



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Baldor Tubet, Isabel; Jerez Álvarez, M^a Carmen; Rullas Trincado, Margarita; González Cases, Juan
Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 433-449
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

- (20) RECALCATI, M., *Clínica del vacío*, Madrid, Síntesis, 2003; y *La última cena*, Buenos Aires, Ediciones del Cifrado, 2004.
- (21) ROTH, Ph., *La mancha humana*, Madrid, Alfaaguara, 2005.
- (22) ROSENWEIG, citado por MATE, R., *Memoria de Auschwitz*, Madrid, Trotta, 2003.
- (23) SOLER, C., «Los diagnósticos», *Freudiana*, 16, Escuela europea de psicoanálisis, Cataluña, 1996. «La querella de los diagnósticos», *Formaciones clínicas del Campo Lacaniano*, Colegio Clínico de París, Curso 2003-2004, 2005.

Sob psicoso

RESUMEN: El
rehabilitadoras e
cosis, o tras un
importante núme
el desarrollo de p
servicios específi
PALABRAS CL
brotos, período c

Introducción

En los ú
cios de comer
cótico. Argum
ser más efica
Esta hipótesis

El «período
en el que exis
(Birchwood, y
teriores al prin
del deterioro,
Se considera
psicosocial, po
en este período
nóstico a larga
de los factore
requerirá menci
en etapas más
nias de mayor
la instauración

Se ha lle
lógicos, psico
llegar incluso
plazo de una p

* Segundo MANCHADO ROMERO. Psiquiatra. Psicoanalista. Jefe de Servicio de Psiquiatría (Unidades Clínicas y Rehabilitación; Unidad de Media Estancia). Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Correspondencia: Segundo Manchado. Hospital Juan Carlos I, C/ Real del Castillo n.º 152, Las Palmas de Gran Canaria, 35014. smanrom@gobiernodecanarias.org

** Fecha de recepción: 8-III-2008 (aceptado el 14-IV-2008).

Además, el curso inicial de la psicosis es inestable y proclive a las recaídas, con un 80% de pacientes que recaen en los primeros 5 años de enfermedad. En este momento, son también habituales la exacerbación de los síntomas, el consumo de drogas, las respuestas desadaptativas de evitación o negación de la enfermedad, el mantenimiento de una sintomatología positiva residual y el incremento del riesgo de suicidio (1). Por ello, se han desarrollado algunas opciones terapéuticas que pretenden cubrir estas carencias, adaptándose a las necesidades específicas de este período. Las opciones terapéuticas existentes más importantes y que están generando mayor cantidad de estudios de investigación son (2):

1. *La Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana «COPE»* (Jackson, y otros, 1999; Henry, y otros, 2002), que se desarrolló con el objetivo de ayudar al paciente en la recuperación inicial de su primer episodio psicótico y de evitar o aliviar la frecuente morbilidad secundaria asociada a éste. Pretende ayudar a preservar un sentido del yo (identidad), promover una sensación de dominio sobre la experiencia psicótica y preservar o incrementar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. Tiene un formato individual, se inicia al final de la fase aguda del episodio psicótico, consta de entre 20 y 30 sesiones y utiliza una combinación de psicoeducación y de técnicas cognitivas (3).

2. *El Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente «STOPP»* (Herman-Doig, y otros, 2003; Jackson, y otros, 1999), que va destinada a las personas que presentan una recuperación prolongada del primer episodio de psicosis. Es de orientación cognitiva, con un formato individual y tiene como objetivos principales reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, reducir el malestar y la interferencia con el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y promover en el individuo una comprensión de la psicosis que permita su participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la discapacidad social (4).

Por otro lado, existen programas de intervención temprana que están formados habitualmente por equipos interdisciplinares, que proporcionan una amplia serie de servicios integrados que suelen incluir educación pública, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos e intervenciones grupales. Las intervenciones específicas incluyen farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo y apoyo, y rehabilitación social y laboral (2).

El centro decano de la intervención temprana, que ha servido de modelo para múltiples iniciativas internacionales que han surgido posteriormente es *El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC)*, desarrollado para tratar las necesidades de pacientes en las primeras fases de un episodio psicótico. Se trata de un servicio multicomponente cuyo objetivo es la reducción del nivel de

morbilidad y de las recaídas, así como identificar lo que se considera que es la psicosis (5).

Otro de los tratamientos de intervención temprana que también ha sido desarrollado en el Reino Unido es el *Programa de Atención Psicótica Temprana en el Hospital de Birmingham* (Bamford, 2002), que combina psicoterapia y tratamiento farmacológico en la atención primaria,

Las intervenciones tempranas han demostrado prácticamente su eficacia en los primeros episodios de psicosis, mejorando el estado clínico y la calidad de vida de los pacientes (Lam, 2003; Petersen, 2003). Los estudios de intervención temprana han mostrado que las carencias metapresumtivas que tienen los servicios de salud mental

En cuanto a las intervenciones tempranas (1998) en las que se evalúan las estrategias de intervención temprana, se observa que las intervenciones tempranas se centran en la reducción de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida. Los resultados de las intervenciones tempranas parecen prometedores, aunque es necesario realizar más investigación. Albiston, y otros (2003) describen una intervención temprana en grupo que incluye la adaptación de la intervención a las necesidades de los pacientes, así como la mejora de la calidad de vida. Los resultados de esta intervención temprana parecen prometedores, aunque es necesario realizar más investigación.

En conclusión, las intervenciones tempranas tienen un papel importante en la atención social: pueden ser efectivas y seguras, y se aplican desde la fase temprana del trastorno psicológico hasta la fase de intervención.

Si se manejan adecuadamente, las intervenciones tempranas no se retroceden y se mantienen en el tiempo, lo que contribuye a la recuperación del paciente.

Además, el curso inicial de la psicosis es inestable y proclive a las recaídas, con un 80% de pacientes que recaen en los primeros 5 años de enfermedad. En este momento, son también habituales la exacerbación de los síntomas, el consumo de drogas, las respuestas desadaptativas de evitación o negación de la enfermedad, el mantenimiento de una sintomatología positiva residual y el incremento del riesgo de suicidio (1). Por ello, se han desarrollado algunas opciones terapéuticas que pretenden cubrir estas carencias, adaptándose a las necesidades específicas de este período. Las opciones terapéuticas existentes más importantes y que están generando mayor cantidad de estudios de investigación son (2):

1. *La Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana «COPE»* (Jackson, y otros, 1999; Henry, y otros, 2002), que se desarrolló con el objetivo de ayudar al paciente en la recuperación inicial de su primer episodio psicótico y de evitar o aliviar la frecuente morbilidad secundaria asociada a éste. Pretende ayudar a preservar un sentido del yo (identidad), promover una sensación de dominio sobre la experiencia psicótica y preservar o incrementar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. Tiene un formato individual, se inicia al final de la fase aguda del episodio psicótico, consta de entre 20 y 30 sesiones y utiliza una combinación de psicoeducación y de técnicas cognitivas (3).

2. *El Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente «STOPP»* (Herman-Doig, y otros, 2003; Jackson, y otros, 1999), que va destinada a las personas que presentan una recuperación prolongada del primer episodio de psicosis. Es de orientación cognitiva, con un formato individual y tiene como objetivos principales reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, reducir el malestar y la interferencia con el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y promover en el individuo una comprensión de la psicosis que permita su participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la discapacidad social (4).

Por otro lado, existen programas de intervención temprana que están formados habitualmente por equipos interdisciplinares, que proporcionan una amplia serie de servicios integrados que suelen incluir educación pública, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos e intervenciones grupales. Las intervenciones específicas incluyen farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo y apoyo, y rehabilitación social y laboral (2).

El centro decano de la intervención temprana, que ha servido de modelo para múltiples iniciativas internacionales que han surgido posteriormente es *El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC)*, desarrollado para tratar las necesidades de pacientes en las primeras fases de un episodio psicótico. Se trata de un servicio multicomponente cuyo objetivo es la reducción del nivel de

morbilidad y de las recaídas, así como identificar lo que se considera que es la psicosis (5).

Otro de los tratamientos de intervención temprana que también ha sido desarrollado en el Reino Unido es el *Programa de Atención Psicótica Temprana en el Hospital de Birmingham* (Bamford, 2002), que combina psicoterapia y tratamiento farmacológico en la atención primaria,

Las intervenciones tempranas han demostrado prácticamente su eficacia en los primeros episodios de psicosis, mejorando el estado clínico y la calidad de vida de los pacientes (Lam, 2003; Petersen, 2003). Los estudios de intervención temprana han mostrado que las carencias metapresumtivas que tienen los servicios de salud mental

En cuanto a las intervenciones tempranas (1998) en las que se evalúan las estrategias de intervención temprana, se observa que las intervenciones tempranas se centran en la reducción de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida. Los resultados de las intervenciones tempranas parecen prometedores, aunque es necesario realizar más investigación. Albiston, y otros (2003) describen una intervención temprana en grupo que incluye la adaptación de la intervención a las necesidades de los pacientes, así como la mejora de la calidad de vida. Los resultados de esta intervención temprana parecen prometedores, aunque es necesario realizar más investigación.

En conclusión, las intervenciones tempranas tienen un papel importante en la atención social: pueden ser efectivas y seguras, y se aplican desde la fase temprana del trastorno psicológico hasta la fase de intervención.

Si se manejan adecuadamente, las intervenciones tempranas no se retroceden y se mantienen en el tiempo, lo que contribuye a la recuperación del paciente.

Existen algunos factores que parecen favorecer la recuperación. Así, la existencia de redes adecuadas de apoyo social, un entorno seguro y estructurado y una situación de vida estable son algunos de ellos. También parece importante poder alcanzar una buena comprensión de lo que ha ocurrido, tener expectativas realistas y esperanza en el futuro o disponer de una meta u objetivo en la vida (trabajo, actividades de ocio, etc.).

La probabilidad de que estos aspectos se encuentren conservados o menos deteriorados es mayor cuando el periodo de enfermedad es corto. El ajuste psicológico y los roles sociales y laborales están en ese momento más cercanos a la normalidad a pesar incluso de la ruptura o el impacto que supone haber padecido un primer episodio psicótico. Además, las primeras crisis se producen frecuentemente en la adolescencia o juventud, periodo en el que existe una alta sensibilidad a la alteración de las distintas áreas de funcionamiento que se están empezando a desarrollar. Esto supone que el retraso en el tratamiento en esta etapa vital puede tener consecuencias muy negativas: interrupción en los estudios o en el trabajo, pérdida de apoyos sociales y de la autoestima, mayor angustia en la familia del paciente; en definitiva una interferencia grave en el desarrollo psicosocial. Todo ello supone una recuperación más lenta y menos completa (y por lo tanto un peor pronóstico), así como un aumento en el coste del tratamiento (12).

Así, los objetivos de la rehabilitación tras un primer brote serían los siguientes: a) disminuir la discapacidad a largo plazo; b) minimizar el impacto de la psicosis en los roles que el usuario venía ejerciendo o, en su caso, recuperación de dichos roles; c) mejorar la actitud ante el tratamiento; d) disminuir el estrés y el impacto que supone la experiencia del primer episodio psicótico y los primeros contactos con los servicios psiquiátricos; e) remisión de los síntomas positivos persistentes y de los síntomas negativos; f) promover la sensación de control sobre las consecuencias de la enfermedad a través de la mejora de los recursos para afrontar situaciones estresantes; g) proteger la autoestima y separar el «yo» o el sentido de identidad del proceso psicótico; h) disminuir la percepción de amenaza sobre las perspectivas futuras tanto sociales como educativo/laborales; i) aumentar el conocimiento de todo lo relacionado con la enfermedad y prevenir recaídas; j) evitar la ruptura de relaciones sociales y, en su caso, facilitar el establecimiento de otras nuevas; k) apoyar a la familia.

En definitiva, se trataría de promover la mejor adaptación posible y la recuperación funcional y psicosocial.

Uno de los aspectos más importantes en el trabajo tras un primer brote es la «psicoeducación». Por un lado, el desconocimiento de lo que está ocurriendo supone un alto estrés para la persona que ha padecido la crisis. Por otro, este conocimiento tiene una gran importancia para la prevención de recaídas. Reconocer las

primeras señales que aumentan los. Además durante la crisis de primera vez, la macológico y (13: 14).

Otra cueda de las habilidades competenciales en casos de mperdida de control seguir al episodio y la separación del paciente se re

En un principio, como por medios a mejorar la situación existente, estas primeras etapas implican el desarrollo de la sensación de poder de control sobre la situación, la sensación de autoridad, que la sensación de las distintas fases de desarrollo de futuro y posibilidades de servir para autorrealizaciones y alcanzar metas.

Otro cam
ca», puesto q
mayor evoluc

Finalmente, la participación de los mismos que las necesitan ya lleva años de vía carecen de

Existen algunos factores que parecen favorecer la recuperación. Así, la existencia de redes adecuadas de apoyo social, un entorno seguro y estructurado y una situación de vida estable son algunos de ellos. También parece importante poder alcanzar una buena comprensión de lo que ha ocurrido, tener expectativas realistas y esperanza en el futuro o disponer de una meta u objetivo en la vida (trabajo, actividades de ocio, etc.).

La probabilidad de que estos aspectos se encuentren conservados o menos deteriorados es mayor cuando el periodo de enfermedad es corto. El ajuste psicológico y los roles sociales y laborales están en ese momento más cercanos a la normalidad a pesar incluso de la ruptura o el impacto que supone haber padecido un primer episodio psicótico. Además, las primeras crisis se producen frecuentemente en la adolescencia o juventud, periodo en el que existe una alta sensibilidad a la alteración de las distintas áreas de funcionamiento que se están empezando a desarrollar. Esto supone que el retraso en el tratamiento en esta etapa vital puede tener consecuencias muy negativas: interrupción en los estudios o en el trabajo, pérdida de apoyos sociales y de la autoestima, mayor angustia en la familia del paciente; en definitiva una interferencia grave en el desarrollo psicosocial. Todo ello supone una recuperación más lenta y menos completa (y por lo tanto un peor pronóstico), así como un aumento en el coste del tratamiento (12).

Así, los objetivos de la rehabilitación tras un primer brote serían los siguientes: a) disminuir la discapacidad a largo plazo; b) minimizar el impacto de la psicosis en los roles que el usuario venía ejerciendo o, en su caso, recuperación de dichos roles; c) mejorar la actitud ante el tratamiento; d) disminuir el estrés y el impacto que supone la experiencia del primer episodio psicótico y los primeros contactos con los servicios psiquiátricos; e) remisión de los síntomas positivos persistentes y de los síntomas negativos; f) promover la sensación de control sobre las consecuencias de la enfermedad a través de la mejora de los recursos para afrontar situaciones estresantes; g) proteger la autoestima y separar el «yo» o el sentido de identidad del proceso psicótico; h) disminuir la percepción de amenaza sobre las perspectivas futuras tanto sociales como educativo/laborales; i) aumentar el conocimiento de todo lo relacionado con la enfermedad y prevenir recaídas; j) evitar la ruptura de relaciones sociales y, en su caso, facilitar el establecimiento de otras nuevas; k) apoyar a la familia.

En definitiva, se trataría de promover la mejor adaptación posible y la recuperación funcional y psicosocial.

Uno de los aspectos más importantes en el trabajo tras un primer brote es la «psicoeducación». Por un lado, el desconocimiento de lo que está ocurriendo supone un alto estrés para la persona que ha padecido la crisis. Por otro, este conocimiento tiene una gran importancia para la prevención de recaídas. Reconocer las

primeras señales que aumentan los. Además durante la crisis de primera vez, la macológico y (13: 14).

Otra cueda de las habilidades competenciales en casos de mperdida de control seguir al episodio y la separación del paciente se re

En un principio, como por medios a mejorar la situación existente, estas primeras etapas implican el desarrollo de la sensación de poder de control sobre la situación, la sensación de autoridad, que la sensación de las distintas fases de desarrollo de futuro y posibilidades de servir para autorrealizaciones y alcanzar metas.

Otro cam
ca», puesto q
mayor evoluc

Finalmente, la participación de los mismos que las necesitan ya lleva años de vía carecen de

ambiguo y la recuperación inicial de un primer episodio suele ser buena en un porcentaje elevado de pacientes, lo cual desaconseja intervenciones pensadas para cuidados crónicos más continuados (Addington y Burnett, 2004) (15).

Por otro lado, los conceptos tradicionales de emoción expresada pueden ser en estos casos menos relevantes que en las familias de pacientes con períodos más largos de enfermedad y cobran mayor importancia el manejo de la situación de crisis y alto estrés. Es probable encontrar en estos familiares sentimientos de negación, pena, estigma, fracaso, vergüenza o cólera.

Así, los aspectos más específicos del trabajo con estas familias serían: maximizar el funcionamiento adaptativo de la familia. Minimizar la disrupción de la vida familiar causada por el episodio psicótico. Minimizar el riesgo de desarrollar sufrimiento, estrés y carga a largo plazo. Ayudar a la familia a entender el impacto de la psicosis en todos y cada uno de sus miembros así como su influencia en el curso de la misma. Promover una sensación de control sobre la experiencia (Addington; Collins; McCleery; Addington, 2005) (16).

Otros objetivos importantes serían: apoyarles a nivel emocional, ayudarles a establecer expectativas y objetivos realistas, entrenarles en formas adecuadas de interactuar con el paciente y enseñarles a crear un entorno estructurado y de bajo estrés, tratando de reducir al mínimo cualquier cambio en la rutina. En definitiva, dotarles de recursos para afrontar y controlar los problemas que caracterizan la situación por la que están pasando.

Finalmente, el hecho de facilitar el contacto con otras familias tras un primer brote puede evitar que se produzca aislamiento y fomenta el apoyo emocional (2; 17).

Expondremos a continuación el trabajo realizado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (en adelante CRPS) con un usuario que había sufrido un primer brote psicótico, y que ilustra los principios expuestos en las líneas anteriores.

Caso clínico

Datos biográfico-clínicos

Acude al CRPS desde el mes de junio de 2002. Tiene 17 años en el momento de la evaluación. El parto y desarrollo evolutivo fueron normales. Con un año el usuario sufre tres episodios de convulsiones febriles producidas por gastroenteritis que se resuelven sin complicaciones.

Vive con los padres en casa de la abuela materna en Madrid. A los dos años y medio acude a la escuela infantil durante tres meses y a los cuatro años comien-

za el colegio. trabajaban. D relacionaba p vecino que iba cuencia al usu za, aunque ni comienza a sa cuando todos narse con ello noche que po cuenta a nadie démico. Pasó CRPS le cuen lo expresa la tamiento psiqu dad, sobre todo al Instituto y También acud

Tiene el
acaba en el ai
mental «Save
páginas web y
ha trabajado.

materna que realizó la evaluación, la cual le presentaron los padres para relacionar aspectos no verbales.

ambiguo y la recuperación inicial de un primer episodio suele ser buena en un porcentaje elevado de pacientes, lo cual desaconseja intervenciones pensadas para cuidados crónicos más continuados (Addington y Burnett, 2004) (15).

Por otro lado, los conceptos tradicionales de emoción expresada pueden ser en estos casos menos relevantes que en las familias de pacientes con períodos más largos de enfermedad y cobran mayor importancia el manejo de la situación de crisis y alto estrés. Es probable encontrar en estos familiares sentimientos de negación, pena, estigma, fracaso, vergüenza o cólera.

Así, los aspectos más específicos del trabajo con estas familias serían: maximizar el funcionamiento adaptativo de la familia. Minimizar la disrupción de la vida familiar causada por el episodio psicótico. Minimizar el riesgo de desarrollar sufrimiento, estrés y carga a largo plazo. Ayudar a la familia a entender el impacto de la psicosis en todos y cada uno de sus miembros así como su influencia en el curso de la misma. Promover una sensación de control sobre la experiencia (Addington; Collins; McCleery; Addington, 2005) (16).

Otros objetivos importantes serían: apoyarles a nivel emocional, ayudarles a establecer expectativas y objetivos realistas, entrenarles en formas adecuadas de interactuar con el paciente y enseñarles a crear un entorno estructurado y de bajo estrés, tratando de reducir al mínimo cualquier cambio en la rutina. En definitiva, dotarles de recursos para afrontar y controlar los problemas que caracterizan la situación por la que están pasando.

Finalmente, el hecho de facilitar el contacto con otras familias tras un primer brote puede evitar que se produzca aislamiento y fomenta el apoyo emocional (2; 17).

Expondremos a continuación el trabajo realizado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (en adelante CRPS) con un usuario que había sufrido un primer brote psicótico, y que ilustra los principios expuestos en las líneas anteriores.

Caso clínico

Datos biográfico-clínicos

Acude al CRPS desde el mes de junio de 2002. Tiene 17 años en el momento de la evaluación. El parto y desarrollo evolutivo fueron normales. Con un año el usuario sufre tres episodios de convulsiones febriles producidas por gastroenteritis que se resuelven sin complicaciones.

Vive con los padres en casa de la abuela materna en Madrid. A los dos años y medio acude a la escuela infantil durante tres meses y a los cuatro años comien-

za el colegio. trabajaban. D relacionaba p vecino que iba cuencia al usu za, aunque ni comienza a sa cuando todos narse con ello noche que po cuenta a nadie démico. Pasó CRPS le cuen lo expresa la tamiento psiqu dad, sobre todo al Instituto y También acud

Tiene el
acaba en el ai
mental «Save
páginas web y
ha trabajado.

El usuario materna que realizó la evaluación, la presentaron des para relacionar aspectos no v

bajo) como problemas para iniciar y mantener conversaciones con personas desconocidas. Esto ha provocado que nunca haya tenido una red estable. Además, muchas de las situaciones que desencadenaban los síntomas positivos eran precisamente situaciones sociales que el paciente no sabía resolver o no identificaba correctamente (por ejemplo, siempre que veía un grupo de chicos de su edad, pensaba que se estaban riendo de él).

En cuanto a las relaciones familiares, no se detectaron signos de criticismo u hostilidad en la familia. Existía una cierta sobreprotección de la madre, quizás debido a la edad y problemática del usuario. Éste dice confiar mucho en sus padres, sobre todo en su madre, a la que le cuenta todo. Cuando tiene alucinaciones en la calle su forma de resolverlo es correr a casa a contárselo a su madre. Parece que hay buenas relaciones de apoyo y confidencialidad por parte de todos, incluida la abuela. La encargada de poner límites a Rubén es su madre. Su padre se mantiene más periférico, sobre todo en lo que tiene que ver con la enfermedad. La familia realiza muchas actividades de ocio juntos (parque de atracciones, salidas al campo, etc.).

Conoce la ciudad, se mueve en transporte público con total autonomía. Es autónomo en el acceso a recursos. Sus hábitos de aseo, sueño y alimentación son adecuados y normalizados. Nunca ha consumido tóxicos. Identifica señales de ansiedad en contextos relacionados con dos situaciones: estar con otras personas y el Instituto. Dentro de éstas refiere: si va en autobús sin ser acompañado por su madre. Cuando se cruza por la calle con otras personas, aunque sea un sitio conocido. Cuando va a discotecas que ponen música «bakalao». Cualquier acercamiento al Instituto. La situación que define como más ansiógena es pasar al lado de chicos de su edad que se están riendo, sobre todo cuando está en el Instituto.

No se detectan conductas alteradas o problemáticas. Había presentado algún episodio de agresividad verbal y física en el contexto familiar, pero en el momento de la evaluación no había vuelto a presentar ninguno desde hacía tiempo. Sus capacidades básicas están totalmente conservadas, aunque sí presenta muchos efectos secundarios de la medicación que le producían ciertas dificultades cognitivas.

El «Plan Individualizado de Rehabilitación» que se estableció tras la evaluación fue el siguiente:

1. *Prevención de posibles crisis.*

- 1.1. Que aumente sus conocimientos sobre la enfermedad y las variables implicadas.
- 1.2. Que aprendan a detectar pródromos tanto él como su familia.
- 1.3. Que aprenda a controlar los episodios heteroagresivos.
- 1.4. Que tome la medicación de forma autónoma.

2. *Que adquirir la red social*

- 2.1. Disponer de una red social
- 2.2. Que se establezca una red social
- 2.3. Que se establezca una red social

3. *Integración social*

- 3.1. Que se establezca una red social
- 3.2. Que se establezca una red social
- 3.3. Que se establezca una red social

4. *Integración social*

- 4.1. Que se establezca una red social

En cuanto a la integración social, se ha establecido por áreas de intervención:

1. *Prevención de posibles crisis*

Aunque se ha establecido la necesidad de trabajar sobre la enfermedad, se ha informado de las distintas fases de la enfermedad-estrés, tratando de evitar una recaída.

No se ha establecido la necesidad de tratar el brote psicótico, ni se ha establecido la sintomatología que se ha diagnosticado en el paciente con la enfermedad funcional.

Los síntomas que se han establecido como principales son el diagnóstico de la enfermedad con la necesidad de tratarla para alcanzar un mejor control de los episodios de agresión y las escenas que lo rodean. Se ha establecido que lo que el paciente necesita es:

bajo) como problemas para iniciar y mantener conversaciones con personas desconocidas. Esto ha provocado que nunca haya tenido una red estable. Además, muchas de las situaciones que desencadenaban los síntomas positivos eran precisamente situaciones sociales que el paciente no sabía resolver o no identificaba correctamente (por ejemplo, siempre que veía un grupo de chicos de su edad, pensaba que se estaban riendo de él).

En cuanto a las relaciones familiares, no se detectaron signos de criticismo u hostilidad en la familia. Existía una cierta sobreprotección de la madre, quizá debido a la edad y problemática del usuario. Éste dice confiar mucho en sus padres, sobre todo en su madre, a la que le cuenta todo. Cuando tiene alucinaciones en la calle su forma de resolverlo es correr a casa a contárselo a su madre. Parece que hay buenas relaciones de apoyo y confidencialidad por parte de todos, incluida la abuela. La encargada de poner límites a Rubén es su madre. Su padre se mantiene más periférico, sobre todo en lo que tiene que ver con la enfermedad. La familia realiza muchas actividades de ocio juntos (parque de atracciones, salidas al campo, etc.).

Conoce la ciudad, se mueve en transporte público con total autonomía. Es autónomo en el acceso a recursos. Sus hábitos de aseo, sueño y alimentación son adecuados y normalizados. Nunca ha consumido tóxicos. Identifica señales de ansiedad en contextos relacionados con dos situaciones: estar con otras personas y el Instituto. Dentro de éstas refiere: si va en autobús sin ser acompañado por su madre. Cuando se cruza por la calle con otras personas, aunque sea un sitio conocido. Cuando va a discotecas que ponen música «bakalao». Cualquier acercamiento al Instituto. La situación que define como más ansiógena es pasar al lado de chicos de su edad que se están riendo, sobre todo cuando está en el Instituto.

No se detectan conductas alteradas o problemáticas. Había presentado algún episodio de agresividad verbal y física en el contexto familiar, pero en el momento de la evaluación no había vuelto a presentar ninguno desde hacía tiempo. Sus capacidades básicas están totalmente conservadas, aunque sí presenta muchos efectos secundarios de la medicación que le producían ciertas dificultades cognitivas.

El «Plan Individualizado de Rehabilitación» que se estableció tras la evaluación fue el siguiente:

1. *Prevención de posibles crisis.*

- 1.1. Que aumente sus conocimientos sobre la enfermedad y las variables implicadas.
 - 1.2. Que aprendan a detectar pródromos tanto él como su familia.
 - 1.3. Que aprenda a controlar los episodios heteroagresivos.
 - 1.4. Que tome la medicación de forma autónoma.

2. *Que adquirir la red*

- 2.1. Diss
- 2.2. Que
- 2.3. Que

3 Integració

- 3.1. Que
- 3.2. Que
- 3.3. Que

4 Integració

4.1. Que

En cuanto
dido por áreas

1. *Prevención*

Aunque sobre la enfer
le informó de
distintos s

distintas fases
dad-estrés, tra-
car una recaíd-

Los síntomas
dujo el diagnó-
miento con CFS
alcanzar un m-
episodios de a-
escenas que le
lo que el pacien-

En un primer momento se intervino sobre estos episodios mediante registros para identificar estímulos antecedentes de tales episodios, que consistían habitualmente en situaciones que le provocaban ansiedad, como ir en autobús o pasar al lado de un grupo de chicos de su edad, o en situaciones en los que se encontraba aislado, como cuando pasaba mucho tiempo en su habitación. Estos episodios iban seguidos habitualmente de conductas de evitación consistentes en salir corriendo en busca de su madre, incluso cuando ésta se encontraba fuera de casa, o de solicitar a su psiquiatra aumentos del tratamiento antipsicótico o incluso el ingreso.

El control de estos síntomas se llevó a cabo inicialmente de tres maneras:

1. Identificación de estas experiencias como un síntoma de su enfermedad y entrenamiento para que pudiera reconocer que no tenían carácter real.
 2. Reestructuración cognitiva: se le pedía que buscara en el entorno evidencias que pudieran confirmar que lo que estaba viendo o escuchando era una alucinación.
 3. Resolución de problemas: una vez analizadas las evidencias que apoyaban la explicación de las alucinaciones como un síntoma, se le pedía que generara otras alternativas de respuesta a la situación diferentes a la del escape. Una de esas alternativas era permanecer en la situación y exponerse a la misma en vez de correr y buscar a su madre, hasta conseguir que la ansiedad fuese disminuyendo.

De esta manera y junto con el tratamiento farmacológico se consiguió que disminuyeran la frecuencia y la intensidad de estos episodios, aunque seguían presentes de manera muy compleja ante situaciones que le generaban ansiedad y que resultaban ser de índole interpersonal.

En una fase más avanzada de la intervención, se trabajó sobre la identificación, por parte del usuario, de situaciones cotidianas que le generaban malestar, sobre las emociones y pensamientos implicados y la relación entre dichas situaciones y la aparición de los síntomas, con el fin de que pudiera comprender el funcionamiento de los mismos y adoptar estrategias que evitaran su aparición. Se pudo poner de manifiesto que las situaciones que desencadenaban los síntomas estaban muy relacionadas con aspectos de índole interpersonal, en los que estaban implicados sentimientos y pensamientos de rechazo o miedo a no ser aceptado, desconfianza y minusvaloración.

En el momento actual, ha presentado de forma puntual algún episodio de ansiedad, sin componente alucinatorio o delirante, ante situaciones de estrés, como el examen de selectividad. El usuario plantea abiertamente situaciones que le generan malestar, el tipo de malestar que experimenta, y como afronta las mismas, bien manteniéndose en la situación aceptando que es inevitable experimentarla.

Sobre la oportunidad

DEBATES E INVESTIGACIONES

tar ansiedad e
resolución de

Por otro lado, la reducción generalizada del psiquiatra, lo que los síntomas tienen cuando tiene un aumento de la intensidad de tipo de problema, de las situaciones.

Precisamente
nados con el t

2. *Habilidades*

En este caso consideradas una vez más podrían considerarse

La intervención de situaciones amplia y estable

Para ello
sociales, con u
comunicación

Mediante iniciar y mantener en menor nivel de interacción personas de entre las tutorías y desempeño específico y a los miembros, se incluyendo han sido normalizados que se realizó en los duales de cada tutorías, en el desarrollo personales, resultando por su experiencia.

En un primer momento se intervino sobre estos episodios mediante registros para identificar estímulos antecedentes de tales episodios, que consistían habitualmente en situaciones que le provocaban ansiedad, como ir en autobús o pasar al lado de un grupo de chicos de su edad, o en situaciones en los que se encontraba aislado, como cuando pasaba mucho tiempo en su habitación. Estos episodios iban seguidos habitualmente de conductas de evitación consistentes en salir corriendo en busca de su madre, incluso cuando ésta se encontraba fuera de casa, o de solicitar a su psiquiatra aumentos del tratamiento antipsicótico o incluso el ingreso.

El control de estos síntomas se llevó a cabo inicialmente de tres maneras:

1. Identificación de estas experiencias como un síntoma de su enfermedad y entrenamiento para que pudiera reconocer que no tenían carácter real.
 2. Reestructuración cognitiva: se le pedía que buscara en el entorno evidencias que pudieran confirmar que lo que estaba viendo o escuchando era una alucinación.
 3. Resolución de problemas: una vez analizadas las evidencias que apoyaban la explicación de las alucinaciones como un síntoma, se le pedía que generara otras alternativas de respuesta a la situación diferentes a la del escape. Una de esas alternativas era permanecer en la situación y exponerse a la misma en vez de correr y buscar a su madre, hasta conseguir que la ansiedad fuese disminuyendo.

De esta manera y junto con el tratamiento farmacológico se consiguió que disminuyeran la frecuencia y la intensidad de estos episodios, aunque seguían presentes de manera muy compleja ante situaciones que le generaban ansiedad y que resultaban ser de índole interpersonal.

En una fase más avanzada de la intervención, se trabajó sobre la identificación, por parte del usuario, de situaciones cotidianas que le generaban malestar, sobre las emociones y pensamientos implicados y la relación entre dichas situaciones y la aparición de los síntomas, con el fin de que pudiera comprender el funcionamiento de los mismos y adoptar estrategias que evitaran su aparición. Se pudo poner de manifiesto que las situaciones que desencadenaban los síntomas estaban muy relacionadas con aspectos de índole interpersonal, en los que estaban implicados sentimientos y pensamientos de rechazo o miedo a no ser aceptado, desconfianza y minusvaloración.

En el momento actual, ha presentado de forma puntual algún episodio de ansiedad, sin componente alucinatorio o delirante, ante situaciones de estrés, como el examen de selectividad. El usuario plantea abiertamente situaciones que le generan malestar, el tipo de malestar que experimenta, y como afronta las mismas, bien manteniéndose en la situación aceptando que es inevitable experimentarla y sentirse ansioso.

Sobre la oportunidad
DEBATES E INVESTIGACIONES

tar ansiedad e
resolución de

Por otro la reducción g psiquiatra, lo que los sínto n en cuando t aumento de la tipo de proble de las situaci

Precisamente
nados con el fin

2. *Habilidades*

En este caso consideradas una vez más podrían d

La intervención de situaciones amplia y estable

Para ello
sociales, con u
comunicación

Mediante iniciar y mantener en menor nivel de interacción personas de entre las tutorías y desempeño específico y a los miembros, se incluyendo han normalizados que se realizó en los duales de cada tutorías, en el desarrollo personales, resultando por su experiencia.

abusos por parte de compañeros de clase y vecinos del barrio. El objetivo consistía en que pudiera elegir o mostrarse en disposición de tener otro tipo de experiencias con iguales.

De esta manera, en el momento actual, el usuario mantiene un buen nivel de competencia social, incluyendo capacidades asertivas tales como resolver problemas interpersonales, pedir cambios, hacer críticas, decir que no, y expresar emociones tanto positivas como negativas en sus relaciones. Expresa abiertamente que ha recuperado la confianza en sí mismo y en los demás, que su miedo a relacionarse proviene de las experiencias de abuso que sufrió en el pasado, y que esas experiencias ya no condicionan su disposición a relacionarse con otros chicos y chicas de su edad.

Asimismo, ha aumentado su red social, tanto a través del Centro de Rehabilitación Psicosocial, donde mantiene amistad desde hace varios años con varios chicos, como fuera del mismo, en el Instituto y en la Universidad, mostrándose abierto a cualquier tipo de relación social. En conexión con este punto, resulta llamativo el cambio en su aspecto personal, que en un principio era bastante llamativo (ropas muy oscuras, caminar encorvado y arrastrando los pies, cabeza agachada) para pasar posteriormente a usar prendas de vestir de otros colores, caminar más erguido, no agachar la cabeza y disminuir en gran medida su rigidez corporal.

3. *Control de la ansiedad*

El paciente presentaba ansiedad, como ya se ha señalado, ante varias situaciones, siendo la ansiedad máxima en aquellas que implicaban estar con otras personas de su edad o estar en el instituto. El control de la ansiedad se trabajó en grupo mediante el entrenamiento en respiración abdominal y en autoinstrucciones positivas. Él refiere que el aprendizaje de estas técnicas le ha resultado útil para disminuir el nivel de ansiedad en los períodos de exámenes y para afrontar mejor las situaciones sociales. El afrontamiento de la ansiedad, unido a la mejora de sus habilidades sociales y la puesta en práctica de las mismas en numerosas y variadas situaciones reales estarían estrechamente interrelacionadas y serían las responsables de los logros mencionados anteriormente.

4. *Integración comunitaria*

La integración comunitaria del paciente era muy pobre. Conocía pocos sitios y recursos de su ciudad y había dejado de ir al instituto, aunque una profesora par-

ticular le daba clases y su área se diseñó para grupos. El

El primer año se estaban bastante bien y se encontrarse en la

Posteriormente los contenidos estaban cambiando, incluyendo un avance en la enseñanza de las ciencias con una programación horario de tardes y de tarde noche en su intersección con el Bachillerato. A pesar de que el paciente por el momento no acudía a las clases, no acudía a la escuela para seguir una integración social, en el sentido de las metas personales y profesionales, la licenciatura, el trabajo, el hecho de haber cursado la licenciatura se ve capaz de integrar las materias que se cursan.

Por otro lado, el paciente se integró a través de la actividad social para salir de la ciudad en viaje, tanto de vacaciones como de parte del centro de día.

5. *Intervención*

Los padres de paciente se ocurría a su hijo que se integró a la vida social incluyéndolo en las actividades de la familia.

abusos por parte de compañeros de clase y vecinos del barrio. El objetivo consistía en que pudiera elegir o mostrarse en disposición de tener otro tipo de experiencias con iguales.

De esta manera, en el momento actual, el usuario mantiene un buen nivel de competencia social, incluyendo capacidades asertivas tales como resolver problemas interpersonales, pedir cambios, hacer críticas, decir que no, y expresar emociones tanto positivas como negativas en sus relaciones. Expresa abiertamente que ha recuperado la confianza en sí mismo y en los demás, que su miedo a relacionarse proviene de las experiencias de abuso que sufrió en el pasado, y que esas experiencias ya no condicionan su disposición a relacionarse con otros chicos y chicas de su edad.

Asimismo, ha aumentado su red social, tanto a través del Centro de Rehabilitación Psicosocial, donde mantiene amistad desde hace varios años con varios chicos, como fuera del mismo, en el Instituto y en la Universidad, mostrándose abierto a cualquier tipo de relación social. En conexión con este punto, resulta llamativo el cambio en su aspecto personal, que en un principio era bastante llamativo (ropas muy oscuras, caminar encorvado y arrastrando los pies, cabeza agachada) para pasar posteriormente a usar prendas de vestir de otros colores, caminar más erguido, no agachar la cabeza y disminuir en gran medida su rigidez corporal.

3. *Control de la ansiedad*

El paciente presentaba ansiedad, como ya se ha señalado, ante varias situaciones, siendo la ansiedad máxima en aquellas que implicaban estar con otras personas de su edad o estar en el instituto. El control de la ansiedad se trabajó en grupo mediante el entrenamiento en respiración abdominal y en autoinstrucciones positivas. Él refiere que el aprendizaje de estas técnicas le ha resultado útil para disminuir el nivel de ansiedad en los períodos de exámenes y para afrontar mejor las situaciones sociales. El afrontamiento de la ansiedad, unido a la mejora de sus habilidades sociales y la puesta en práctica de las mismas en numerosas y variadas situaciones reales estarían estrechamente interrelacionadas y serían las responsables de los logros mencionados anteriormente.

4. *Integración comunitaria*

La integración comunitaria del paciente era muy pobre. Conocía pocos sitios y recursos de su ciudad y había dejado de ir al instituto, aunque una profesora par-

ticular le daba clases y su área se diseñó para grupos. El

El primer año se estaban bastante bien y se encontrarse en la

Posteriormente los contenidos estaban mejorando un avance constante en la enseñanza y las sesiones con una mayor duración y horario de tardes. Se pasaba más tiempo en su interacción con los profesores de Bachillerato. A pesar de que se cansaba por el número de asignaturas, no acudía a la escuela para seguir una formación social, en el único caso de que las metas personales fueran cumplidas, la licenciatura en Derecho de haber cursado la licenciatura en Derecho. Se ve capaz de integrar las asignaturas que se cursan y se han cursado.

Por otro lado, el paciente se integró a través de la actividad deportiva que realizó para salir de la ciudad en el viaje, tanto de la parte del centro como de la parte del sur.

5. *Intervención y perspectiva*

Los padres de paciente se quejaban de que ocurría a su hijo lo mismo que a su hermano, incluyéndolos en la familia.

Otro de los objetivos consistía en que pudieran mejorar el manejo de situaciones problemáticas que se podían producir en casa. Finalmente, también se pretendía que la familia promoviera la independencia del usuario. En el momento actual, la madre tiene un conocimiento adecuado de la enfermedad de su hijo. Además, ha disminuido el nivel de estrés en su casa y no parecen existir dificultades para manejar cualquier situación problemática derivada de la enfermedad. Por otro lado, el padre se ha mantenido al margen de la intervención, a pesar de la necesidad que siempre manifestaron el usuario y su madre con respecto a que también se interesara por conocer la problemática de su hijo. Por ello, al no ser posible trabajar con el padre, y siendo éste un punto importante para el usuario, se han ido trabajando con él las situaciones problemáticas que han ido surgiendo derivadas del desconocimiento del padre de la enfermedad. En definitiva, en la actualidad, el funcionamiento del usuario en su casa no difiere del de cualquier otro chico de su edad, y de la relación con sus padres podría decirse exactamente lo mismo.

Consideraciones finales sobre el caso

Muy al contrario de lo que suele ser habitual, el usuario aceptó desde un primer momento el diagnóstico de esquizofrenia, posiblemente porque por fin encontraba una explicación válida a todos los fenómenos sensoperceptivos que había estado experimentando desde hacía tiempo, y que le habían resultado muy angustiosos y atemorizantes. Por ello, desde un primer momento se mostró muy receptivo a toda la información sobre la enfermedad y las variables implicadas. El conocimiento de los síntomas, por otro lado, facilitó que dejara de otorgarle un carácter real a las alucinaciones tan complejas que sufría y facilitó que adoptara estrategias de afrontamiento más activas y distintas a la evitación o a la búsqueda de protección materna.

Asimismo, esto se reflejaba, también de forma poco habitual, en un temor importante a que su psiquiatra le redujera las dosis de medicación neuroléptica, temor que posteriormente, a medida que iba logrando sus objetivos y por tanto contaba con otros recursos de afrontamiento de situaciones problemáticas de distinta índole, se fue reduciendo, hasta llegar a desaparecer dicho temor e incluso plantearse que quizás otros fármacos de acción más ansiolítica le pudieran resultar efectivos para afrontar situaciones de alto estrés.

Posteriormente, la necesidad de explicar su malestar exclusivamente mediante la enfermedad se fue complementando, primeramente, y reduciendo, después, con una explicación más normalizada del efecto que tenían las situaciones que le

generaban estímulos relevantes de su vida, de su identidad y de su saludable desarrollo.

En relación con el desarrollo, comenzó a retrasarse en su edad, pero a mayor edad comenzó a crecer de forma paulatina y progresivamente normalizadas, hasta alcanzar una edad que cualquier otro chico de su edad podía suponer.

Todo esto se debió a que las necesidades cada vez más complejas que el chico tiene e incluso llega a tener que superar profesionales y familiares que se encargan al conllevarlo.

Para terminar, se resaltan las necesidades, opiniones y sentimientos que a veces en contraste con las necesidades que se inicia, como es el caso de la adolescencia.

Conclusiones

Tradicionales en la terapia de la esquizofrenia, el paciente que se describió había sido atendido en un centro de salud mental que ofrecía una asistencia intensiva y especializada en los primeros momentos de la enfermedad, con mayor deterioro y menor afrontamiento social en estas etapas.

Considerando que el paciente se encontraba en el lugar más apropiado para su tratamiento, las prácticas terapéuticas, ajustadas a su situación, normalmente se iniciaron con el paciente, empezando a tratar las necesidades y las estrategias individuales.

Otro de los objetivos consistía en que pudieran mejorar el manejo de situaciones problemáticas que se podían producir en casa. Finalmente, también se pretendía que la familia promoviera la independencia del usuario. En el momento actual, la madre tiene un conocimiento adecuado de la enfermedad de su hijo. Además, ha disminuido el nivel de estrés en su casa y no parecen existir dificultades para manejar cualquier situación problemática derivada de la enfermedad. Por otro lado, el padre se ha mantenido al margen de la intervención, a pesar de la necesidad que siempre manifestaron el usuario y su madre con respecto a que también se interesara por conocer la problemática de su hijo. Por ello, al no ser posible trabajar con el padre, y siendo éste un punto importante para el usuario, se han ido trabajando con él las situaciones problemáticas que han ido surgiendo derivadas del desconocimiento del padre de la enfermedad. En definitiva, en la actualidad, el funcionamiento del usuario en su casa no difiere del de cualquier otro chico de su edad, y de la relación con sus padres podría decirse exactamente lo mismo.

Consideraciones finales sobre el caso

Muy al contrario de lo que suele ser habitual, el usuario aceptó desde un primer momento el diagnóstico de esquizofrenia, posiblemente porque por fin encontraba una explicación válida a todos los fenómenos sensoperceptivos que había estado experimentando desde hacía tiempo, y que le habían resultado muy angustiosos y atemorizantes. Por ello, desde un primer momento se mostró muy receptivo a toda la información sobre la enfermedad y las variables implicadas. El conocimiento de los síntomas, por otro lado, facilitó que dejara de otorgarle un carácter real a las alucinaciones tan complejas que sufría y facilitó que adoptara estrategias de afrontamiento más activas y distintas a la evitación o a la búsqueda de protección materna.

Asimismo, esto se reflejaba, también de forma poco habitual, en un temor importante a que su psiquiatra le redujera las dosis de medicación neuroléptica, temor que posteriormente, a medida que iba logrando sus objetivos y por tanto contaba con otros recursos de afrontamiento de situaciones problemáticas de distinta índole, se fue reduciendo, hasta llegar a desaparecer dicho temor e incluso plantearse que quizás otros fármacos de acción más ansiolítica le pudieran resultar efectivos para afrontar situaciones de alto estrés.

Posteriormente, la necesidad de explicar su malestar exclusivamente mediante la enfermedad se fue complementando, primeramente, y reduciendo, después, con una explicación más normalizada del efecto que tenían las situaciones que le

generaban estímulos relevantes de su vida, de su identidad y de su saludable desarrollo.

En relación con el desarrollo, comenzó a retrasarse en su edad, pero a mayor edad comenzó a crecer de forma paulatina y progresivamente normalizadas, hasta alcanzar una edad que cualquier otro chico de su edad podía suponer.

Todo esto se debió a que las necesidades cada vez más complejas que el chico tiene e incluso llega a tener que superar profesionales y familiares que se encargan al conllevarlo.

Para terminar, se resaltan las necesidades, opiniones y sentimientos que a veces en contraste con las necesidades que se inicia, como es el caso de la adolescencia.

Conclusiones

Tradicionales en la terapia de la esquizofrenia, el paciente que se describió había sido atendido en un centro de salud mental que ofrecía una asistencia intensiva y especializada en los primeros momentos de la enfermedad, con mayor deterioro y menor afrontamiento social en estas etapas.

Considerando que el paciente se encontraba en el lugar más apropiado para su tratamiento, las prácticas terapéuticas, ajustadas a su situación, normalmente se iniciaron con el paciente, empezando a tratar las necesidades y las estrategias individuales.

Los objetivos generales de la rehabilitación psicosocial (favorecer la recuperación, apoyar la integración social, fomentar la normalización y la autonomía, etc.) son compatibles con las necesidades que presentan las personas que acaban de recibir un diagnóstico de psicosis. Además, tal y como planteamos en la introducción de este artículo, los dos o tres primeros años de evolución de la enfermedad son especialmente sensibles a este tipo de intervenciones.

Así, según Vallina (2003) (17), habiéndose obtenido datos que favorecen la viabilidad de los procedimientos de la intervención temprana en entornos asistenciales públicos de la red sanitaria, estaríamos ante una nueva visión de la rehabilitación, donde ya no se trata de esperar estados residuales de la enfermedad para intervenir, sino de implantar tales procedimientos desde los momentos iniciales de la patología y romper de ese modo la falsa dicotomía denunciada por Shepherd (1998) (18) entre tratamiento y rehabilitación. Se trataría, en definitiva, de promover una óptica rehabilitadora a lo largo de todo el curso de la enfermedad, situando en sus primeras fases el momento del inicio de un proceso de rehabilitación que deberá acompañar a la persona a lo largo de su trayectoria vital intensificando o atenuando su intensidad en función del propio devenir individual y de los distintos avances científicos que están por llegar en relación con el tema que nos ocupa (17).

Este caso refleja la rentabilidad de la intervención psicosocial temprana desde un dispositivo de tercer nivel, como es un CRPS, para la recuperación de una persona recientemente afectada de psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BIRCHWOOD, M.; TODD, P.; JACKSON, C., «Early Intervention in Psychosis. The Critical Period Hypothesis», *British Journal of Psychiatry*, 1998 (supl.172), pp. 53-59.

(2) VALLINA, O., y otros, «Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis», *Apuntes de Psicología*, 2006, 24, 1-3, pp. 185-221.

(3) HENRY, L. P., y otros, «Cognitively Oriented Psychotherapy for First-Episode Psychosis (COPE): a Practitioner's Manual», *Manual 4 in a Series of Early Psychosis Manuals*, 2002, Melbourne, EPPIC.

(4) HERRMANN-DOIG, T.; MAUDE, D.; EDWARDS, J., *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis*, Londres, Martin Dunitz, 2003.

(5) McGORRY, P. D., y otros, «EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 305-326.

(6) BIRCHWOOD, M., «Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido» en VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.; CRESPO, V.; HERRÁN, A. (eds.), *Las fases tempranas de la psicosis*, Barcelona, Masson, 2005, pp. 145-159.

(7) LARSEN, T. K., y otros, «Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, pp. 1.917-1.919.

Sobre la oportunidad

(8) ADDING
to an Early Psych

(9) PETERS
Trial», *British Jo*
(10) MAGI

(10) MACI
Psychosis: Role
Journal of Psych

(11) ALBIS
from Early Psych.

(12) LAHE
gran oportunidad
19 pp. 30-36.

(13) LIBER
Martínez Roca, 1

(14) RODRÍGUEZ,
crónicos, Madrid

(15) ADDITIONAL REFERENCES
GLEESON, J.; MURRAY, J. *Handbook*, Chicago, 1928.

(16) ADDI
Research, 2005,
(17) II

(17) VALL

(18) SHEPP
Internacional Cl

* Isabel Balde

de Rehabilitación
Exter, S.A;

Psicosocial
Clínico. Dir
Gutiér. Tá

Gestión Téc
tal grave y
Madrid

Correspondencia
de Madrid.

619128686.
** Fecha de re

Los objetivos generales de la rehabilitación psicosocial (favorecer la recuperación, apoyar la integración social, fomentar la normalización y la autonomía, etc.) son compatibles con las necesidades que presentan las personas que acaban de recibir un diagnóstico de psicosis. Además, tal y como planteamos en la introducción de este artículo, los dos o tres primeros años de evolución de la enfermedad son especialmente sensibles a este tipo de intervenciones.

Así, según Vallina (2003) (17), habiéndose obtenido datos que favorecen la viabilidad de los procedimientos de la intervención temprana en entornos asistenciales públicos de la red sanitaria, estaríamos ante una nueva visión de la rehabilitación, donde ya no se trata de esperar estados residuales de la enfermedad para intervenir, sino de implantar tales procedimientos desde los momentos iniciales de la patología y romper de ese modo la falsa dicotomía denunciada por Shepherd (1998) (18) entre tratamiento y rehabilitación. Se trataría, en definitiva, de promover una óptica rehabilitadora a lo largo de todo el curso de la enfermedad, situando en sus primeras fases el momento del inicio de un proceso de rehabilitación que deberá acompañar a la persona a lo largo de su trayectoria vital intensificando o atenuando su intensidad en función del propio devenir individual y de los distintos avances científicos que están por llegar en relación con el tema que nos ocupa (17).

Este caso refleja la rentabilidad de la intervención psicosocial temprana desde un dispositivo de tercer nivel, como es un CRPS, para la recuperación de una persona recientemente afectada de psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BIRCHWOOD, M.; TODD, P.; JACKSON, C., «Early Intervention in Psychosis. The Critical Period Hypothesis», *British Journal of Psychiatry*, 1998 (supl.172), pp. 53-59.
- (2) VALLINA, O., y otros, «Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis», *Apuntes de Psicología*, 2006, 24, 1-3, pp. 185-221.
- (3) HENRY, L. P., y otros, «Cognitively Oriented Psychotherapy for First-Episode Psychosis (COPE): a Practitioner's Manual», *Manual 4 in a Series of Early Psychosis Manuals*, 2002, Melbourne, EPPIC.
- (4) HERRMANN-DOIG, T.; MAUDE, D.; EDWARDS, J., *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis*, Londres, Martin Dunitz, 2003.
- (5) MCGORRY, P. D., y otros, «EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 305-326.
- (6) BIRCHWOOD, M., «Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido» en VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.; CRESPO, V.; HERRÁN, A. (eds.), *Las fases tempranas de la psicosis*, Barcelona, Masson, 2005, pp. 145-159.
- (7) LARSEN, T. K., y otros, «Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, pp. 1.917-1.919.

- (8) ADDINSALL, C., «Intervening Early in Psychosis», *Psychosis: Role of Early Intervention*, London, 1998.
- (9) PETERS, A., «The Early Psychosis Project: A Randomized Controlled Trial», *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175, 332-338.
- (10) MACLEOD, C., «The Early Psychosis Project: Role of Early Intervention», *Journal of Psychopharmacology*, 2000, 14, 271-278.
- (11) ALBIS, J., «Intervención temprana en psicosis», *Revista de la Asociación de Psicólogos de la Comunidad de Madrid*, 2005, 19, pp. 30-36.
- (12) LAHEY, M. B., «The Early Psychosis Project: A New Opportunity for Psychosis Research», *Journal of Psychopharmacology*, 2001, 15, 291-298.
- (13) LIBERSON, A., «Intervención temprana en psicosis», *Revista de la Asociación de Psicólogos de la Comunidad de Madrid*, 2005, 19, pp. 30-36.
- (14) RODRÍGUEZ, J., «Intervención temprana en psicosis», *Revista de la Asociación de Psicólogos de la Comunidad de Madrid*, 2005, 19, pp. 30-36.
- (15) ADDINSALL, C., «Intervening Early in Psychosis», *Psychosis: Role of Early Intervention*, London, 1998.
- (16) ADDINSALL, C., «Intervening Early in Psychosis», *Psychosis: Role of Early Intervention*, London, 1998.
- (17) VALLINA, O., «Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis», *Apuntes de Psicología*, 2006, 24, 1-3, pp. 185-221.
- (18) SHEPPARD, S., «Intervención temprana en psicosis», *Revista de la Asociación de Psicólogos de la Comunidad de Madrid*, 2005, 19, pp. 30-36.

* Isabel Baldor, Psicóloga, licenciada en Psicología por la Universidad de Exeter, S.A.; especializada en Psicosocial y en Psicología Clínica. Directora del Servicio de Atención a la Salud Mental en el Hospital Universitario de Henares. Corresponde a la dirección: Ctra. de la Universidad, 1. 28871 Alcala de Henares. C. Tel. 91 619128686. E-mail: isabel.baldor@alcala.es

** Fecha de recepción: 20/03/2007