

El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia

Communication with schizophrenia patients

Beatriz López Padilla^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 15/10/2013 – Fecha de aceptación: 14/06/2014

Resumen

El principal objetivo del artículo ha sido ampliar el conocimiento sobre las afectaciones y dificultades en la comunicación que presentan las personas con esquizofrenia, de este modo, se podría mejorar el proceso comunicativo entre los profesionales sanitarios y los pacientes afectados mediante una comprensión mutua. La metodología utilizada, consistió en la realización de un estudio descriptivo simple, en el que se realizó una revisión bibliográfica sistemática, en el metabuscador de la Universidad de Almería, sobre artículos recientes relacionados con las habilidades comunicativas de los pacientes esquizofrénicos. Los resultados evidenciaron una significativa diferencia entre el habla normal y la de este tipo de pacientes, que se descubrió más distorsionada, desorganizada y con unos rasgos lingüísticos característicos propios. De este modo, se concluyó que si se profundiza el conocimiento sobre el proceso comunicativo en la esquizofrenia, se podría ofrecer una mejor relación terapéutica enfermera-paciente basada en la comprensión mutua para superar las barreras presentes. También se vislumbró que el rol de enfermería es imprescindible para éstos enfermos, y que la actuación profesional debería ampliarse al ámbito familiar si se quieren conseguir mejores resultados.

Palabras clave: Barreras de la comunicación, Comunicación, Enfermería, Esquizofrenia, Habla, Relación enfermera-paciente.

Abstract

The main purpose of the article has been increasing the knowledge about the affectations and difficulties in communication shown by people with schizophrenia. Thereby we could improve the communication process between sanitary professionals and affected patients through mutual understanding. The methodology was a simple descriptive study consisting in a systematic literature review in the metasearch of the university of Almería about recent articles related by the communicative skills of schizophrenic patients. The results shown a significant difference between normal talk and the talk of this kind of patients which is distorted, disorganized and has his own linguistic features. We concluded that if we had a deeper knowledge about schizophrenia communication process we could offer a better therapeutic nurse-patient relationship based on a mutual understanding to overcome the present barriers. We also discovered that nursing role is vital for these patients furthermore the professional performance should be extended to the family environment if we want to achieve better results. **Key words:** Communication, Communication barriers, Nurse-patient relationship, Nursing, Talk, Schizophrenia.

*Correspondencia: swordhar@gmail.com

Introducción

Desde siempre las personas con enfermedades mentales han estado altamente estigmatizadas. No es de extrañar, que hasta incluso hoy en día la sociedad produzca rechazo o evitación ante personas con esta clase de patología.

El problema es evidente; no sólo se produce un problema comunicativo a nivel del paciente debido a sus procesos mentales desorganizados, sino que también presenta temor a comunicar su enfermedad públicamente por miedo al rechazo o exclusión de su entorno cercano. Si no se conocen las particularidades comunicativas de estos pacientes no se puede lograr una comunicación eficaz, lo cual les genera una necesidad insatisfecha; “la necesidad de ser comprendidos”.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al 1 % de la población mundial, con independencia de la raza y la clase económica o social a la que pertenezcan. Con frecuencia comienza a manifestarse en la adolescencia y suele producir un aislamiento social, caracterizado por conductas extravagantes y cuyo diagnóstico cambia totalmente la vida de las personas (Salavera, Puyuelo & Serrano, 2011).

El informe sobre la salud en el mundo, presentado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard se afirma que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una *Carga Mundial de Enfermedad*, debido al resultado obtenido al valorar los “Años de Vida Perdidos Ajustados en función a Discapacidad”. Éste informe la coloca en cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes y entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años (Sifuentes-Contreras, Sosa-Gil, Jaimez-Manzanillo, 2011).

Hay que aclarar que, la esquizofrenia, al igual que otros trastornos de la personalidad y estado de ánimo, suele asociarse una serie de alteraciones en:

- Lenguaje: provocando una serie de peculiaridades que caracterizan “el habla esquizofrénica”
- Memoria del trabajo: entendida como las estructuras y procesos utilizados para el almacenamiento temporal y manipulación de la información.
- Función ejecutiva: definida como el conjunto de procesos de control que permiten a la persona ajustar y regular su procesamiento mental y conductual a las diferentes situaciones para adaptarse (Cadavid Ruiz, 2008).
- Memoria episódica: la que contiene la información sobre experiencias en momentos concretos.

También debemos destacar uno de sus síntomas más llamativo “la irregularidad del pensamiento”, de ella derivan modelos mentales ilógicos y confusos que dan como resultado un lenguaje absurdo o de difícil comprensión que dificulta la comunicación. Estas limitaciones en funciones psicológicas tales como: la autorreflexión, la capacidad de autocorregir malinterpretaciones y responder a la retroalimentación correctiva de otros, facilitan la formulación de ideas disfuncionales e impiden el desarrollo de habilidades interpersonales. Tales desórdenes del pensamiento se aprecian en el lenguaje anormal de los pacientes, caracterizado por un habla distraída, perseverante, con ecolalia, neologismos y bloqueos, en la que hay una ausencia de asociación, coherencia y metas comunicativas (Hernández Jaramillo, 2008).

A toda esta problemática, se suma la dificultad del abordaje de la patología, puesto que muchas veces los profesionales no tienen la formación y experiencia necesarias para manejar a pacientes de estas características. En un estudio sobre las implicaciones terapéuticas en los factores asociados a la emoción expresada familiar en esquizofrenia (García Ramos, Moreno Pérez, Freund Llovera & Lahera Forteza, 2012) se pone de manifiesto que incluso los profesionales bien formados y acostumbrados a tratar a pacientes con esquizofrenia reconocen la dificultad que supone hacer frente a una enfermedad que priva al individuo de su juicio y autonomía, generando sentimientos de impotencia y frustración incluso en los profesionales conscientes de las barreras existentes a la hora de empatizar y comprender tanto las experiencias vitales como sus limitaciones, para así llegar a acuerdos que favorezcan una evolución positiva de la enfermedad.

Un antiguo estudio sobre la emoción expresada en la esquizofrenia (Nuechterlein, Snyder, Dawson, Rappe, Gitlin & Fogelson, 1986) comienza a evidenciar que aunque la medicación juega un importante papel en la prevención de las recaídas, no basta como único elemento para ofrecerle protección frente al impacto de las relaciones interpersonales estresantes. Esto nos hace ver que una comunicación y relación adecuada con el paciente es a veces incluso más efectiva que el propio tratamiento, ya que por sí solo, el tratamiento no da respuesta a toda la problemática de la enfermedad.

La evolución del trastorno depende de la recurrencia y persistencia de los síntomas, Los aspectos más decisivos que influyen en ella de forma positiva son la ayuda y calidad de las relaciones interpersonales disponibles en su entorno (Aznar Cabrerizo, Fleming, Watson & Narvaiza Solís, 2004). Los individuos afectados necesitan un cuidado integral en el que enfermería desempeña un papel imprescindible mediante la aplicación de un adecuado proceso comunicativo como pilar fundamental.

Al ser una patología crónica, el papel de la familia también adquiere importancia, ya que la convivencia puede ser favorecedora o perjudicial; por tanto, la labor profesional, en especial la de enfermería por ser el rol que más tiempo invierte con los pacientes, debe ser capaz de dar respuesta a los problemas que puedan surgir. Todo esto, hace que sea necesario profundizar el

nivel de conocimientos en las particularidades comunicativas de los pacientes con esquizofrenia para así lograr una comunicación más eficaz.

El modelo de sistemas de interacción propuesto por Imogene King, evidencia la importancia de la comunicación para la integración del individuo en la sociedad.

Es un modelo de integración mediante la interacción de tres sistemas: los individuos, los grupos y la sociedad. El objetivo del mismo, es la realización, mantenimiento o restauración de la salud para permitir que los pacientes logren obtener el máximo de posibilidades en su vida diaria y la puesta en práctica de sus roles sociales. La persona es por tanto, un todo unificado y complejo que percibe, piensa, desea, imagina, decide, identifica objetivos y selecciona los medios para lograrlos. La comunicación se convierte así en una herramienta clave para lograr ésa interacción social; en la que el paciente y la enfermera perciben y se comunican, creando así la acción que producirá las reacciones que harán posible fijar objetivos, explorar y ponerse de acuerdo sobre los medios para lograr la consecución de dichos objetivos. Pero no todo está exento de complicaciones, hay que saber percibir la dificultad del paciente frente a los factores que le preocupan y estresan, y establecer los objetivos adecuados mediante el proceso comunicativo (Kozier, Erb & Olivieri, 1993).

En conclusión, Imogene King propone la interacción social para obtener la mejor relación y resultados con el paciente; el medio para lograr dicha interacción es la comunicación, sin embargo, hay un desconocimiento general sobre las particularidades comunicativas en los pacientes con esquizofrenia que impiden llevar a cabo una comunicación eficaz que satisfaga la necesidad de ser comprendidos.

Por todo ello, los objetivos de este estudio son:

- Aumentar el marco de conocimientos generales sobre la esquizofrenia.
- Profundizar el conocimiento sobre la afectación de la esquizofrenia a las habilidades comunicativas y del pensamiento en el paciente con esquizofrenia para poder ofrecer una relación profesional de mayor calidad.
- Conocer la afectación de la esquizofrenia sobre la comunicación familiar.

Material y métodos

Para la obtención de la información se realizó un estudio descriptivo simple, basado en una revisión bibliográfica sistemática sobre artículos relacionados con los aspectos comunicativos en la esquizofrenia, de ese modo, se consiguieron agrupar los conocimientos más relevantes sobre sus particularidades comunicativas. Para localizar los artículos se hizo uso de tres buscadores integrados en el metabuscador de la biblioteca virtual de la Universidad de Almería "Almirez",

que es de libre acceso. También se hizo uso de la herramienta “Revistas electrónicas”, para acceder a los artículos de interés que estuvieran restringidos.

Cabe destacar que, aunque el acceso al metabuscador “Almirez” es libre, algunos de los recursos integrados, como el buscador Cuiden, así como las revistas electrónicas, requieren claves de acceso al campus, que se adquieren con la condición de ser alumno o docente de la misma universidad.

Las bases de datos seleccionadas fueron:

- Cuiden Plus: se localizaron en su tesoro las palabras clave “Esquizofrenia” y “Comunicación”, unidas por el operador lógico “AND”. Dio como resultado 44 documentos, por lo que se hizo una segunda criba para reducir la cantidad, cambiando la palabra clave “Comunicación” por “Comunicación con el paciente”, lo que arrojó 26 resultados. Para relacionar el concepto de esquizofrenia con la profesión enfermera, se realizó una búsqueda que incluyó las palabras clave “Esquizofrenia” y “Actuación de enfermería”, unidas por el operador lógico AND, dando como resultado 14 documentos.
- Lilacs: Se localizaron en su tesoro las palabras “Comunicación”, “Habla” y “Esquizofrenia”, y se unieron con los operadores lógicos “AND” y “OR”, resultando la siguiente ecuación de búsqueda: “Comunicación” OR “Habla” AND “Esquizofrenia”. Las palabras “Habla” y “Comunicación” se buscaron como palabras del resumen, mientras que esquizofrenia se estableció como palabra clave. La búsqueda arrojó 13 resultados.
- Pubmed: Se localizaron en Subheadings las palabras “Communication Barriers”, “Schizophrenia”, “Nurse-Patient relations” y “Communication” y se realizaron 2 búsquedas con el operador lógico “AND”. La primera ecuación de búsqueda fue: “Communication Barriers” AND “Schizophrenia”; se obtuvieron 14 resultados. Se realizó una segunda búsqueda para relacionar el concepto de esquizofrenia con el rol enfermero, con la ecuación: “Schizophrenia” AND “Nurse-Patient relations” AND “Communication”; se consiguieron 38 resultados de los cuales 18 estaban accesibles a texto completo.

De los resultados obtenidos, se seleccionaron los que cumplían los requisitos de ser posteriores a 2000 y estar relacionados con la temática a tratar y se excluyeron todos aquellos a los que no se tenía acceso al texto completo. También se utilizaron algunas referencias bibliográficas que constaban en los artículos consultados. Para localizarlas se consultó la base de revistas electrónicas que contiene la Universidad de Almería, en concreto, Elsevier revistas.

El único artículo anterior a éste periodo se seleccionó por aparecer como referencia en numerosas bibliografías consultadas.

Resultado y discusión

Mediante la revisión sistemática de numerosas bibliografías se logró dar respuesta a los objetivos mencionados anteriormente. Se comenzó a profundizar el conocimiento sobre la afectación al proceso comunicativo en la esquizofrenia; para ello se hizo una comparación entre los procesos cognitivos del habla normal y la característica habla desordenada de los pacientes esquizofrénicos.

Para el análisis del habla normal, se propuso el modelo de Levelt (Hernández Jaramillo, 2008), que organiza la producción del lenguaje oral en tres procesos:

- La conceptualización no lingüística: los tópicos que se expresan en un enunciado son seleccionados y presentados en un código preverbal o propósito.
- Formulación: constituye el enunciado en su forma lingüística. Tiene dos subprocesos integrados, que son la codificación gramatical o *lemma* (*selección adecuada de palabras*) con su ordenamiento sintáctico correspondiente y la codificación fonológica o elaboración de la estructura sonora de las palabras.
- Articulación: todos los elementos anteriores son traducidos por el sistema motor a una serie de movimientos que producen un habla audible.

En un proceso cognitivo y comunicativo normal se producen autocorrecciones de los errores en el lenguaje, es decir, se dispone de un mecanismo que verifica el correcto encadenamiento de la producción verbal. Esta detección puede efectuarse antes y después de que la articulación, lo que evidencia un monitoreo del lenguaje interno. El monitoreo del habla o proceso de control fluido del lenguaje oral, detecta y corrige los errores de producción como la desorganización de ideas, desviaciones de significado o contenido, selección de palabras lingüísticamente incorrectas, inadecuación sintáctica, fallos fonéticos y usos incorrectos del volumen de la voz y prosodia.

Mientras que por lo contrario, en sujetos con esquizofrenia se evidencia una organización anómala del lenguaje. Su proceso comunicativo presenta "Alteraciones formal del lenguaje" (Peña y Lillo, 2012), entendidas como un compromiso de la estructuración lógica y gramatical del habla, con independencia de las alteraciones del contenido del pensamiento como alucinaciones, delirios, etc. También hay que destacar la presencia de una "laxitud asociativa", que convierten el habla esquizofrénica en un discurso vago, confuso e incluso incoherente debido a la relajación de los vínculos lógicos del pensamiento a los que se asocian una serie de fenómenos, descritos por diferentes autores como Andreasen (Salavedra Bordás, Martínez Artiaga & Barcelona Labordeta, 2009). Las distorsiones en el lenguaje que enuncia son:

- Pobreza del discurso y su contenido
- Logorrea: habla rápida

- Discurso divergente: habla distraída, cambia de tema en respuesta a estímulos inmediatos.
- Discurso circunstancial: lenguaje prolijo en el que les cuesta separar lo esencial de lo accesorio.
- Discurso enfático
- Discurso autorreferencial: llevan el tema hacia ellos mismos aunque sea un tema neutro.
- Discurso tangencial: ofrecen respuestas irrelevantes.
- Descarrilamiento o fuga de ideas: falta de una conexión adecuada, las frases son correctas pero inconexas.
- Incoherencia, que origina que el lenguaje de esquizofrénicos sea una “ensalada de palabras”.
- Asonancia y alteración.
- Ecolalia: repetición en eco de palabras o frases del interlocutor.
- Estereotipias verbales: repetición de palabras fuera de contexto.
- llogismos
- Neologismos: vocablos inexistentes formados por unión o deformación de otros.
- Distorsión metonímica: designar vocablos con el nombre de otros vocablos que poseen un significado diferente aunque aproximado. Es un caso muy poco frecuente en el que el esquizofrénico adquiere un habla poética.
- Pérdida u olvido del tema principal.
- Lista de rasgos lingüísticos característicos en esquizofrenia según Chaika (Salavera et al, 2009):
- Neologismos de difícil interpretación.
- Farfulleo: ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones. El habla es errática y disrítica, con súbitos brotes espasmódicos que suelen implicar formas incorrectas en la construcción de frases.
- Preferencia por el uso del significado dominante de las palabras que tienen varios significados.
- Rimas y aliteraciones no relacionadas con el contenido del discurso.
- Emisión de palabras o frases asociadas a otras dichas con anterioridad pero que carecen de relevancia para el discurso.
- Repetición perseverante del uso inadecuado de palabras y morfemas.
- “Ensaladas de palabras” y alteraciones en la sintaxis, que afectan a la organización del discurso o las oraciones.
- Incapacidad para darse cuenta y/o corregir los errores lingüísticos cometidos.

Se sabe que el lenguaje es un elemento clave como herramienta diagnóstica (Durán & Figueroa, 2009), por eso es tan importante centrar la atención en él, sobretodo, en pacientes en los que adquiere una especial transcendencia en lo referente al proceso patológico y su evolución. Mediante la ampliación de los artículos de estudio, se vislumbró que la comunicación en

pacientes esquizofrénicos presentaba una evidente modificación de los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje.

Los aspectos semánticos del lenguaje están deteriorados aunque se conserva relativamente la sintaxis, debido a este motivo los pacientes tienen grandes dificultades cuando actúan como emisores proporcionando información, puesto que ofrecen unas descripciones inadecuadas a las necesidades del oyente como consecuencia sobretodo, del uso Excesivo de monólogos (Dificultan el encuentro de nexos de unión que den consistencia a la conversación) y de su discurso pobre (Su número de comentarios espontáneos es mínimo, lo que obliga al receptor a forzar constantemente la conversación para mantener la continuidad).

La pragmática es la disciplina que estudia el lenguaje en situación y al igual que la semántica, su uso erróneo compromete la eficiencia discursiva del hablante. El uso de estructuras gramaticales complejas impide que sean capaces de centrar su atención en las necesidades del receptor y no consideran el contexto, por lo que nuestras actuaciones se volverán ineficaces si utilizamos un elevado número de elementos verbales en la conversación. No usan ni comprenden la ironía, tienen que pedir aclaraciones sobre la conversación y muestran poca habilidad para seguir instrucciones verbales, corregir errores y expresar sentimientos o deseos (Salavera Bordas & Puyuelo Sanclemente, 2010).

Dentro de la pragmática se focalizó la atención en las peculiaridades de sus *aspectos paralingüísticos* (Salavera et al, 2009), pudiendo observar que:

- No utilizan un volumen de voz adecuado al interlocutor, su volumen es mínimo y desciende cuanto mayor es la longitud del mensaje.
- La entonación es plana y monótona, causando que el receptor pierda el interés puesto que no se produce un acompañamiento emocional al mensaje que ese está emitiendo.
- Su timbre de voz es muy agudo o muy grave.
- No hay fluidez ni continuidad en su discurso, se producen muchas pausas innecesarias e incómodas.
- La velocidad de su discurso presenta dos posibilidades que oscilan entre la logorrea y el habla extremadamente lenta, dependiendo de la tipología de la enfermedad y el grado de deterioro cognitivo.
- La claridad es confusa, puesto que hay que pedir continuas aclaraciones con respecto a sus neologismos empleados.
- Su tiempo de habla es corto y con grandes periodos de silencio.

Por otra parte, si analizamos los aspectos no verbales en la comunicación en esquizofrenia (Salavera et al, 2009), observamos que:

- Tienen una expresión facial carente de expresividad y elementos comunicativos; cuando muestran expresiones suelen ser negativas.

- Su mirada está perdida, no realizan contacto visual con el interlocutor, lo que genera una impresión negativa.
- Su sonrisa es inadecuada, con risas causadas por el delirio simultáneo al transcurso de la conversación.
- La postura presenta una acusada rigidez motora, con posiciones incómodas que dan una impresión de rechazo al que les habla.
- Carecen de orientación, no dirigen su cuerpo ni su mirada al interlocutor.
- Presentan extremos respecto a la distancia y contacto físico, que oscilan entre lo invasivo (ocupando el espacio vital del interlocutor en una distancia extremadamente próxima) y la lejanía (con un distanciamiento total y con continuas alusiones al receptor a larga distancia).
- Reflejan apatía mediante la inexistencia de gestos. Sus manos permanecen inmóviles y parecen estar más centrados en sus “voces internas” que en los que les comunican los emisores.
- Debido al compromiso de sus autocuidados pueden presentar una imagen desaliñada o deficitaria.
- Los refuerzos o gratificaciones a los demás son inexistentes y en caso de realizarlos, suelen ser fuera de lugar.

En resumen si analizamos los aspectos del habla en esquizofrénica afirmamos que las personas afectadas pueden utilizar el lenguaje de manera adecuada e incluso mantenerlo intacto, sin embargo son incapaces de comunicarse bien, porque no adaptan su habla al contexto ni al receptor. Todo ello contribuye a disminuir drásticamente su calidad de vida.

El proceso esquizofrénico está relacionado directamente con la actuación enfermera desde el momento en el que la enfermedad afecta a la vida diaria del paciente. En un estudio se propone el proceso de atención de enfermería en la atención domiciliaria de personas con esquizofrenia (Castaño Mora, Erazo Chávez & Piedrahita Sandoval. 2012). En él se pone de manifiesto el grado de afectación de la enfermedad a los patrones funcionales relacionados con la comunicación, de los que destacan:

- Patrón de rol-relaciones: Se evidencia un deterioro de la comunicación verbal relacionado con las barreras psicológicas presentes en la enfermedad que está manifestado por la dificultad para mantener un patrón de comunicación habitual. También se aprecia un deterioro de la interacción social relacionado con la alteración de los procesos del pensamiento y manifestado por una interacción social disfuncional. En resumen, el paciente tiene problemas a la hora de hablar, expresarse y relacionarse con los demás, por lo que la tendencia general suele ser al aislamiento.
- Patrón cognoscitivo-sensorial: Presenta alteración en los procesos del pensamiento manifestados por un pensamiento inadecuado que no está basado en la realidad.

Al analizarse los patrones afectados se pueden elaborar Diagnósticos y así realizar intervenciones personalizadas como el apoyo en la toma de decisiones, la escucha activa, la comunicación asertiva y el manejo de la conducta mediante actividades que amplíen la información y favorezcan la comprensión sobre la enfermedad mental.

Si bien es cierto que debido a la estigmatización social, generalmente los pacientes con esquizofrenia no suelen hablar sobre sus síntomas y sentimientos con respecto a la enfermedad, esta conducta cambia en el marco de una relación paciente-profesional. En cuanto a la expresión de sus síntomas, un estudio sobre las conversaciones y estudios analíticos en las consultas de pacientes psicóticos (McCabe, Heath, Burns & Priebe, 2002) expuso que numerosos pacientes buscaban activamente información durante la consulta médica acerca de la naturaleza de su enfermedad y una explicación de sus experiencias vividas. Cabe destacar que la comunicación de estos síntomas les resultaba muy complicada puesto que presentaban una gran dificultad a la hora de expresarse, debido en parte a la presencia de un proceso mental desorganizado. Sin embargo, el hallazgo más llamativo sobre el estudio fue la dificultad, expresada por los propios profesionales, e incluso la evitación a dar respuesta a las preguntas que les realizaban los pacientes; esto generaba un gran distanciamiento y un claro obstáculo en el proceso de comunicación.

La práctica afirmó que debemos proporcionar la oportunidad para que ellos manifiesten abiertamente sus sentimientos ante la vivencia de estos síntomas psicóticos y nosotros podamos facilitarles la información y el asesoramiento adecuado que provoca como resultado un aumento del cumplimiento del tratamiento y la satisfacción personal, así como una disminución de la carga emocional (McCabe et al., 2002)

Para concluir este apartado, se consideró de especial interés reflexionar sobre la importancia que adquiere la comunicación dentro del entorno familiar de este tipo de pacientes; ya que esta relación suele ser la que implique el empeoramiento y recaídas si no es adecuada.

En relación a la comunicación familiar (García Ramos et al., 2012), se destacó el concepto de “emoción expresada”, referido al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia. Una alta emoción expresada estaría caracterizada por unos altos niveles de criticismo, sobreimplicación emocional y hostilidad hacia el paciente esquizofrénico, lo que favorece una evolución negativa de su enfermedad. La alta emoción expresada también se asociaría a menores estrategias efectivas de afrontamiento familiar, menor conocimiento de la esquizofrenia, mayor ansiedad y sentimientos de miedo. Por el contrario, las familias con baja emoción expresada hacían más comentarios positivos, daban mayor soporte, apaciguaban los conflictos y no responsabilizaban ni culpaban a los pacientes de sus síntomas como si ellos pudieran controlarlos y lo hicieran a propósito.

Otros factores relacionados con la comunicación familiar que actúan como predictores de las recaídas son:

- El estilo afectivo familiar: referido al comportamiento emocional y verbal del familiar mientras interactúa con el paciente. Se considera negativo si durante 10 minutos de discusión al menos un familiar hace una crítica o comentario culpabilizador.
- La comunicación desviada familiar: referida al grado de ausencia de claridad, contenido amorfo o fragmentado.

Si el estilo afectivo es negativo y la comunicación familiar es desviada, el paciente mostrará una mayor tendencia a su empeoramiento; esto implica que la adecuada comunicación juega un papel imprescindible en el manejo de la enfermedad, pudiendo mejorar y prevenir las crisis.

Conclusiones

La ampliación de conocimientos sobre proceso esquizofrénico y sus particularidades por parte del profesional sanitario es esencial. Como se ha indicado con anterioridad, hay numerosos profesionales que afirman no tener experiencia ni conocimientos necesarios para el abordaje de este tipo de pacientes, mientras que los profesionales que sí trabajan en este campo siguen reconociendo la dificultad que presentan a pesar de la experiencia continua. Esto implica que es necesario profundizar nuestro conocimiento en la patología, ya que de este modo, podemos llegar a comprender las particularidades comunicativas y así lograr una correcta interacción entre el paciente y el profesional; es decir, si conocemos las barreras comunicativas que presentan podremos manejar el proceso comunicativo con mayor facilidad y cubrir la necesidad presente de “ser comprendidos” y superar la estigmatización.

Enfermería debe reflexionar y aprovechar la posición privilegiada que tiene de cercanía al paciente, puesto que es el profesional que le proporciona un mayor acompañamiento durante todo el proceso. Por este motivo, es esencial favorecer el acercamiento y la comprensión de las particularidades que presentan los sujetos con esquizofrenia. Hay por tanto que animar a los pacientes a expresar sus emociones, vivencias y síntomas, desde una perspectiva empática y siempre manteniendo una escucha activa que contribuya a mejorar la confianza que paciente tiene sobre los profesionales, de este modo, el enfermero adquiere un papel decisivo en el que el paciente confía plenamente en él y es más receptivo a la hora de seguir las actividades y el tratamiento prescrito. Por tanto, es vital lograr la comprensión de su enfermedad, puesto que si logramos comprenderle y ganar su confianza, podremos ayudarle a entender su propia patología, manejarla e integrarse en la sociedad.

Numerosos estudios anteriormente descritos evidencian que el paciente esquizofrénico puede utilizar el lenguaje de forma correcta pero no logra comunicarse bien, puesto que no adecúa su discurso al contexto y a sus receptores. Por su puesto, todas las alteraciones del proceso de

comunicación anteriormente descritas no son exclusivas de la esquizofrenia, ni tienen porqué coincidir todas juntas ni están presentes en todos los casos; cada paciente es diferente, de ahí la importancia de no dar un trato estático. Esto indica que no debemos creer que todos los individuos son homogéneos y presentan los mismos signos y síntomas por tener la misma enfermedad; cada individuo es diferente y debemos ser capaces de percibir esas particularidades para darles un trato adaptado a ellos y hacer que se sientan comprendidos.

Como se ha indicado con anterioridad, la relación del paciente con su familia desempeña un papel fundamental en la evolución de la enfermedad, pudiendo favorecer o evitar las recaídas dependiendo en parte, del tipo de comunicación y expresión de los sentimientos que prevalezcan en el entorno familiar. Es por tanto labor de enfermería extender la actuación enfermera a la familia del paciente, e informarles sobre las características del proceso esquizofrénico y su dificultad a la hora de expresarse y relacionarse. Así, se podrá establecer una relación familiar basada en la comprensión y se evitarán tanto sobreimplicaciones como sentimientos de culpa o culpabilizadores que pueden propiciar una exacerbación de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Aznar Cabrerizo, M.A., Fleming, V., Watson, H., Narvaiza Solís, M.J. (2004). Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Rev Enfermería Clínica*, 14(5): 93-286.
- Cadavid Ruiz, N. (2008). Neuropsicología de la construcción de la función ejecutiva. Tesis de doctorado inédita. Universidad de Salamanca, Castilla y León.
- Castaño Mora, Y., Erazo Chávez, I.C., Piedrahita Sandoval, L.E. (2012). Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Rev Enfermería Global*, 28, 41-51.
- Durán, L.E., Figueroa B.A. (2009). Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos, y de primer brote. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 47(4), 259-270.
- García Ramos, P.R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 32 (116), 739-756.
- Hernández Jaramillo, J. (2008). Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje. *Rev. fac. med. unal.*, 56 (4), 353-362.
- Koziar, B., Erb, G., Olivieri, R. (1993). "Enfermería fundamental". Enfermería profesional, 4ª edición, Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T., Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *Journal List BMJ*, 325(7373), 1148-1151.

- Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., Dawson, M.E., Rappe, S., Gitlin, M., Fogelson, D. (1986). Expressed emotion, fixed-dose fluphenazine decanoate maintenance, and relapse in recent-onset schizophrenia. *Psychopharmacol Bull*, 22(3), 633-9.
- Peña y Lillo, S. (2012). El desconcertante hablar poético de la esquizofrenia. *Rev GPU*, 8 (3), 322-325.
- Salavera Bordas, C., Martínez Artiaga, M.P., Barcelona Lobordeta, A. (2009). El lenguaje en esquizofrenia: patologías. Avizora Publicaciones. Psicología. Consultado el 24 de marzo 2013 en: www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067_lenguaje_esquizofrenia_patologias.htm
- Salavera Bordas, C., Puyuelo Sanclemente, C. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(2), 84-93.
- Salavera, C., Puyuelo, M., Serrano, R. (2011). Detección temprana de la esquizofrenia en alumnos de secundaria. *Bol Aelfa*, 11 (2), 61-5.
- Sifuentes Contreras, A., Sosa Gil, E., Jaimez, T., Manzanillo, Y. (2011). Rol educativo del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enferm. Glob*, 10 (24), 94-102.