desarrollo de dichas herramientas en nosotros, observando nuestra evolución de forma positiva. De todos modos debemos decir que sólo creemos que una amplia experiencia laboral como psicólogos de la educación hará que cada vez seamos más expertos en este tipo de intervenciones, como a la hora de trabajar abordando casos concretos y/o de trabajo en equipo. Por lo tanto nuestra valoración es positiva, habiendo utilizado las herramientas alcanzadas a lo largo de nuestros estudios, y siendo realistas, observamos como nos queda un largo camino por recorrer, donde identificando específicamente los puntos débiles que podemos mostrar como profesionales, debemos mejorar.

9. ANEXOS

PRIMER ANEXO

CHARLA-COLOQUIO SOBRE *ENFERMEDAD MENTAL*

DICIEMBRE 2011

1º Charla y puesta en común sobre *enfermedad mental:*

PUNTO 1:

PRESENTACIÓN del porqué de la charla y el tema:

¿Porqué llevamos a cabo este "curso"?

- El tema que hemos elegido es la enfermedad mental, que en algunos casos (no necesariamente en todos ellos) puede desarrollarse en personas con discapacidad intelectual.

- No se trata de un curso cerrado, sino que es el comienzo de una formación enformato de charla o diálogo, que si se cree interesante se puede continuar con ella en el tiempo.

- Nuestro objetivo es que podamos entender qué es enfermedad mental, qué consecuencias tiene para la persona que la sufre y personas que la rodean.

- Partimos de la base, es decir, de conceptos muy básicos para ir profundizando en el tiempo.

- Creemos que es importante, que trabajando en el ámbito de la discapacidad tengamos conocimientos sobre salud mental, de forma que podamos comprender en mayor profundidad las consecuencias de la enfermedad mental asociada a la discapacidad.

- Esta idea la hemos tomado en parte debido a lo siguiente:

20 Años de estudios han puesto en evidencia que el ofrecer una educación sobre lo que es la enfermedad mental, etiología (causas de estas), como se desarrolla en la persona (estadios), etc., mejora el afrontamiento del trastorno mental y la convivencia con las personas que lo padecen.

Existen estudios centrados en la intervención en la familia con personas con enfermedad mental a su cargo, que enfocan su investigación para mejorar la calidad de vida tanto de la persona con trastorno mental como de la familia, que llegan a algunas de las siguientes conclusiones:

- Los familiares son un importante recurso terapéutico (de ayuda). Igualmente nosotros podemos ser un importante recurso terapéutico por la gran cantidad de tiempo que compartimos con los clientes.

- Para la familia con una persona con enfermedad mental a su cargo suele darse una gran carga emocional. Esta carga puede ser más acusada si se da un trastorno dual, que consiste en padecer dos tipos de trastornos, como puede ser por ejemplo la discapacidad intelectual y el trastorno mental asociado.

- Este tipo de “carga emocional”, aunque diferente que la experimentada por la familia, también la podemos asociar en parte a la que se puede dar en el personal que atiende a personas con este tipo de problemas: cuidadores, monitores, técnicos, personal de cocina, administración, que acompañan en los medios de transporte de estas personas, etc. Es decir, todo el personal que tiene relación directa con las personas afectadas.

En respuesta a paliar en parte este tipo de “carga emocional” para las familias, las investigaciones llegan a una conclusión:

Ofrecer formación sobre etiología (causas de la enfermedad), síntomas (cómo se da la enfermedad a través de conductas que podemos observar), desarrollo (como evoluciona en la persona), tratamiento (medicación) y manejo de la enfermedad mental, en un lenguaje coloquial, puede ayudar a hacer frente la relación a veces compleja que se da en relación a las personas con trastornos mentales.

PUNTO 2:

PRIMERA ACTIVIDAD:

Como siguiente punto y para iniciar la formación proponemos: en grupos de tres se pone en común lo que se entiende como enfermedad mental. Por ejemplo, los aspectos extraños, cosas raras que veamos en personas que creemos pueden padecer enfermedad mental, o lo que creemos que esta puede producir en la persona (tipos de comportamiento), o en su vida, etc.

PUNTO 3:

SEGUNDA ACTIVIDAD:

Pasamos a recoger lo que hemos entendido como enfermedad mental, escuchamos las definiciones, lo ponemos en común.

PUNTO 4:

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL

Pasamos a definir enfermedad mental:

El *CIE-10* (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) y el *DSM IV* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales), son dos manuales que se utilizan desde la psicología y psiquiatría para realizar diagnósticos sobre trastornos mentales, enfermedad mental, dónde aparecen definidas las distintas enfermedades mentales. Se usan como guía para poder diagnósticar a una persona con estos trastornos y así poder tratarla e intervenir en su caso particular.

Definen la enfermedad mental como:

"Un conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración".

Es decir, son unos síntomas que pueden traducirse por ejemplo en pensamientos raros que interfieren en la conducta del individuo, y que además de producirse, influyen en la persona de manera tan grave, que su vida en general y en determinadas áreas más que en otras se ven afectadas.

Por ejemplo, el caso de una persona con trastorno psicótico, que tiene ideas raras (de forma no consciente, sin darse cuenta de que estas le limitan en su vida, ya que las personas que padecen este trastorno no se dan cuenta de que lo tienen) que le llevan a no poder aceptar tener la ropa manchada, porque le produce un malestar incontrolable. Esta persona, al tener este síntoma y no poder controlarlo, puede verse afectado ya que debido a esta idea tiene que salir del trabajo para cambiarse repetidamente de ropa, que debe guardar en su casa que es el único sitio que tiene seguridad estará 100% limpio, por lo que en el tiempo pierde su empleo, limita sus relaciones sociales (pierde amistades), no puede salir a determinados sitios por miedo a mancharse o que no haya un lugar de aseo, etc. De este modo, como se lee en la definición: los síntomas psicopatológicos identificables interfieren en el desarrollo personal (de la vida de la persona), laboral (pierde su empleo), y social (limita sus amistades y vida social).

Por lo tanto, la **enfermedad mental** se puede definir también como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Es decir, podemos conocer a personas que tienen síntomas que pueden relacionarse con síntomas psiquiátricos, por ejemplo una persona uqe tiene la costumbre de lavarse en exceso las manos, pero que al no interferir en su vida social, laboral, y personal, no se considera como un trastorno o enfermedad mental. Se define como una conducta rara, poco habitual, excéntrica, pero esta persona puede mantener una vida normal, y se encontraría "normalizado" en su grupo de referencia. Si esto fuera a más y se vuelve patológico (no puede dejar de lavarse las manos), interfiriendo en su vida y haciéndolo incapaz de vivir con normalidad, estaríamos hablando de una alteración anormal con respecto al grupo social de referencia.

En las personas que padecen trastornos mentales se encuentra alterado:

- El razonamiento: por ejemplo, pueden tener ideas delirantes, como que le están vigilando o persiguiendo.
- El comportamiento: por ejemplo, y siguiendo lo anterior, esto influiría en como desarrolla sus actividades de la vida diaria; cambia de actividades, se disfraza para que no lo reconozcan, de modo que varia su comportamiento de forma anormal.
- La facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida: hay personas que no reconocen la realidad de forma clara, como en el ejemplo anterior, pueden creer que alguien que esta esperando con ellos en la parada de la guagua es el que le persigue, lo que dificulta el que se adapte a las condiciones de vida normal. Por ejemplo, como tiene miedo a ser escuchado por ese alguien, deja de hablar con los demás, lo que no le permite adaptarse al medio (hacer la compra, hablar por teléfono, mantener el contacto con los amigos, etc.).

La enfermedad mental también como hemos visto, la podemos denominar como "trastorno mental", que es lo que se utiliza actualmente, debido al contexto socio-histórico. Los términos van cambiando a lo largo del tiempo, como ha ocurrido en el ámbito de la discapacidad intelectual, pasando de llamarse retraso mental u olgofrenia, a discapacidad intelectual. Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social.

El concepto trastorno mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes. Con esto queremos decir, que cada enfermedad se desarrolla de forma distinta en las distintas personas, debido a diversos factores, como ocurriría en el caso de las enfermedades físicas, que no son igualmente desarrolladas en todo el mundo, teniendo distntas consecuencias dependiendo del cuerpo de cada sujeto.

Aquí adjuntamos la lista de los trastornos mentales que se definen en los manuales antes descritos, para poder observar el amplio abanico de enfermedades existentes, que lógicamente no podremos abordar aquí, por lo que nos centraremos en el área psicótica, que trataremos en la siguiente reunión. De todos modos, pasamos aquí a reflejar el listado de trastornos, para que nos hagamos un idea de lo amplio que es este campo.

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Retraso mental

Trastornos del aprendizaje

Trastornos de las habilidades motoras

Trastornos de la comunicación

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez

Trastornos de tics

Trastornos de la eliminación

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

2.	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
	Delirium
	Demencia
	Trastornos amnésicos
3.	Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
4.	Trastornos relacionados con sustancias
5.	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6.	Trastornos del estado de ánimo
	Trastornos depresivos
	Trastornos bipolares
	Otros trastornos del estado de ánimo
7.	Trastornos de ansiedad
8.	Trastornos somatomorfos
9.	Trastornos facticios
10.	Trastornos disociativos
11.	Trastornos sexuales y de la identidad sexual
	Trastornos sexuales
	Parafilias
	Trastornos de la identidad sexual
12.	Trastornos de la conducta alimentaria
13.	Trastornos del sueño
	Trastornos primarios del sueño
	Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental
	Otros trastornos del sueño
14.	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15.	Trastornos adaptativos
16.	Trastornos de la personalidad.

Cómo vemos, dentro de este tipo de trastornos se encuentra el retraso mental - la discapacidad. Por lo tanto, estamos hablando aquí de que una persona puede padecer un trastornos con otros asociados, lo que hemos denominado antes como **trastorno dual**. Esto complica más el cuadro en la persona, haciendo más difícil su tratamiento e intervención y trabajo con ella.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

PUNTO 5:

LA ETIOLOGÍA (causas) DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y CONSECUENCIAS

- **Etiología (causas):**

Podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados por múltiples factores:

- Origen biológico (genético, neurológico,...).
- Ambiental (relacional, familiar, psicosocial,...).
- Psicológico (cognitivo, emocional,...).

Todos estos factores tienen un peso diferente en la persona, no sólo en la presentación de la enfermedad (por ejemplo cómo y en que medida afecta al comportamiento extraño de la persona), sino también en su desarrollo evolutivo (cómo se da en el tiempo, puede aparecer de forma temprana o ya cuando uno es adulto, mantenerse en el tiempo o aparecer en episodios, etc.), tratamiento-medicación, pronóstico (crónico o no, mejora o empeora en el tiempo) y posibilidades de rehabilitación y cura.

- **Consecuencias de la enfermedad mental así como del área psicótica:**

La enfermedad mental suele degenerar en por ejemplo y dependiendo de cada caso particular:

b) Aislamiento social: pérdida de amistades, de actividades sociales, de la pareja, etc.

c) Inactividad: falta de ganas de hacer cosas, de mantenerse activo.

d) Falta de voluntad o iniciativa: no tener predisposición de hacer cosas favorables para el sujeto.

e) Desorden del ritmo de vida en general: se altera el patrón de vida normalizado, por ejemplo una persona dedica tiempo excesivo a limpiar o a vigilar por la ventana si ve a alguien que lo está observando, etc. de forma patológica, que debemos diferenciar con las ideas que en algún momento todos podemos tener.

f) En ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

g) Alucinaciones (por ejemplo el oír voces en la cabeza), ideas delirantes (de persecución por ejemplo).

h) Grave alteración afectiva y relacional: estas personas tienen problemas para entablar relaciones normalizadas, ya que la misma enfermedad hace que vayan dejando de lado a

los demás o los demás a ellos.

i) Son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos. Una persona diagnosticada con trastorno psicótico, dependiendo de cuándo se encuentra la enfermedad (edad), el apoyo social de la persona, etc., puede mantener una vida normalizada o no, dependiendo de las características personales. Una vez que esta diagnosticada la enfermedad es crónica, para toda la vida.

j) A estos se añaden la desconexión con la realidad (estas personas se encuentran más en su mundo, con sus ideas propias) y aplanamiento afectivo (restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional: por ejemplo, mostrar menos interés por los demás).

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrador y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Es importante que desde los distintos ámbitos se trabaje de forma coordinada en pro de una buena intervención con el paciente.

Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados. Por ejemplo, la medicación hará que el sujeto en caso de que oiga voces, estas se reduzcan en su mente. Estos medicamentos ayudan a reducir los síntomas de este tipo de trastornos.

Un apunte interesante que creemos importante hacer para entender cómo se ha desarrollado en el tiempo la concepción de trastorno mental, y como esta concepción esta unida a cada contexto histórico y social, es hacer un breve **recorrido de la enfermedad mental en la historia**:

<u>Por ejemplo:</u>

Hombre primitivo, atribuye un origen sobrenatural a la enfermedad mental, y llevó por ello un primer enfoque terapeútico sobre este. Se encuentran en Perú restos de cráneos agujereados, a través de los cuales se creía que los espíritus malignos podrían escapar.

Se practica el *exorcismo* entre hebreos, griegos, chinos y egipcios, que primero realizaron los hechiceros y luego los sacerdotes con el fin de expulsar los espíritus malignos del cuerpo del enfermo.

Los *Griegos y Romanos* son los que comienzan a realizar las primeras clasificaciones de las enfermedades, les ponen nombres, nombres que en algunos casos se siguen manteniendo hoy en

día: por ejemplo se distingue entre alucinaciones, delirios e ilusiones.

En la *ciudad de Alejandría por ejemplo*, y siguiendo el legado de los griegos, se desarrolló la medicina de la mejor forma hasta casi décadas cercanas a la nuestra, ya que los enfermos eran internados, pero recibían tratamiento terapeútico como ejercicio físico, fiestas, paseos, hidroterapia, y conciertos musicales.

En la edad media, estos postulados griegos solo perduran en la cultura Árabe, que funda en Bagdad (año 792) el primer hospital mental.

La edad media se puede considerar la peor época para el enfermo mental, ya que aunque en principio estos enfermos eran atendidos por monjes, más tarde, se comienza a considerar la enfermedad mental como fruto del diablo, y se ponen en práctica castigos físicos (para ahuyentar al diablo) y exorcismos.

En el Renacimiento comienza a cambiar la perspectiva y se atiende a los enfermos desde un punto de vista médico. Se crea la perspectiva asistencial. Para ello existen los manicomios, que tenían muy malas condiciones.

Desde el siglo XVII hasta hoy en día se avanza en el concepto de asistencia a las personas con enfermedad mental desde centros específicos para su tratamiento y terapia, aunque todavía no hayamos conseguido su integración plena en la sociedad. Debemos señalar como curiosidad, para que tengamos en cuenta cómo afecta el momento histórico y social a la concepción de los tipos de trastornos mentales, cómo por ejemplo en 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) decidió eliminar la homosexualidad del DSM IV, Manual diagnóstico de los trastornos mentales. El 17 de Mayo de 1990 la OMS (Organización Mundial de la salud) elimina la homosexualidad y la transexualidad de la lista de enfermedades mentales.

PUNTO 6:
ÁREAS QUE SE VEN AFECTADAS POR EL TRASTORNO MENTAL:

Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma:

Se debe estudiar por medio de las actividades en relación con el entorno y del cuidado personal.

Comunicación	Habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos o comportamientos no simbólicos
Autocuidado	Habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.
Habilidades de vida en el hogar	Habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, tales como el cuidado de la ropa, tareas del hogar, preparación de comidas, planificación y elaboración de la lista de la compra, seguridad en el hogar, planificación diaria.
Habilidades sociales	Iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros. Recibir y responder a las claves o pistas situacionales pertinentes. Reconocer sentimientos. Regular el comportamiento de uno mismo. Ayudar a otros. Afrontar las demandas de otros. Controlar los impulsos. Adecuar la conducta a las normas. Mostrar un comportamiento sociosexual apropiado.
Utilización de la comunidad	Utilización de transporte público, comprar en tiendas, asistencia a las escuelas, librerías, parques y áreas recreativas, calles y aceras.
Autodirección	Realizar elecciones, aprender a seguir un horario, iniciar actividades adecuadas a los lugares, condiciones, horarios e intereses personales. Buscar ayuda en casos necesarios. Resolver problemas en situaciones familiares y novedosas.
Salud y seguridad	Comer, identificar síntomas de enfermedad. Tratamiento y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Sexualidad. Ajuste físico. Condiciones básicas sobre seguridad (seguir las reglas y leyes, utilizar cinturón de seguridad, cruzar las calles). Chequeos médicos regulares y hábitos personales.
Académicas funcionales	Habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares, que tienen una implicación directa con la vida (escribir, leer, utilizar de modo práctico conceptos matemáticos básicos, de ciencias, conocimiento del entorno físico y la propia salud y sexualidad).
Ocio y tiempo libre	Elecciones e intereses de propia iniciativa, utilización y disfrute de las posibilidades de ocio del hogar y de la comunidad y de las acciones recreativas solo y con otros. Jugar socialmente con otros, respetar el turno, finalizar o rehusar actividades de ocio o recreativas.
Trabajo	Habilidades relacionadas con poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, en términos de habilidades laborales específicas, comportamiento social apropiado y habilidades relacionadas con el trabajo (manejo de dinero, finalizar las tareas, conocimiento de los horarios, recibir críticas, habilidades relacionadas con el ir y el volver del trabajo).

Disminución de la capacidad laboral:

Los aspectos a valorar son déficits en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas, y el deterioro o descompensación en la actividad laboral por una dificultad en la adaptación a las circunstancias estresantes.

Debemos tener en cuenta que la salud mental debe ser entendida como un proceso, y no un estado que se da desde el nacimiento. No es posible marcar una linea estricta de separación entre "normalidad" y "enfermedad"; no se trata de una dicotomía, sino de observar la salud mental como algo gradual que puede aparecer en el tiempo o no. Hay que tener en cuenta que una persona "normal" puede responder a eventos críticos, como por ejemplo el afrontar la jubilación, de forma disfuncional, manifestando comportamientos sintomáticos de un determinado trastorno y comenzando a desarrollar la enfermedad mental. De todos modos, el que se de este tipo de trastornos suele ser fruto de la interacción de diferentes factores (biológicos, psicológicos y por el entorno).

Para terminar decir que los datos sobre el porcentaje de trastornos mentales en personas con retraso mental son extremadamente dispares y variados, oscilando entre el 10 y 50% de los casos. A esta variabilidad contribuyen diversos problemas.

Debido al menor desarrollo cognitivo y de habilidades en las personas con discapacidad, los trastornos mentales para ser reconocidos como tales se presentarán generalmente en forma de alteraciones de conducta, señales físicas y quejas, por la falta en muchos casos de lenguaje verbal, que complica en muchos casos el diagnóstico.

Por lo tanto, de este modo vemos, como en muchos casos de ADISLAN, existe un discapacidad además de un trastorno mental asociado. En la próxima charla nos centraremos en explicar lo que el área psicótica significa, así como sus síntomas y consecuencias sobre la persona.

SEGUNDO ANEXO

A continuación citamos como anexo la parte teórica proporcionada a nuestra tutora de prácticum, como parte de la consecución de nuestros objetivos:

ESQUIZOFRENIA

A continuación presentamos los criterios en base al **DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)**, por los que se diagnostica la esquizofrenia, de modo que podamos comprender cómo se define y sus síntomas, partiendo de esta clasificación. Debemos de subrayar antes de continuar, cómo hemos resumido aquí los aspectos más relevantes para nuestro objetivo de Practicum en base a este Manual, sin adentrarnos en aspectos como por ejemplo la forma de codificar los trastornos para realizar un diagnóstico clínico. Por lo tanto, aquí seleccionamos la información que creemos relevante para conocer de forma concreta la sintomatología de esta enfermedad, su forma de expresarse en el sujeto, etc., criterios imprescindibles para alcanzar el objetivo del Practicum.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:

A. *Síntomas característicos:* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral:* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración:* Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.
Episodio único en remisión total.
Otro patrón o no especificado.
Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Por lo tanto, la esquizofrenia es un trastorno que presenta una mezcla de síntomas peculiares, positivos y negativos. A continuación presentamos una clasificación de lo que se entiende como síntomas positivos y negativos, de forma que podamos comprender a que nos referimos aquí; los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

A continuación pasamos a describir este tipo de síntomas negativos y positivos, dentro del criterio A, ejemplificando cada uno de los síntomas, de forma que podamos comprender perfectamente los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia.

CRITERIO A:

Requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo 1 mes. La presencia de esta agrupación grave de signos y síntomas se denomina como "fase activa".

Síntomas positivos: De A1 – A4[1]

A1: Ideas delirantes (pensamiento): se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio.

TIPOS:

De persecución: cree que esta siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada.
Autorreferenciales: ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, canciones, están dirigidos a ella.

Las ideas delirantes deben diferenciarse de la "rareza" que puede presentar un sujeto. Las ideas delirantes se clasifican como "extrañas" si son claramente incoherentes, es decir, que no pueden relacionarse con aspectos de la vida diaria o real.

Ejemplo de idea delirante *extraña*: un ser extraño ha robado nuestros órganos internos y los ha sustituido por los de otra persona.

Ejemplo de "rareza": la falsa creencia de ser vigilado por la policía.

Si las ideas delirantes que presenta el sujeto son de tipo "extraño", sólo se necesita este único criterio para cubrir los criterios del apartado A diagnóstico.

A2: Alucinaciones (percepción): son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estimulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presenta en el mundo externo. Pueden ser: auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

TIPOS:

Auditivas (más habituales): voces conocidas o no, distanciadas del propio pensamiento; especialmente frecuentes voces peyorativas o amenazantes.

Ejemplo: dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o comportamiento del sujeto.

Estas deben producirse en un contexto de claridad sensorial. Si este tipo de alucinación esta presente es suficiente para satisfacer el Criterio A.

A3: Trastornos del pensamiento-pensamiento desorganizado (lenguaje desorganizado): se trata de la característica según algunos autores simple más importante de la esquizofrenia. la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje.

TIPOS:

- Descarrilamiento: perder el "hilo", saltando de un tema a otro.
- Tangencialidad: la respuesta puede ser oblícua o no tener relación con las preguntas.
- Incoherencia o ensalada de palabras: lenguaje gravemente incomprensible.

El síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación.

A4: Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado:

Se puede manifestar en varias formas:

Desde tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

Problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin:

Dificultades en la realización de actividades de la vida diaria: organizar comidas o mantener la higiene.

> Por ejemplo, el sujeto puede vestir de forma poco corriente (varias bufandas en un día especialmente caluroso, guantes, abrigo, etc.), o presentarse especialmente despeinado.

Comportamiento sexual claramente inapropiado: por ej. masturbarse en público.

Agitación impredecible e inmotivada: gritar o insultar.

Estos síntomas no deben confundirse, siendo considerados como síntomas *no esquizofrénicos* cuando se producen por una motivación comprensible.

1. Comportamientos motores catatónicos:

TIPOS:

1. Estupor catatónico: falta de atención grave.
2. Rigidez catatónica: postura rígida, resistir a ser movido.
3. Negativismo catatónico: resistencia a las órdenes, a ser movido.
4. Posturas catatónicas: posturas extrañas, inadecuadas.
5. Agitación catatónica: actividad motora excesiva sin propósito.

En las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad.

Síntomas positivos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios .

Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

A5. SÍNTOMAS NEGATIVOS:

Aplanamiento afectivo: Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como:

- Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica.
- Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado...
- Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada.
- Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado.
- Sonríe cuando se habla de temas serios.
- Risa tonta.
- Ausencia de inflexiones vocales: el habla tiene una calidad monótona.

Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de:

Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional.
Pobreza del contenido del lenguaje: aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado.
Bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que

estaba diciendo o lo que quería decir.
Latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta.

Todo esto hay que diferenciarlo con la falta de ganas de hablar asociados a otro tipo de trastornos.

SÍNTOMAS O TRASTONOS ASOCIADOS:

Abulia – Apatía: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, como la incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. Se manifiesta en:

- Problemas con el aseo y la higiene.
- Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea.
- Sentimiento de cansancio, lentitud.
- Propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia – insociabilidad: La anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras:

- Tiene pocos o ningún hobbies.
- Tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo.
- Puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e intimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar.
- Relaciones con amigos y semejantes restringidas.
- Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención.

- Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente.
- Se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales.
- Se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema.
- Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

La mejor prueba para establecer la presencia de síntomas negativos relacionados con la esquizofrenia es su persistencia durante un período de tiempo considerable a pesar de los esfuerzos persistentes dirigidos a resolver las causas descritas anteriormente. Los síntomas negativos persistentes se denominan síntomas “deficitarios”. Esto nos recuerda de forma clara a la fase de intervención que llevan el personal de atención directa en el centro cuándo un sujeto atraviesa una fase de crisis psicótica. Se dan variados intentos por parte del personal y su intervención de tratar mejorar el comportamiento de estas personas, o de crear un ambiente adecuado a estas, supervisar su alimentación y aseo, el que se tome la medicación, etc. pero todos estos intentos no son suficientes para mejorar el estado del sujeto. Esto aquí lo asociamos a lo que

se entiende como esfuerzos persistentes para resolver las causas del trastorno.

Por lo tanto, como hemos mencionado, la esquizofrenia es una mezcla de estos síntomas positivos y negativos que han estado presentes una parte significativa de <u>tiempo</u>:

- 1 mes o un período más breve de tiempo si ha sido tratada con éxito.
- Con algunos síntomas y signos que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C de la tabla que adjuntamos más arriba): ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

Estos signos y síntomas se asocian a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). Si tenemos en cuenta el contexto de Practicum, debemos tener presente, como la mayor parte de personas con discapacidad, tienen áreas básicas en la vida disfuncionales. Por ejemplo, las relaciones sociales débiles o limitadas, problemas familiares, un ocio limitado, incapacidad laboral, etc.

La alteración no se explica a partir de un trastorno esquizoafectivo o del estado del animo, con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica (Criterios D y E). El criterio F nos quiere decir cómo los sujetos con un diagnóstico de trastorno autista, sólo pueden ser diagnosticados con esquizofrenia si presentan ideas delirantes o alucinaciones (1 mes).

El diagnóstico de la esquizofrenia implica el reconocimiento de varios síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. En los casos analizados en el Practicum, caso A y B, podemos observar cómo estas personas, que no trabajan pero sí acuden a los talleres y actividades del Centro de Día, no pueden por el brote de tipo psicótico seguir la actividad con normalidad. Presentan un deterioro en el patrón de actividad diaria muy marcado.

Por último citar que los síntomas característicos de la esquizofrenia (criterio A), se asocian a las categorías mostradas más arriba de síntomas positivos o negativos.

CRITERIO B

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más áreas de actividad: relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios, o el cuidado de uno mismo).

CRITERIO C

Persisten <u>signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses</u>. Este período de 6 meses debe incluir al menos <u>1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A</u> (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos (síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno) y residuales.

Síntomas prodrómicos y residuales: son formas relativamente leves de los síntomas positivos especificados en el criterio A.

EJEMPLOS:

Expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan un proporción delirante: por ejemplo ideas de autorreferencia o pensamiento mágico.
Experiencias perceptivas poco habituales: sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones.
Lenguaje puede ser comprensible pero disgresivo, vago, o excesivamente abstracto o concretista.
Comportamiento peculiar, pero no gravemente desorganizado: murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente.
Síntomas negativos que presentan más gravedad: pierden interés en actividades que anteriormente les gustaban, pasan gran parte del tiempo en la cama, menos habladores, no hacer preguntas, etc.

Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

CLASIFICACIÓN DEL CURSO LONGITUDINAL:

En esta exposición teórica, no nos centraremos en la clasificación de su curso a lo largo de la crisis del trastorno, ya que no responde al objetivo de este estudio, que se centra básicamente en comprender la sintomatología de la enfermedad, y cómo se comprende y se puede dar. Por ello no entraremos aquí a detallar lo que se entiende por los distintos conceptos de episodios de la enfermedad.

A continuación pasamos a describir de forma breve los diferentes tipos de esquizofrenia y los síntomas asociados:

A. TIPO PARANOIDE:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Síntomas:

a) Ideas delirantes: de persecución, de grandeza o ambas. También celos, religiosidad, somatización. Pueden ser mútliples, pero se organizan alrededor de un tema coherente.
b) Alucinaciones: relacionadas con las ideas delirantes.

B. TIPO DESORGANIZADO:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. Lenguaje desorganizado.
2. Comportamiento desorganizado.
3. Afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Síntomas:

1. Lenguaje desorganizado: tonterías y risas, que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso.
2. Desorganización comportamental: disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (aseo, vestido, comida).
3. Ideas delirante y alucinaciones: fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.
4. Muecas, manierismos, rarezas del comportamiento.
5. Deterioro del rendimiento.

C. TIPO CATATÓNICO:

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.

2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
5. Ecolalia o ecopraxia.

Descripción de algunos síntomas:

Catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor: la persona yace inmóvil, en aparente muerte y sin signos vitales, cuando en realidad se encuentra viva, en un estado inconsciente o consciente, viendo y oyendo todo lo que sucede a su alrededor[1].

1. Ecolalia: repetición patológica de una palabra o frase que dice otra persona.
2. Ecopraxia: imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.

D. TIPO INDIFERENCIADO:

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

E. TIPO RESIDUAL:

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional").

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico.

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:
1. Inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual.
2. Confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico.
3. Buena actividad social y laboral premórbida.
4. Ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos.

Como vemos, las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son como las de las esquizofrénia en el criterio A, a excepción de:

La duración total de la enfermedad es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses.
No se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de de la enfermedad (aunque pueda haberlo).

El diagnóstico de este trastorno depende de cómo se desarrolle en el tiempo. Se aplica el diagnóstico por lo tanto cuando el episodio ha durado entre 1 y 6 meses, que el sujeto esta ya recuperado. En el segundo caso el diagnóstico se aplica cuando se está dando la enfermedad entre 1 y 6 meses. Si esta continúa más allá de este tiempo, entonces el diagnóstico cambiará por el de Esquizofrenia.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).

.1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

CRITERIO A:

La fase activa de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir con los criterios de la fase activa de la esquizofrenia, criterios A de la esquizofrenia, como para un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco, o un episodio mixto. Este tipo de episodios y sus características serán descritos más adelante en el apartado creado para tal fin, cuando nos referimos a trastornos del estado de ánimo.

Episodio depresivo mayor: debe ser de por lo menos 2 semanas.

Características:

1. Humor depresivo franco (se debe dar este síntoma obligatoriamente).
2. Marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer.

Episodio maníaco o mixto: debe ser de al menos 1 semana.

Puesto que los síntomas psicóticos deben tener una duración mínima de un mes para cumplir el criterio A de la esquizofrenia, la duración mínima de un episodio esquizoafectivo será también de un mes.

Síntomas psicóticos:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.

CRITERIO C:

Los síntomas afectivos mencionados deben estar presentes durante una parte sustancial del período completo de enfermedad. Si los síntomas solo aparecen durante un período breve de tiempo, el diagnóstico es esquizofrenia.

Pueden presentarse dos subtipos de este trastorno, en base al componente afectivo del trastorno:

Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).
Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

TRASTORNO DELIRANTE

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaníaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.
Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.
Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.
Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.
Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.
Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.
Tipo no especificado.

La característica esencial de este trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes. Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante. Por ejemplo, el tener sensación de estar infestado por insectos asociado a delirios de infestación o percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal.

La actividad psicosocial no esta significativamente afectada aunque esta puede ser variable; el comportamiento no es raro ni extraño. Cuando hay una actividad pobre, suele estar relacionada como causa o consecuencia de las ideas delirantes. Una característica habitual suele ser el parecer sujetos “normales”, sin patología, en su aspecto y comportamiento, cuando no se cuestionan sus ideas delirantes. La parte social y afectiva suele estar más afectada que la laboral o intelectual.

La consideración de que las ideas delirantes son o no “extrañas”, es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia.

Las ideas delirantes se consideran como extrañas si son claramente improbables, incomprensibles y no derivan de experiencias de la vida en general. Por ejemplo, que alguien halla quitado los órganos internos a la persona y los halla sustituido por otros.

Las ideas delirantes no extrañas se consideran en relación a situaciones que se pueden dar en la vida real: ser seguido, vigilado, etc.

TIPOS DE TRASTORNOS DELIRANTES, Y EJEMPLOS DE SÍNTOMAS:

- TIPO ETEROTOMANÍACO:

    1. Amor romántico o unión espiritual.
    2. Hacia una persona de un estatus superior, conocido o un completo extraño.
    3. Intentos por contactar con el objeto delirante (cartas, llamadas, vigilando, acechando, etc.).

- TIPO DE GRANDIOSIDAD:

Talento extraordinario o intuición.
Mantener una relación especial con alguien importante (por ejemplo alguien del Ministerio).
Creer ser una persona importante.
Pueden tener un contenido religioso: creer que ha recibido un don divino.

- TIPO CELOTÍPICO:

    - Tema central, que el cónyugue o amante es infiel.
    - Creencia aparece sin ningún motivo, por pruebas que no son reales: manchas en sábanas o encontrar ropa desarroglada.
    - Suele discutir con el amante e intenta influir en la vida del sujeto sobre la que se tienen las ideas delirantes.

- TIPO PERSECUTORIO:

- Tema central es que la persona está siendo engañada, conspiración, espiado, seguido, etc.
- Pequeñas cosas sin importancia pueden ser exageradas.
- Pueden apelar a la justicia por este tema.
- Son a menudo irritables y resentidos y pueden reaccionar de forma violenta contra los que cree le están haciendo daño.

- TIPO SOMÁTICO:

- Se refiere a funciones o sensaciones corporales.
- Las más habituales: convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos dentro de la piel; que algunas partes del cuerpo presentan malformaciones o fealdad cuando no es así; que hay partes del cuerpo que no funcionan.

- TIPO MIXTO:
  - Cuando no hay ningún tema delirante que predomine.

- TIPO NO ESPECIFICADO:
  - La creencia delirante no puede ser especificada con claridad.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación basada en tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:
De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto.

Esta alteración debe presentar por lo menos uno de los síntomas positivos del apartado A. Dura por lo menos 1 día pero menos de un mes, y el sujeto se recupera por completo hacia el nivel previo de actividad, ajuste premorbido. El ajuste premorbido se refiere a la medida en que un sujeto fue capaz de cumplir con sus expectativas apropiadas para el sexoy la edad antes de empezar la enfermedad[1]. Es típico que los sujetos con estos trastornos presenten un gran desorden emocional o confusión, con rápidas alteraciones de estados afectivos. Aunque este trastorno es breve, el nivel de deterioro puede ser grave, por lo que se puede necesitar de supervisión para asegurar sus necesidades básicas de la vida diaria.

TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

En este caso debemos señalar como algunos de los sujetos del centro ADISLAN tienen diagnosticadas enfermedades que aquí se mencionan como son enfermedades de tipo neurológico, como la epilepsia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.
.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

SÍNTOMAS:

A. Alucinaciones o ideas delirantes: de cualquier modalidad sensorial. En relación a la olfativa, la referida al oler olores desagradables, pueden tener relación con la epilepsia en el lóbulo temporal. Las ideas delirantes pueden ser muy diversas: somáticos, grandiosos, religiosos, persecutorios.

Las enfermedades médicas asociadas, nos interesan especialmente, debido a que en nuestro lugar de Prácticum encontramos sujetos con este tipo de patologías, como son enfermedades de tipo neurológico, que en muchos casos están asociadas a la persona con discapacidad:

- Enfermedades neurológicas: neoplasias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central, etc. Las que más se asocian a esta patología son las que afectan al lóbulo temporal y a estructuras subcorticales.

- Enfermedades endocrinas: hiper e hiperteroidismo, hipofunción suprarrenal, etc.

- Enfermedades metabólicas: hipoxia, etc.

- Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.

- Enfermedades hepáticas o renales.

- Trastornos autoinmunes con afección del sistema nervioso central.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

A continuación pasamos a describir los trastornos del estado de ánimo que hemos visto han surgido a partir del estudio de la esquizofrenia y otros trastornos de tipo psicótico. En concreto nos centraremos en describir los siguientes:

Episodios afectivos:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maníaco.
- Episodio mixto.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

SÍNTOMAS:

<u>CRITERIO A:</u>

A1.

- El sujeto lo describe como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, o “como en un pozo”.
- La tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada: por ejemplo, al señalar que el sujeto está a punto de llorar.
- Algunos sujetos se pueden sentir “pasotas” o sin sentimientos, o ansiosos: la presencia de un estado de ánimo depresivo se puede inferir por la expresión facial, y el comportamiento aparente del sujeto.
- Algunos sujetos ponen énfasis en aspectos somáticos: molestias o dolores físicos.
- Alta irritabilidad: ira persistente, tendencia a responder a los demás, arranques de ira,

insultos, o frustración por cosas sin importancia.

A2.

- Pérdida de interés y capacidad de placer: “han perdido el interés”.
- Los familiares suelen notar el aislamiento social o el abandono de actividades.
- Reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual.

A3.

- Disminuye el apetito y muchos sujetos se tienen que esforzar por comer.
- Otros pueden tener más apetito, especialmente por productos con hidratos de carbono (dulces, etc.).
- Se puede aumentar o decrecer significativamente en peso.

A4.

- Insomnio medio: despertarse a mitad de la noche y no poder volver a dormirse.
- Insomnio tardío: despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse.
- Insomnio inicial: problemas para conciliar el sueño.
- Hipersomnia: exceso de sueño.

A5.

- Cambios psicomotores: agitación; incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos, pellizcar o arrugar la piel.
- Enlentecimiento: aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo.

A6.

- Falta de energía, cansancio y fatiga: una persona puede requerir cansancio persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo, como por ejemplo el vestirse y asearse por las mañanas, que pueden referir que cuesta el doble.

A7.

- Sentimiento de inutilidad o de culpa, con evaluaciones no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados.
- Exagerada responsabilidad ante las adversidades.

A8.

- Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Distraerse con facilidad, quejas de falta de memoria. En personas mayores, la queja

principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente como un signo de demencia (pseudodemencia).

A9.

- Ideas de que los demás estarían mejor si uno muriese.
- Pensamientos recurrentes sobre el hecho de suicidarse.
- Estos se analizan según el tiempo y su recurrencia, además de la intensidad de estas ideas. Una persona puede pasar por pensar en esta idea hasta trazar un plan de cuándo lo va a llevar a cabo.

OTRA SINTOMATOLOGÍA QUE PUEDE DARSE:

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Rumiaciones obsesivas.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor: cefaleas, dolores articulares, abdominales o de otro tipo.
- Crisis de angustia.
- Problemas en las relaciones personales.
- Interacciones sociales menos satisfactorias.
- Problemas en la actividad sexual (anorgasmia en mujeres, disfunción eréctil en hombres).
- Problemas matrimoniales, laborales, etc.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Mayor uso de los servicios médicos.

Los episodios depresivos a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (muerte de un ser querido, la separación matrimonial, divorcio, etc.).

CRITERIO C:

Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad de relacionarse o trabajar. En casos extremos, el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (aseo, comer, etc.).

EPISODIO MANÍACO

CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO:

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

SÍNTOMAS:

CRITERIO A:

- Euforia, anormalmente alto el estado de ánimo, alegre, etc.
- Los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo para la persona.
- Incesante e indisciminado entusiasmo en las relaciones sociales, sexuales o laborales.
- A veces irritabilidad, cuando se contradicen los deseos de la persona.
- Labilidad en el estado de ánimo: alternancia entre euforia e irritabilidad.

CRITERIO B:
B.1.

- Los sujetos por ejemplo pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos, como cómo hay que dirigir las Naciones Unidas.
- A pesar de no tener un especial talento, el sujeto puede lanzarse a escribir una novela o a componer una sinfonía o a buscar publicidad sobre un invento sin ninguna utilidad

práctica.
- Ideas delirantes de grandeza: relación especial con Dios o con alguna figura del mundo político, religioso o del espectáculo.

B.2.

- Descenso de la necesidad de dormir. Puede levantarse varias horas antes sin sentirse cansado.
- Cuando el trastorno del sueño es grave, puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

B.3.

- Lenguaje verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir.
- Los sujetos pueden hablar sin parar, algunas veces durante horas, sin importarles los deseos de comunicarse con los demás.
- Puede estar el discurso plagado de chistes, juegos de palabras, e impertinencias divertidas.
- El uso de las palabras puede estar dominado por sonidos, que por las elecciones de relaciones conceptuales significativas.
- Sujeto puede mostrarse teatral, cantos.
- Si el sujeto se muestra irritable: quejas, comentarios hostiles.

B.4.

- Fuga de ideas; lenguaje acelerado, cambios bruscos de un tema a otro.
- Cuando esta fuga es grande, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

B.5.

- Incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes: ruidos de fondo, objetos del lugar, etc.
- Reducción de la capacidad de diferenciar pensamientos pertinentes al tema de los que tienen poco que ver con el.

B.6.

- Aumento de la actividad implicando una excesiva planificación y participación en múltiples actividades.
- Puede darse un aumento de impulsos, fantasías, y comportamientos sexuales.
- Aumento de la sociabilidad sin tener en cuenta (a veces con desconocidos o amigos poco cercanos, por ejemplo) el entrometimiento de estas interacciones.
- Agitación o inquietud psicomotora: paseando, hablando con dos personas al mismo tiempo, etc.
- Pueden escribir cartas a amigos, personajes públicos, o medios de comunicación.

B.7.

- Compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables, comportamientos sexuales poco inusuales.

OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS:

- No reconocer que están enfermos. Resistencia al tratamiento.
- Pueden cambiar su aspecto, vestimenta, maquillaje, exagerándola.
- Actividades con una finalidad rara (regalar dinero o caramelos).
- Juego patológico y comportamientos antisociales.
- Consideraciones éticas se olvidan.
- Hostil y amenazar a los demás.
- Agresivos o suicidas (síntomas psicóticos).
- Estado de ánimo puede cambiar de la ira a la depresión rápidamente.

El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana.

EPISODIO MIXTO

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

10. BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía que hemos utilizado, por una parte la hemos podido utilizar como parte del material facilitado por nuestra tutora de prácticum; el resto lo hemos localizado a través de la WEB, a la hora de recopilar información para la creación del material requerido para el uso de nuestra tutora, así como para la creación del curso de formación:

LIBROS:

- DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial: Masson, S.A.
- J. Florez (2003). "Farmacología humana". Editorial: Masson, S.A. Barcelona.
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L. (2003). S*alud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid. Colección FEAPS.
- Reynoso, L., Seligson, I. R. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*.

http://books.google.es/booksid=Te75iok5oAgC&printsec=frontcover&dq=terapia+conductual&hl=es&ei=PKSATajVCI2A4AbNqajfBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEsQ6AEwBA#v=onepage&q=terapia%20conductual&f=false

- Salvador, L., Novell, R. *Guía Práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Con los auspicios de: Asociación Mundial de Psiquiatría, Sección de Retraso Mental. Asociación Europea de Salud Mental en el Retraso Mental. Asociación Española para el estudio científico del Retraso Mental.
- *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Declaración FEAPS e Informe Técnico*. Publicación financiada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Vallejo, J. (2006). "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". Editorial: Elsevier Masson. Barcelona.
- Vallejo, M.A. "Psicofarmacología y terapia de conducta". Terapia de Conducta y Salud. Fundación Universidad Empresa.
- Vallejo, J. (2006). "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". Editorial: Elsevier Masson. Barcelona.

ARTÍCULOS:

- Arévalo, J. (1990), "Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes". Universidad autónoma de Madrid. Recuperado el 04 de Noviembre de 2011 de:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66070

- Aznar, M.I., Fleming, V., Watson, H., Narvaiza, M.J. (2004). *Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería.* Enfermería clínica 2004; 14(5): 286-93. Recuperado el 6 de Noviembre de 2011 de:

http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13416/necesidades_psicosociales_cuidadores_informales.pdf

- Muela, J.A., Godoy, J.F. (2001). "Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia". Universidad de Jaén y de Granada. Psicothema. Recuperado el 04 de Noviembre de 2011 de:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2006049

http://www.psicothema.com/pdf/406.pdf

- Vallina, F., Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Hospital Sierrallana (Cantabria) y Universidad de Oviedo. Psicothema 2000. Vol. 12, nº4, pp. 671-681. Recuperado el 6 de Noviembre de 2001 de:

http://www.psicothema.es/pdf/388.pdf

http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66070

- Vallina, O., Lemos, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia.* Hospital Sierrallana, Universidad de Oviedo. Psicothema 2001. Vol. 13, nº3, pp.345-364. Recuperado el 6 de Noviembre de 2011 de:

http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10982/tratamientos_psico.pdf

PÁGINAS WEB:

- http://www.internetyeducacion.com.ar/internet-educacion/dsm-iv-online/
- http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html
- http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml
- http://es.wikipedia.org/wiki/Neurol%C3%A9ptico
- http://www.slideshare.net/anjelika/modelos-sistmicos-en-psicoterapia
- http://eprints.ucm.es/2821/
- http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301esex.pdf
- http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=21&cat=9
- http://www.apsique.com/node/142

- http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301esex.pdf
- http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=21&cat=9
- http://www.apsique.com/node/142