



Universidad de la República

Facultad de Psicología

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Autor: María Jimena Gesualdi Borges

C.I: 4.955.129-8

Tutora: Prof. Dra. Gabriela Prieto

Febrero, 2022

Montevideo, Uruguay

TABLA DE CONTENIDO

1-Resumen.....	2
2-Introducción.....	3
3-Desarrollo Teórico	
3.1 Esquizofrenia	
3.1.1 Recorrido histórico por el concepto de esquizofrenia.....	5
3.2 Perspectivas actuales sobre el cuadro clínico.....	7
3.3 Desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia.....	10
3.4 Tipos y subtipos de esquizofrenia.....	12
3.5 Tratamiento.....	13
3.6 Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia.....	15
3.6.1 Objetivos de la rehabilitación psicosocial.....	19
3.6.2 Fases en el proceso de rehabilitación psicosocial.....	20
3.7 Programas de rehabilitación o intervenciones psicosociales.....	24
3.7.1 Psicoeducación al paciente y su familia.....	27
3.7.2 Intervenciones familiares.....	29
3.7.3 Entrenamiento en habilidades psicosociales.....	31
3.7.4Terapia cognitivo-conductual.....	33
Consideraciones finales.....	35
Referencias Bibliográficas.....	38

1- Resumen

En el presente Trabajo Final de Grado, en modalidad de monografía, se aborda la temática sobre la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia.

En primera instancia, se realiza una aproximación descriptiva del trastorno, donde se incluye el recorrido histórico por el concepto, las concepciones actuales sobre el cuadro clínico, la prevalencia, curso y desarrollo del mismo, así como también los tipos y subtipos de esquizofrenia.

Posteriormente, se aborda el tratamiento de la esquizofrenia, en primer lugar lo que refiere a la intervención farmacológica y los efectos secundarios de la misma, para pasar luego abordar la rehabilitación psicosocial como forma integral de tratamiento.

De esta forma, se desarrolla un recorrido sobre las distintas definiciones de este concepto, para luego presentar los objetivos y fases que se producen en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Por último, se hace mención a qué se entiende por programas e intervenciones psicosociales, para desarrollar algunos de los programas de rehabilitación psicosocial que han demostrado ser eficientes en este trastorno.

Palabras claves: Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial, Tratamiento

2- Introducción

El presente trabajo en modalidad de monografía, se enmarca como Trabajo Final de Grado (TFG), para la obtención del título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Asimismo, a través de dicha monografía se pretende abordar, desarrollar y detallar la temática que alude a la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia.

Ahora bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se considera a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, que afecta a 24 millones de personas en todo el mundo. De igual forma, es importante destacar que por más de que a lo largo del tiempo se ha investigado sobre las posibles causas de este trastorno, al día de hoy, aún no se ha encontrado una única causa, sino que se manifiesta que la misma puede ser ocasionada por diferentes factores, sean estos ambientales, psicosociales o genéticos.

Este trastorno, suele desarrollarse al final de la adolescencia o en la adultez joven (entre los 20 o 30 años de edad); y es caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos, negativos y cognitivos que producen en la persona un importante deterioro en distintas áreas de su vida como puede ser a nivel social, ocupacional, personal, familiar, entre otras.

A continuación a este orden de ideas y en relación al tratamiento de la esquizofrenia, se hace referencia a que en la actualidad, han demostrado ser eficientes diferentes formas de abordaje, como puede ser la rehabilitación psicosocial, la psicoeducación, las intervenciones familiares, la terapia cognitivo-conductual y la intervención farmacológica.

Por lo tanto, en dicho abordaje de la temática, en primera instancia se hará un breve recorrido histórico sobre el concepto de esquizofrenia, para pasar luego a describir el cuadro clínico de este trastorno desde las perspectivas más actuales, como lo son el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De este modo, es importante mencionar que durante esta descripción no solo se mencionaran los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones, sino que además se abordará tanto el desarrollo, curso y prevalencia, así como también los tipos y subtipos de este trastorno.

En el siguiente apartado y avanzando en el recorrido de este trabajo, se hace mención al tratamiento de la esquizofrenia. En primer lugar, se toman consideraciones sobre la intervención farmacológica y los efectos secundarios de la misma, para luego abordar la

temática de la rehabilitación psicosocial, como forma de tratamiento integral en las personas que padecen dicho trastorno.

Al mismo tiempo, se considera necesario abordar el tratamiento de la esquizofrenia, desde una perspectiva donde se visualice al individuo como un ser biopsicosocial, ya que como lo mencionan Lemos, Fonseca, Vallina y Paino (2010): “se ha comprobado que la farmacoterapia, como tratamiento único, produce sólo mejorías muy limitadas en los síntomas negativos, en las funciones cognitivas, en el funcionamiento social y en la calidad de vida de los pacientes” (p.301).

Por lo tanto, se entiende a la rehabilitación psicosocial como un proceso que además de complementar los tratamientos farmacológicos, se orienta principalmente a mejorar la calidad de vida, el funcionamiento, las capacidades y brindar el apoyo necesario con respecto al desempeño e integración comunitaria de las personas que padecen esquizofrenia. (Rodríguez y Bravo, 2003).

Así es, que luego de realizar un recorrido sobre las distintas definiciones de este concepto, se abordan tanto los objetivos como las fases que ocurren durante el proceso de rehabilitación psicosocial.

A modo de cierre, y antes de dar paso a las consideraciones finales, se describen algunos de los programas en rehabilitación que han demostrado ser eficientes en las personas que padecen dicho trastorno y a la vez se define qué se entiende como intervención psicosocial.

3- Desarrollo Teórico

3.1 Esquizofrenia

3.1.1 Recorrido histórico por el concepto de esquizofrenia.

Según el clásico Tratado de Psiquiatría, del psiquiatra Henri Ey (1978), las psicosis esquizofrénicas se encuentran dentro del grupo de las psicosis crónicas. Este autor, entiende y define a las mismas, afirmando que se caracterizan por una alteración profunda de la personalidad y por la alienación mental, la cual se produce por un proceso de disgregación mental que a lo largo de la historia se ha nombrado de distintas formas como: demencia precoz, discordancia intrapsíquica o disociación autística de la personalidad.

En otro orden de ideas, se reconoce al psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856 - 1926), como el sujeto que presenta por primera vez, una aproximación al término de demencia precoz. El mismo, reunió bajo este concepto distintos aportes como lo fueron los del francés Augustin Morel, el cual describía a dichos enfermos como sujetos dementes precoces.

Además, Kraepelin recurrió a los aportes del alemán Ewald Hecker, el cual propuso definir a la demencia precoz como hebefrenia, debido a que la consideraba como un estado demencial que se producía en individuos jóvenes; a su vez, otra contribución a la construcción del término mencionado en líneas anteriores, fue el del alemán Kahlbaum, quien hizo hincapié en los trastornos psicomotores y al mismo tiempo, introdujo la idea de catatonía.

Para Kraepelin, este trastorno se caracterizaba por una progresiva evolución a un estado de debilitamiento psíquico y por trastornos que se producen en la afectividad, al mismo tiempo, distinguió en esta tres formas clínicas. La primera de ellas, se presenta en una forma simple, a la cual llamó hebefrenia, la segunda, una forma catatónica o hebefrenocatatónica y por último una forma paranoide.

Ahora bien, en 1911, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1940), designó con el concepto de esquizofrenia a las personas que hasta ese momento se consideraban dementes precoces. Dicho cambio surge ya que consideraba que estas personas no son dementes, sino que es su capacidad asociativa la que se encuentra afectada, y por lo tanto, se producen distintos cambios a nivel de sus pensamientos, lo cual los sumerge en una vida autística, generando de esta manera un corte donde se pierde el contacto con la realidad.

Por ende, Bleuler al revisar lo que hasta ese momento había propuesto Kraepelin, encuentra una serie de "síntomas fundamentales", los que generalmente se conocen como las cuatro A

de Bleuler. Para Bleuler, estos síntomas eran exclusivos de las personas que padecen esquizofrenia y estaban compuestos por lo siguiente: trastornos de las asociaciones, trastornos afectivos, ambivalencia y autismo. Asimismo, manifiesta que pueden encontrarse en estas personas otros síntomas, a los cuales denomina “accesorios”, entre ellos encontramos a los delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje. (Novella y Huertas, 2010).

A diferencia de Kraepelin, Bleuler distingue cinco formas clínicas de la enfermedad, donde las primeras tres coincidieron con las antes propuestas (paranoide, catatónica y hebefrénica), a las cuales agregó una forma simple y otra latente. (Novella y Huertas, 2010).

Es así, que continuando con las ideas mencionadas previamente, es preciso explicitar que Henri Ey (1978), considera a la esquizofrenia dentro del conjunto de las psicosis delirantes crónicas, entendiendo a la misma como una alteración profunda y progresiva de la persona, la cual se pierde en un pensamiento autístico, en un caos imaginario, dejando de esta forma de construir su mundo en relación con los demás sujetos. Así es, que en su Tratado de Psiquiatría concluye que la esquizofrenia es entendida como:

Conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad. (p. 474)

3.2- Perspectivas actuales sobre el cuadro clínico

Las clasificaciones más actuales sobre la esquizofrenia, son las que se encuentran publicadas en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición.

En la última edición, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (2014), se incluye a la esquizofrenia dentro del apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, indicando que las características claves que definen a este tipo de trastornos son: los delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluyendo a la catatonia) y síntomas negativos.

Por su parte, el DSM-5 (2014), describe criterios diagnósticos que deben estar presentes en la persona, por lo tanto, se aclara que ningún síntoma concreto es patognomónico de la enfermedad y que en los sujetos con este trastorno, las características variarán de unos a otros, debido a que se considera a la esquizofrenia un cuadro clínico heterogéneo.

A continuación se hará una jerarquización de dichos criterios diagnósticos:

- A. La presencia de dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Los mismos deben permanecer presentes por el período mínimo de un mes y al menos uno de estos síntomas debe ser: delirios, alucinaciones o discurso desorganizado.
- B. El claro descenso en el nivel de funcionamiento del sujeto en una o más áreas, las cuales pueden ser: laboral, relaciones interpersonales, académicas o cuidado personal.
- C. La presencia de algunos signos del trastorno deben persistir durante un mínimo de seis meses, incluyendo en el mismo al menos un mes de los síntomas descritos en el criterio A.
- D. Se debe haber descartado los diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar.
- E. No se puede atribuir el diagnóstico de dicho trastorno a los efectos de ninguna sustancia, ya sea esta una droga o medicación ni a cualquier otra afección médica.

- F. En caso de que la persona cuente con antecedentes de un diagnóstico del trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación, se realiza el mismo solo si la presencia de los síntomas (criterio A) se encuentran presentes durante un mínimo de un mes.

Por otra parte, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud, en su décima edición (CIE-10,1992), la esquizofrenia se encuentra en el capítulo V: “Trastornos mentales y del comportamiento”, junto a los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

En la misma, se caracterizan a los trastornos esquizofrénicos por: “distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.” (CIE-10, 1992, p.308). Se destacan como síntomas más importantes de la enfermedad: el eco, robo, inserción o difusión del pensamiento, los delirios de control, de influencia o pasividad junto a la percepción delirante, las alucinaciones, principalmente auditivas, los trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

Ambas clasificaciones antes mencionadas, coinciden en la sintomatología que ha de estar presente en la persona, para así poder diagnosticar dicho trastorno. Estos síntomas se clasifican en “positivos” y “negativos”. Dentro de los positivos, encontramos a los delirios, las alucinaciones, el pensamiento y comportamiento desorganizado y por otra parte, como síntomas negativos, se mencionan los siguientes; la expresión emotiva disminuida, la abulia, la alogia, la anhedonia y la asociabilidad.

Ahora bien, en cuanto a lo que refiere a los cambios introducidos en el nuevo formato diagnóstico del DSM-5 (2014), es preciso explicitar de acuerdo con Muñoz y Jaramillo (2015), que los cambios presentes en esta última versión del manual, se deben a que en la clasificación anterior existían ciertas limitaciones.

Uno de los cambios que más llamo la atención, fue la eliminación de los ejes diagnósticos y con estos del sistema multiaxial. El DSM-5, continua siendo una clasificación categórica, lo que se ha intentado en esta versión es combinar un enfoque más dimensional. Este cambio se basaría en que existen muchos trastornos que se consideran heterogéneos, como lo es la esquizofrenia, donde los síntomas y gravedad varían de una persona a otra.

A través de este nuevo enfoque, se podría hacer una evaluación basada en diferentes dimensiones sintomáticas (positivos, negativos, cognitivos, desorganización y motor), más

que basarse estrictamente en la suma de ciertos signos y síntomas presentes en la persona a la hora de realizar un diagnóstico.

Otros de los cambios a destacar que se introdujo en el nuevo formato diagnóstico del DSM-5 (2014) con respecto a este trastorno, consiste en la eliminación de los subtipos de esquizofrenia que se mencionaban en la versión anterior (paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual), y el cambio de nombre en el capítulo, el cual pasó de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” a llamarse “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. (Jufe, 2014).

En la versión anterior, solo se mencionaban a los síntomas psicóticos, el DSM-5 en cambio, aclara que los trastornos psicóticos se definen por desviaciones que se producen en uno o más de cinco dominios, como son las ideas delirantes, las alucinaciones, el pensamiento o discurso desorganizado, la conducta motora desorganizada incluyendo la catatonía y los síntomas negativos. (Jufe, 2014).

Por último, otro de los cambios que se produce en esta nueva versión, es la reorganización de los capítulos del manual, la cual se basa en el desarrollo vital del individuo, por lo tanto, se comienza con los trastornos que se consideran más frecuentes en la infancia, seguidos de los que se manifiestan comúnmente en la adolescencia, para finalizar el mismo con los trastornos que se asocian más al adulto mayor. (APA, 2014).

3.3 Desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia

En cuanto al desarrollo, curso y prevalencia de la esquizofrenia, el Manual (DSM-5, 2014) expresa que; los síntomas psicóticos suelen aparecer en la adolescencia tardía y mitad de los treinta, situando el pico de inicio en varones en la primera mitad de los veinte y en las mujeres a finales de los mismo.

El inicio de la esquizofrenia, puede darse de manera brusca o insidiosa, pero generalmente en la mayoría de las personas se presenta con un desarrollo en forma lenta y gradual. Se explica, en el DSM-5 (2014), que ni el curso ni el pronóstico se pueden predecir de forma fiable, ya que se desconocen los factores que predicen el mismo.

Con respecto a la evolución del trastorno, en la CIE-10 (1992), se especifica que la misma puede darse de forma continua o episódica, produciéndose un déficit progresivo o estable, existiendo uno o más episodios que presenten una remisión completa o incompleta.

Algo similar, es lo que se expresa en el DSM-5 (2014), con respecto al déficit y remisión del trastorno. Se considera que en la mayoría de los casos, las personas que padecen esquizofrenia van a requerir apoyo en su vida diaria, algunos permanecerán crónicamente enfermos, con presencia de exacerbaciones y remisiones en los síntomas activos de la enfermedad y otros sufrirán un curso de deterioro progresivo. Asimismo, es importante considerar que solo una pequeña cantidad de personas, se recuperará por completo y que aproximadamente el 20% parece tener un curso favorable. Además, la edad de inicio temprana y los síntomas negativos, se asocian como factores que predicen peor pronóstico.

La prevalencia que se establece en el DSM-5, varía del 0,3 al 0,7%. En relación al sexo, se muestra un riesgo equivalente para ambos, esto siempre y cuando se tomen en cuenta los casos que se asocian a un mejor pronóstico. Si se miden los síntomas negativos y mayor duración del trastorno, la incidencia muestra ser más elevada en varones. Esto puede deberse a que la edad de inicio en las mujeres es posterior, con la presencia de síntomas con mayor carga afectiva, más síntomas psicóticos, menor frecuencia de síntomas negativos y desorganización.

Ahora bien, en lo que respecta al riesgo de suicidio, se establece que los sujetos con esta patología intentarán suicidarse al menos una vez entorno al 20% de los casos, llegando aproximadamente el 5 o 6% a fallecer por esta causa. Este se considera un factor de riesgo alto, que se mantiene a lo largo de la vida de estas personas, además presentar problemas

de consumo de sustancias, síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza o el periodo que transcurre luego del alta hospitalaria o de un episodio psicótico, elevan aún más dicho riesgo.

3.4 Tipos y subtipos de esquizofrenia

En la CIE-10 (1992), a diferencia de lo que ocurre en el DSM-5 (2014), se plantean diferentes subtipos de esquizofrenia, los cuales se desarrollaran brevemente a continuación.

En la esquizofrenia paranoide, generalmente son los delirios y las alucinaciones los síntomas que predominan, encontrándose los síntomas catatónicos, trastornos afectivos o del lenguaje como sintomatología menos frecuente.

Por su parte, la esquizofrenia hebefrénica se caracteriza por importantes cambios a nivel afectivo, pensamiento y lenguaje desorganizado, delirios y alucinaciones (transitorias) y mayor desarrollo de síntomas “negativos”, haciendo de este subtipo uno de peor pronóstico. Con respecto a la esquizofrenia catatónica, los síntomas que destacan en este cuadro clínico son las alteraciones psicomotoras, incluyendo en la misma distintos tipos de comportamiento: estupor o mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cética, entre otras.

El subtipo de esquizofrenia indiferenciada, se caracteriza por no ajustarse a ninguno de los subtipos ya descritos (paranoide, hebefrénica y catatónica), o por presentar síntomas de más de uno de ellos. Ahora bien, la depresión postesquizofrénica, se entiende como un trastorno depresivo que tiene lugar luego de un trastorno de esquizofrenia. Aún pueden persistir en el sujeto algunos síntomas, sean estos “positivos” o “negativos”, aunque no son los que predominan.

Por otra parte, la esquizofrenia residual, se caracteriza como un estado crónico de la enfermedad, en el que claramente predominan la presencia de síntomas “negativos” y deterioro en el sujeto, aunque no siempre los mismos son irreversibles. Por último, la esquizofrenia simple, se entiende como un trastorno que presenta un desarrollo insidioso y progresivo de comportamiento extravagante, donde existe la presencia fundamentalmente de síntomas “negativos” como en el subtipo catatónico pero sin observarse síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).

3.5 Tratamiento

El tratamiento más común utilizado para la esquizofrenia, consiste en la integración de intervenciones farmacológicas e intervenciones psicosociales (psicológicas y de rehabilitación psicosocial), pensadas como plan terapéutico con objetivos a corto, mediano y largo plazo. Las personas que padecen esquizofrenia, en su mayoría, necesitarán un tratamiento de por vida y las formas del mismo cambiarán según la fase y lo severa que sea la enfermedad. (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

Intervención farmacológica

En primera instancia, es importante explicitar que la medicación en el tratamiento de la esquizofrenia se considera como la base del mismo, y de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), se utiliza para tratar los episodios agudos, como forma de prevención de nuevos episodios y para mejorar los síntomas de la enfermedad.

Ahora bien, los medicamentos antipsicóticos, son la principal forma de intervención farmacológica; dentro de los mismos encontramos dos grupos: los antipsicóticos de primera generación o convencionales y los antipsicóticos de segunda generación o atípicos.

Los antipsicóticos de primera generación, se consideran más eficaces en cuanto a la reducción de síntomas positivos y menos en los síntomas negativos. Dentro de este grupo de fármacos se encuentran: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazida, trifluoperazina y zuclopentixol. Los mismos, se caracterizan por generar efectos secundarios en las personas, algunos de ellos son: sedación, efectos neurológicos agudos (parkinsonismo, distonía y acatisia) y crónicos (discinesia y distonía tardías) y efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos. Otros efectos adversos que pueden generarse son: convulsiones, efectos alérgicos, cardiovasculares, aumento de peso, entre otros. (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

Por su parte, los antipsicóticos de segunda generación o atípicos se componen por: clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertiadol, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripipazol. Se considera que este grupo de antipsicóticos genera efectos secundarios menos graves en los pacientes, igualmente se pueden manifestar: mareos, aumento de peso, hipotensión postural, hiperglucemia, diabetes, entre otros. (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

Otros medicamentos que se pueden utilizar durante el tratamiento de la esquizofrenia para potenciar el efecto de los antipsicóticos son: litio, benzodiazepinas, anticonvulsivantes y antidepresivos. En los casos graves de esquizofrenia o donde el tratamiento con antipsicóticos ha fracasado, la terapia electroconvulsiva se considera como tratamiento de segunda opción. Algunos de los efectos adversos que presenta este tipo de tratamiento son más bien de tipo cognitivo, estado confusional y alteración de la memoria anterógrada y retrógrada. (Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

3.6. Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia

En la Declaración de Consenso, de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y La Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre rehabilitación psicosocial, se entiende a la misma como forma de prevención terciaria y/o reducción de la discapacidad que se asocia a los trastornos mentales.

Más adelante en la misma declaración, se define a la Rehabilitación Psicosocial (RP) como: “Proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap o desventaja- de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad” (WAPR, 1997, párr. 6). Se aclara además en esta declaración, que a través de este proceso no solo se busca generar cambios y mejoras a nivel individual en las competencias que posee el sujeto, sino que también los mismos se deben de producir en el entorno, para que así de este modo, las personas que padecen un trastorno mental, en este caso esquizofrenia, tengan la mejor calidad de vida posible.

Asimismo, los objetivos que se mencionan con respecto a la rehabilitación psicosocial consisten en “proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”. (WAPR, 1997, párr. 6).

Se considera a la rehabilitación psicosocial como una parte esencial y al mismo tiempo integral en el manejo general de los sujetos que presentan y padecen una discapacidad, la cual es generada debido a un trastorno mental. Esta, presenta un carácter complejo y ambicioso, ya que abarca a la sociedad como un todo en su conjunto.

Por otra parte, de acuerdo con lo expuesto en la ponencia “Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del trastorno mental severo”, los autores Rodríguez y Bravo (2003), entienden que la rehabilitación tiene que ver tanto con el lugar que ocupa la persona en la sociedad, como con la técnica e intervención precoz que se utilice, ya sea para prevenir o recuperar las habilidades que pueden producir las discapacidades asociadas al trastorno. De esta forma, los autores, más adelante expresan que el sentido de rehabilitar “no es sólo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades” (p.26).

Del mismo modo, otro de los autores, que también trabaja sobre el concepto de rehabilitación psicosocial, es Florit Robles (2006), el mismo explica que, los tratamientos han ido modificándose con el paso del tiempo, lo que ha permitido comprobar que solo con la administración del tratamiento farmacológico no alcanza, sino que además es necesario complementar el mismo con diferentes alternativas de rehabilitación psicosocial. Manifestando de esta forma, que las intervenciones en los trastornos mentales crónicos, como lo es la esquizofrenia, no pueden entenderse si no se las hace desde un modo integral.

En este sentido, se considera oportuno citar aquí a Rodríguez y Bravo (2003), quienes expresan que: “Tratamiento y rehabilitación psicosocial han de entenderse como dos modos de intervención con objetivos diferentes pero complementarios entre sí, como dos caras de una misma moneda: la atención integral a la persona con esquizofrenia” (p. 39).

Asimismo, dichos autores, consideran que la rehabilitación psicosocial en personas que padecen esquizofrenia además de complementar los tratamientos farmacológicos, se orienta principalmente a mejorar la calidad de vida, el funcionamiento, las capacidades y brindar apoyo necesario con respecto al desempeño e integración comunitaria.

Por otra parte, Muesser, Liberman y Gyan; Tomaras, Vlachonikolis, Stefanis y cols. (1990,1998, citados por Florit Robles, 2006), afirman que las intervenciones psicosociales son aquellas que tienen como objetivo disminuir los efectos que ocasionan los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, aumentar la conciencia de enfermedad en el sujeto y su familia y ayudar a la persona que padece dicho trastorno a adherirse al tratamiento farmacológico. De esta forma, se lograría prevenir posibles recaídas, mejorar las habilidades sociales del sujeto y su entorno social, proporcionando diversas estrategias que le permitan hacer frente al estrés que se genera en el paciente y su familia.

Por consiguiente, Mariano Hernández Monsalve (2011), entiende a la rehabilitación psicosocial como el conjunto de estrategias que se brinda a las personas que padecen trastorno mental grave, en este caso esquizofrenia, para que puedan afrontar las dificultades que se les presentan en su vida cotidiana. Considera a la misma, como una dimensión de intervención en salud mental, compuesta por diversas técnicas como por ejemplo: desarrollo en habilidades sociales, psicoeducación, acompañamiento terapéutico, entre muchas otras, que se realizan bajo ciertos valores como los principios de autonomía, normalización y responsabilización.

En este orden de ideas, se considera oportuno mencionar que es lo que se entiende cuando se hace referencia a lo que se denomina “filosofía de atención en rehabilitación”. Es de gran

relevancia aclarar que no existe un conjunto cerrado de principios o valores que la definan, como lo explica Florit Robles (2006), sino que más bien se entiende a la misma como soporte ético e ideológico, conjunto de valores o principios que permiten orientar las prácticas que se realizan en los procesos de rehabilitación psicosocial.

Pilling (1991, citado por Florit Robles, 2006), define algunos puntos donde se refleja dicha filosofía, los mismos se desarrollan a continuación. Es importante mencionar que la misma, se basa en un concepto amplio sobre los derechos humanos, esto le permite a las personas que padecen cualquier tipo de enfermedad mental, reconocer y promover una ciudadanía completa y digna. Esta, debe alentar a los sujetos a participar activa y responsablemente en el control de sus vidas y procesos de rehabilitación. En otras palabras, se debe potenciar la motivación de los sujetos, ya que se considera que la participación de la persona en todo el proceso es fundamental para obtener buenos resultados.

Asimismo, esta filosofía debe promover la integración del sujeto en la comunidad, tratando de que los roles y pautas de vida que desarrolla en la misma, sean lo más normalizados posible. Ahora bien, el tipo de intervención, variará de un sujeto a otro dependiendo siempre del grado de apoyo que necesite cada uno. Este apoyo, como se mencionó anteriormente, depende de las capacidades que posee cada uno de los sujetos, por eso ha de realizarse de forma individualizada, diseñando un tipo de intervención acorde a cada persona, de este modo lo que se busca siempre es aumentar al máximo su nivel de autonomía e independencia.

Otro punto importante a destacar, es la actitud de esperanza y flexibilidad, que han de tener los profesionales sobre las posibilidades, necesidades o dificultades que puedan surgir.

De modo similar, se encuentra que lo entiende Fermín Pérez (2003), cuando expresa que la rehabilitación psicosocial es: “mucho más que un conjunto de técnicas, es toda una filosofía asistencial que ofrece una visión única de la enfermedad mental en la cual la dimensión socioambiental tiene tanta importancia como la visión biológica” (p.198). En otras palabras, lo que expresa el autor en esta definición es la diferencia entre funcionamiento y síntoma. Entiende que el objetivo de la rehabilitación es generar cambios a nivel del funcionamiento social y personal en el individuo que padece trastorno mental, generando de esta forma una mayor autonomía que le permita desenvolverse y reintegrarse en la sociedad.

Cabe considerar, por otra parte, qué se entiende por rehabilitación psicosocial en nuestro país; para esto, se considera necesario citar el artículo “Hacia una rehabilitación psicosocial

integral en el Uruguay”, en el cual se definen y establecen los objetivos de la misma, de la siguiente manera:

Para el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011, p.85).

Además, en la misma definición, los autores aclaran que trabajar en rehabilitación desde este enfoque, implica que se produzca un encuentro, no solo entre la persona que padece el trastorno mental y el equipo técnico, sino que en el mismo se debe considerar a la familia, su entorno ambiental y cultural. Durante el mismo, se debe favorecer siempre el lugar, saber y potencial de la persona que padece dicho trastorno para que de esta forma se pueda ir construyendo un camino individualizado acorde a las necesidades del mismo.

A través de este tratamiento, la rehabilitación psicosocial, se trata de que el individuo pueda tomar consciencia de sus necesidades, con ayuda de los técnicos adecuados, para así poder comenzar con el proceso de recuperación, el cual los autores entienden como proyecto de vida, que le permite al sujeto aumentar su autonomía, capacidades y potencial de salud, logrando de esta forma mayor consciencia de su condición ciudadana.

3.6.1 Objetivos de la Rehabilitación psicosocial

Con respecto a los objetivos que se plantean en la Declaración de consenso WAPR/WHO (1997), durante el proceso de rehabilitación psicosocial, se mencionan los siguientes: lograr la reducción de la sintomatología mediante el uso de fármacos adecuados, tratamientos e intervenciones psicosociales, reducción de la iatrogenia principalmente la que provoca la institucionalización prolongada, mejorar las habilidades sociales, psicológicas y ocupacionales, permitiéndoles de esta forma mejorar la competencia social, disminuir la discriminación y el estigma, así como también brindar apoyo social a sus familiares y mejorar la autonomía de estos sujetos.

Según Rodríguez (1997, citado por Florit Robles, 2006), el objetivo de la rehabilitación psicosocial consiste en: “ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles” (p.228). Más adelante, el autor, nos aclara que con normalización no se está haciendo referencia a normalidad, ya que estos términos no son sinónimos. Sino que lo que se trata es que las personas que presentan esta discapacidad cuenten con oportunidades y apoyo que les permita tener un estilo de vida similar al del resto.

En relación al tema, se encuentra que tanto Gistber (2003), al igual que Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez (2001, citado por Florit Robles, 2006), coinciden en que los principales objetivos de la rehabilitación psicosocial son: favorecer en la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias que le permitan al sujeto funcionar dentro de la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que le sea posible. Así como también, promover la integración social dentro de la comunidad, buscando generar en el sujeto un funcionamiento lo más independiente y autónomo posible, que le permita desempeñar un papel social valioso y normativo.

Asimismo, es importante brindarle al sujeto seguimiento y apoyo social, para que logre mantenerse de la manera más autónoma y normal frente a las diversas situaciones que se le presenten en el día a día. Prevenir o reducir el riesgo de deterioro psicosocial, marginación o institucionalización y brindar asesoramiento y apoyo a los familiares de los pacientes que padecen una enfermedad mental crónica, para que de esta forma puedan afrontar los problemas de manera más competente e incidir de forma positiva en el proceso de rehabilitación.

3.6.2 Fases en el proceso de rehabilitación psicosocial

En relación a las fases que existen durante el proceso de rehabilitación psicosocial, se considera oportuno aclarar que las mismas, muchas veces se superponen o en ocasiones alguna de ellas se puede saltar, en otras palabras, se considera que las fases en este proceso no son lineales.

A continuación, se desarrollará brevemente cada una de estas fases de forma que permita visualizar mejor el trabajo que se realiza en rehabilitación. Las fases que componen un proceso en rehabilitación psicosocial son: evaluación, plan individualizado de rehabilitación (PIR), intervención y seguimiento.

Fase 1: Evaluación.

Esta fase es la primera dentro del proceso de rehabilitación, se considera de suma importancia ya que a través de los datos recogidos durante la misma, se identificarán tanto los déficits como las fortalezas de la persona, permitiendo de este modo que se planifiquen los objetivos e intervenciones que se realizarán durante la rehabilitación. Como lo expresa Gisbert (2003): "La evaluación en rehabilitación psicosocial es el proceso que va a guiar la intervención" (p.59).

Durante esta fase, tanto Gisbert (2003) como Florit Robles (2006), concuerdan y expresan que el instrumento que más suele utilizarse para recabar información es la entrevista semiestructurada en conjunto a la observación directa. Mediante estos instrumentos, lo que se busca es recabar información sobre distintas áreas del funcionamiento de la persona.

En este orden de ideas y tomando como referencia a Florit Robles (2006), las áreas a evaluar serían las siguientes:

1- Objetivos y expectativas tanto del usuario como de su familia.

2- Datos biográficos y clínicos. En esta área se recomienda evaluar si existen antecedentes psiquiátricos familiares, como era el funcionamiento del sujeto antes del comienzo de la enfermedad, grado de escolarización alcanzado, historia de actividad laboral, relaciones interpersonales, etc. y datos referidos al inicio y evolución de la enfermedad, como la edad de inicio, cuales son los síntomas que predominan, características de los episodios y gravedad, número de ingresos, tipo de diagnósticos y tratamientos recibidos.

3- Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Se indaga sobre la conciencia de enfermedad que presenta el sujeto, es decir que conocimiento tiene acerca de los

síntomas, causas, tratamientos, diagnósticos, efectos secundarios de la medicación, entre otros.

4- Área de competencia personal y afrontamiento. Se realiza una evaluación sobre el manejo de los estados emocionales, evaluando principalmente tres grandes estados: ansiedad, disforia e ira. Se recogen datos sobre cómo estas emociones afectan la vida diaria de la persona, así como también con qué apoyo y estrategias de afrontamiento cuenta, además de indagar sobre su nivel de autoestima y autocontrol.

5- Funcionamiento cognitivo. En este área se busca evaluar la atención, memoria, orientación temporo-espacial, lectoescritura, cálculo, entre otras capacidades, para observar si de algún modo las mismas afectan el funcionamiento del sujeto en su diario vivir.

6- Actividades de la vida diaria y de automantenimiento. Se trata de recabar información sobre su nivel de funcionamiento actual con respecto a cómo era antes del comienzo de la enfermedad en relación a los hábitos de salud, higiene personal, comunicación e integración comunitaria. Se evaluará el grado de autonomía que maneja la persona, los hábitos relacionados al sueño, alimentación, higiene, la capacidad que posee el sujeto con respecto al uso del transporte público, administración del dinero y manejo de los distintos medios de comunicación.

7- Actividades productivas. Dentro de esta área se incluye el manejo del hogar, cuidado del otro y orientación sociocultural. Se debe indagar sobre el nivel de autonomía que posee el sujeto con respecto a las tareas domésticas, ya sea para ordenar, limpiar o cocinar. Se evaluará en caso de tener personas a cargo (padres mayores o hijos) que tipo de actividades son las que realiza y de qué manera esto influye en su vida cotidiana. También, se trata de obtener información sobre qué tan informado y motivado se encuentra con respecto a los temas de actualidad.

8- Actividades de ocio y tiempo libre. En esta área es importante conocer que actividades e intereses posee la persona actualmente, así como anteriormente y a futuro para que de esta forma la intervención a desarrollar sea lo más acorde a su perfil. Además, es importante indagar que considera sobre desarrollar actividades de ocio, es decir su percepción.

9- Psicomotricidad. Se considera necesario evaluar la motricidad fina y gruesa, la orientación espacio-temporal y la imagen corporal que posee el sujeto de sí mismo y con respecto al otro.

10- Área social. Se incluye dentro de esta área la competencia social, red social y núcleo de convivencia. Se debe recoger información en relación a la conducta y capacidad que tiene la

persona ante diversas situaciones sociales, así como también sobre la forma de comunicarse y de reconocer sus emociones. Asimismo, se indaga sobre cuáles son sus redes de apoyo y cómo las percibe, así como también que tan implicada se encuentra la familia en el proceso de rehabilitación.

Gisbert (2003) y Florit Robles (2006), concuerdan en que; si bien la evaluación debe estar centrada en la persona que padece la enfermedad, se considera conveniente poder entrevistar a la familia y a otras personas importantes de su vida, de su entorno, sean estos amigos, pareja o distintos profesionales. Similar, es lo que ocurre con el lugar donde se lleva a cabo la evaluación, esta no tiene porqué limitarse al consultorio del profesional, sino que puede realizarse en distintos contextos. Esto permite que se pueda obtener una visión más amplia sobre el funcionamiento en general del sujeto.

Fase 2: Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Esta fase consiste en la elaboración de un plan individualizado que se desarrollará de acuerdo a las necesidades de cada una de las personas que padecen trastorno mental grave, en este caso esquizofrenia.

De acuerdo con Fernández, González, Mayoral y Touriño (2003), el plan individualizado de rehabilitación es: “el paso intermedio, la bisagra, entre la evaluación y la intervención y tiene como función básica ordenar y jerarquizar ambos aspectos” (p.68). Los autores, continúan explicando luego, que el mismo debe ser flexible y dinámico, es decir que se le pueda realizar cambios en caso que lo requiera y que se utilizará como guía en la toma de decisiones.

Durante el desarrollo del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), es importante que exista un consenso e implicación tanto de parte del individuo que padece el trastorno, como también de los familiares y los técnicos, para así de esta forma poder fijar los objetivos a corto, mediano y largo plazo que se llevarán a cabo durante la intervención. Florit Robles (2006), aclara que estos objetivos deben ser lo más realistas posibles, siempre teniendo en cuenta las capacidades de los sujetos como las de su entorno y expresa que: “se trata de integrar a una persona en un medio social determinado y no de diseñar un superhombre” (p.235).

Por otra parte, de acuerdo con el documento de la IMSERSO (2007), el plan individualizado de rehabilitación debe poseer las siguientes características: una evaluación tanto de los déficits como de las capacidades que posee la persona, una delimitación clara de los objetivos, ser estructurado, secuencial e individual, delimitación en el tiempo, adecuación al

contexto y expectativas del usuario, implicación del usuario y la familia, salida real de reinserción y una evaluación continua.

Una idea similar, puede encontrarse en Florit Robles (2006), cuando manifiesta que: “Un buen plan de rehabilitación debe contemplar las siguientes partes: objetivos propuestos, metodología a seguir, profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y temporalización” (p.236).

Fase 3: Intervención.

Esta fase se aplicará de forma distinta en cada sujeto, ya que la misma consiste en la implementación del plan individualizado de rehabilitación (PIR). Para alcanzar los objetivos que se han planteado en el PIR, existen distintos programas de intervención, tanto de modalidad grupal como individual. Los mismos como bien menciona Florit Robles (2006), “no dejan de ser un medio” para conseguir los objetivos planteados, siempre teniendo en cuenta y sin perder de vista, que lo más importante durante el proceso de rehabilitación psicosocial es lograr mejorar la calidad de vida de la persona que padece esquizofrenia.

Es preciso mencionar que, los diversos programas de intervención serán desarrollados más adelante en este trabajo.

Fase 4: Seguimiento.

Esta se considera la última fase dentro del proceso de rehabilitación. La misma inicia cuando los objetivos que estaban planteados en el PIR se han alcanzado. El seguimiento, se realiza para corroborar si los logros alcanzados durante la intervención se mantienen en el tiempo. En caso de que no ocurran retrocesos, se debería ir reduciendo esta fase de seguimiento o como lo denomina Florit Robles (2006) “hacer un paso de desenganche” (241). El mismo debe ser muy bien planificado y realizarse en forma progresiva, buscando siempre lograr generar el mayor nivel de autonomía posible en el sujeto, para que de esta forma no sienta que necesita de los programas de intervención para siempre. Como ya se ha mencionado anteriormente, la esquizofrenia se considera un trastorno heterogéneo, que no afecta por igual a todos, por lo tanto habrá casos en que la persona necesite una intervención sostenida en el tiempo.

3.7 Programas de rehabilitación o intervenciones psicosociales

Además, de la intervención farmacológica en el tratamiento de las personas que padecen esquizofrenia, existen muchos otros tipos de intervenciones de carácter psicosocial, que ayudan a complementar dicho tratamiento. Como lo mencionan Lemos, Fonseca, Vallina y Paino (2010): “se ha comprobado que la farmacoterapia, como tratamiento único, produce sólo mejorías muy limitadas en los síntomas negativos, en las funciones cognitivas, en el funcionamiento social y en la calidad de vida de los pacientes” (p.301).

De forma similar, lo expresa Awad (2008, citado por Montaña, Nieto y Mayorga, 2013), cuando manifiesta la importancia de los programas de rehabilitación, entre otras formas de intervenciones psicosociales como complemento de las intervenciones farmacológicas.

Otros de los autores que concuerdan en que en el tratamiento de la esquizofrenia se deben incluir las intervenciones psicosociales son Zapata, Rangel y García (2015). Los mismos autores, entienden que a través de un tratamiento integral del trastorno, donde se apliquen este tipo de intervenciones en el sujeto que padece esquizofrenia, se lograría no solo prevenir las posibles hospitalizaciones o recaídas, sino que también se le daría al individuo apoyo en todas las áreas, lo que le permitiría mejorar su adherencia en el tratamiento farmacológico y a su vez ser más funcional.

Sin embargo, estas intervenciones o distintos programas de rehabilitación psicosocial están orientados en la competencia, en palabras de González y Rodríguez (2010): “a sumar en el repertorio conductual del sujeto habilidades y competencias que se han mostrado como importantes para la consecución de sus objetivos de autonomía e integración” (p. 321). Esto quiere decir, que no solo se considera a estos programas como complemento al tratamiento o intervención farmacológica, sino que se cree que potencian el mismo.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), las intervenciones psicosociales tienen como objetivo:

Minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. (p. 76)

Del mismo modo, se expresa en la Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente

con esquizofrenia (2014), que los objetivos de las intervenciones o tratamientos psicosociales consisten en: prevenir las recaídas y posibles rehospitalizaciones, desarrollar una mejor adhesión al tratamiento farmacológico, así como también, brindar herramientas y habilidades al sujeto para que de esta forma logre disminuir las incapacidades que le genera el trastorno y mejore su funcionamiento psicosocial.

Por otra parte, Ahunca, García, Bohórquez, Gómez-Restrepo, Jaramillo y Palacio (2014), manifiestan que este tipo de intervenciones tienen como fin que la persona que padece el trastorno, en este caso esquizofrenia, tenga un rol activo durante la misma, además consideran que el objetivo de las intervenciones psicosociales consiste en solucionar tanto los problemas sociales como los psicológicos.

Ahora bien, es importante que al momento de considerar emplear cualquier programa o intervención, como se mencionó en líneas anteriores, se haya realizado una evaluación del sujeto, pudiendo visualizar de este modo, qué programas o intervenciones será más beneficioso aplicar, teniendo en cuenta las capacidades o déficits que el individuo presente.

González y Rodríguez (2010), señalan también que se considera importante no solo cada uno de los programas de rehabilitación en sí mismo, sino que pueda existir una interrelación entre los distintos programas que le permitan al sujeto reforzar y aplicar las diferentes habilidades que ha ido adquiriendo en otros programas.

Con respecto a las distintas metodologías que pueden utilizarse en los diversos programas de rehabilitación psicosocial, tanto González y Rodríguez (2010), como la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), manifiestan que los mismos pueden desarrollarse tanto en formato grupal como individual. Esta decisión dependerá siempre de las características de la persona que padece esquizofrenia y de los objetivos que se hayan planteado con la misma.

Según Garzón (2016), los objetivos de las intervenciones psicosociales consisten en: “proveer a los pacientes de habilidades para disminuir las incapacidades, prevenir las recaídas, disminuir los reingresos hospitalarios y, por tanto, mejorar el funcionamiento general” (p.111). La autora, coincide con González y Rodríguez (2010) y lo expuesto en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), tanto en la modalidad en la que se aplican estas intervenciones, como en que las mismas deben de utilizarse como complemento al tratamiento farmacológico.

Por otra parte, algunas de las intervenciones psicosociales o programas de rehabilitación que han demostrado ser eficaces en las personas que padecen esquizofrenia, son las que se

mencionan brevemente a continuación. Antes de desarrollar las mismas, se considera importante hacer mención al modelo de vulnerabilidad-estrés.

Según Belloso (2012), el modelo de vulnerabilidad-estrés propuesto por Zubin y Spring (1977), se puede tomar como marco de referencia a la hora de aplicar los distintos programas o intervenciones psicosociales en rehabilitación. Básicamente lo que este modelo expone es que todos los individuos somos vulnerables, aunque el grado de esta vulnerabilidad no sería el mismo, sino que variaría de unos a otros. Es decir, según este modelo, se considera que todos seríamos propensos a desarrollar en algún momento algún tipo de trastorno mental grave, en este caso esquizofrenia.

Sin embargo, el autor nos aclara que el grado de vulnerabilidad presente en cada uno de nosotros, no se considera como el único factor que puede provocar el desarrollo del trastorno, sino que el mismo se desarrollaría cuando entran en juego otros factores considerados de riesgo como pueden ser el estrés o el consumo de tóxicos.

En palabras de Lemos et al. (2010), el modelo de vulnerabilidad-estrés “sugiere que la esquizofrenia es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales” (p.301). En otras palabras, lo que los autores expresan es que se llegaría a desarrollar este tipo de trastorno, en aquellos sujetos que presenten mayor vulnerabilidad a la hora de enfrentar situaciones estresantes o problemáticas, al punto de que las mismas superen el grado de tolerancia al estrés que presenta el individuo.

Así es, que retomando a Belloso (2012), se entiende a este modelo como una herramienta útil para abordar este trastorno, ya que le permitiría al sujeto entender mejor en que consiste la enfermedad, cuáles son los factores de riesgo que si podría controlar y a la vez, lo ayuda a través de estrategias basadas en la prevención a mejorar su calidad de vida.

3.7.1 Psicoeducación al paciente y su familia

En los sujetos que padecen esquizofrenia no es raro encontrar casos que presenten una mala adherencia al tratamiento farmacológico, por este motivo, es que González y Rodríguez (2010), expresan que, cuanta más información posea la persona que padece la enfermedad y su entorno familiar, mejor será la adherencia al tratamiento farmacológico y por ende, el pronóstico de la enfermedad será más favorable para el sujeto.

Los mismos autores mencionan, que el principal objetivo de este programa es que la persona a través de la información brindada, aumente el conocimiento sobre su enfermedad, generando y desarrollando de este modo nuevas herramientas, capacidades y competencias que le permitan tener un mejor manejo social.

En otro orden de ideas, Rebolledo y Lobato (2005), coinciden en que el principal objetivo de la psicoeducación es desarrollar nuevos hábitos que ayuden al sujeto a prevenir recaídas y mantener una mejor adherencia en el tratamiento farmacológico.

De forma similar, se encuentra que lo entienden Lemos et al. (2010), cuando manifiestan que el objetivo de este tipo de intervención es que a través de la información sobre la enfermedad se brinden diferentes estrategias que le permitan tanto a la familia como al sujeto que padece esquizofrenia, afrontar la misma de la mejor manera posible. De este modo, los sujetos comprenderán mejor en qué consisten los síntomas y el tratamiento, pudiendo de esta forma disminuir la posibilidad de recaídas o rehospitalizaciones.

Por otra parte, según la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), la psicoeducación no se identificaría con un único modelo teórico, sino que consiste básicamente, en brindar técnicas e información sobre la enfermedad, las cuales le permitan a los sujetos y sus agentes sociales cercanos mejorar su calidad de vida. Ahora bien, es importante explicitar que tanto la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), como Lemos et al. (2010), hacen hincapié en que el tipo de programa de psicoeducación a aplicar deberá adecuarse a las capacidades, necesidades y fase en la cual se encuentre la persona que cursa la enfermedad.

Con respecto a la metodología de este programa de rehabilitación, González y Rodríguez (2010), mencionan que el mismo, puede desarrollarse de forma grupal o individual. En el formato grupal, se recomienda que los grupos estén compuestos de 5 a 10 participantes, en sesiones de 45 a 60 minutos, una vez a la semana, por un periodo de 4 a 6 meses.

Asimismo, Zapata, Rangel y García (2015), coinciden con González y Rodríguez (2010), en que la forma de aplicación de este tipo de intervención psicosocial puede ser en forma individual o grupal. Los autores aclaran luego, que siempre ha de tenerse en cuenta las necesidades de cada una de las personas que padecen esquizofrenia y en base a las mismas se ha de elegir el formato más adecuado, coincidiendo en este punto con lo antes ya expuesto por Lemos et al. (2010) y la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009).

Sin embargo, a diferencia de González y Rodríguez (2010), Zapata, Rangel y García (2015), no especifican sobre la duración y número de participantes que deben de tener las sesiones, sino que dividen las mismas según el tiempo que dure la intervención. De esta forma, consideran largas las que consisten en más de diez sesiones y breves aquellas de menos de diez.

3.7.2 Intervenciones familiares

Según Gabbard (2006), no existe ningún tipo de intervención psicosocial en la esquizofrenia que haya demostrado ser más eficiente que las intervenciones familiares. Esta afirmación se basa en la emoción expresada (EE), término que por primera vez fue nombrado por Brown y col. (1972). Este concepto describe una forma de comunicación que se produce entre el paciente y su familia, la cual se caracteriza por un sobre-compromiso y una excesiva crítica. Pero, ¿a qué refiere esto? Lo mencionado anteriormente alude a que no se trata de culpar a los familiares como los causantes de la enfermedad o favorecedores de las recaídas, sino de ver que estos también se encuentran afectados por la esquizofrenia. En palabras de Gabbard (2006): “familias con alto EE producen una mayor frecuencia de recaída en un miembro esquizofrénico que las familias con bajo EE” (p. 200).

Por este motivo, según lo expresa Gabbard (2006), es que a través de la intervención familiar, lo que se pretende es enseñar a las familias de los sujetos que padecen esquizofrenia a disminuir el sobrecompromiso y la crítica, así como entrenarlas para que sean capaces de reconocer los síntomas y signos que puedan anunciar una posible recaída. En este tipo de intervención, se puede incluir el programa de psicoeducación, el cual además de permitirles tener más conocimiento acerca del cuadro clínico, tratamientos y efectos secundarios de la medicación, favorece la ayuda de la familia en prevenir posibles recaídas.

Por otra parte, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), se refieren igualmente al término de emoción expresada (EE) como actitudes de críticas, hostilidad y sobreimplicación de parte de los miembros de la familia hacia el sujeto que padece esquizofrenia. En base a este concepto, se menciona que se desarrollan los programas de intervención familiar, que tienen como objetivo, evitar las recaídas mejorando a través de la familia el cumplimiento del tratamiento, brindar apoyo emocional y disminuir la emoción expresada en los familiares de la persona enferma.

En relación al tema, Moriana, Alarcon y Herruzo (2006, p. 721, citado por Montaña, Nieto y Mayorga, 2013), manifiestan que este tipo de intervención psicosocial tiene como objetivos: “dar información sobre la enfermedad, reducir la problemática socio-familiar, mejorar la emoción expresada, entrenar habilidades, recursos y estrategias de afrontamiento dirigidas a facilitar la convivencia entre el paciente y sus allegados”.

Según Garcelán (2015), los objetivos de las intervenciones familiares consisten en; reducir la tasa de recaídas que se asocian al constructo de Emoción Expresada (EE), así como también prevenir los altos niveles de esta y mejorar el clima familiar. El autor manifiesta además, que

estas intervenciones se basan en entrenamientos relacionados a la resolución de problemas, habilidades para mejorar la comunicación e intervenciones psicoeducativas.

Por otra parte, Glynn (2013), reconoce que brindarles distintos tipos de habilidades a los familiares de los sujetos que padecen esquizofrenia, favorecería en la recuperación de los mismos.

3.7.3 Entrenamiento en habilidades psicosocial

Vallina y Lemos (2001), expresan que la esquizofrenia es un trastorno que como se sabe genera distintos tipos de déficits en la persona, uno de estos se produce a nivel del funcionamiento social e interpersonal. Al verse afectado el sujeto muchas veces deja de tener un desempeño adecuado, lo cual le impide una correcta adaptación e integración social. Es por este motivo, que se considera el entrenamiento en habilidades sociales o psicosociales, como uno de los programas de rehabilitación eficaces en este trastorno. Los autores, se refieren a las habilidades sociales como: “conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a los pacientes en los diversos programas de entrenamiento” (p. 349).

De forma similar, lo entienden Morales, Fresán, Robles y Domínguez (2015), cuando mencionan que “los medicamentos antipsicóticos no mejoran directamente las habilidades necesarias para la vida en comunidad” (p. 373), con esta afirmación los autores se refieren a que se considera necesaria la implementación de este tipo de intervención, en las personas que padecen este trastorno.

Asimismo, el entrenamiento en habilidades sociales o psicosociales en el sujeto que padece esquizofrenia, tiene como objetivos según Gabbard (2006), mejorar el funcionamiento y la adaptación social del sujeto. Para llevar a cabo estos objetivos, se considera que el trabajo debe estar orientado a maximizar el potencial de la persona, estimulando y ayudando a que desarrolle nuevas habilidades sociales, siempre teniendo en cuenta las fortalezas y capacidades que presenta la misma.

Por otra parte, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), se expresa que este tipo de intervención tiene como objetivos aumentar la capacidad de afrontamiento en los sujetos, así como también disminuir las dificultades y el estrés que presentan estas personas ante las relaciones sociales. Se aclara además, que la intervención puede ser en formato individual o grupal y que para lograr dichos objetivos se suelen utilizar distintas técnicas de aprendizaje o conductuales. Del mismo modo, definen a las habilidades sociales como las conductas que favorecen la interacción social e “incluyen diversos aspectos, como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptadas y el refuerzo social” (p. 95).

González y Rodríguez (2010), coinciden con lo expuesto en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), cuando expresan que para poder

lograr los objetivos de este tipo de programa de rehabilitación, el mismo debe basarse en distintas técnicas de aprendizaje o entrenamiento de ciertas habilidades que le permitan al sujeto mejorar sus competencias y desenvolverse de la mejor manera posible en el medio social en el cual se encuentra inmerso. Este aprendizaje, se logra llevando a cabo diferentes tipos de prácticas conductuales, que le permiten a la persona un mejor manejo en su vida cotidiana. Algunas de las habilidades que pueden entrenarse durante este programa son: cómo expresar emociones, tanto positivas como negativas, cómo mantener o iniciar una conversación, cómo pedir información, comprar, pedir un favor, entre otras.

González y Rodríguez (2010), además manifiestan que para poder observar cambios en los sujetos, la duración del programa debe ser mayor a 6 meses, en grupos de 5 a 10 participantes, con una duración de 60 a 90 minutos, una o dos veces a la semana, aunque también el mismo puede realizarse en forma individual.

3.7.4 Terapia cognitivo-conductual

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), este tipo de intervención psicológica lo que hace es estimular al sujeto que padece esquizofrenia, para que de esta forma pueda establecer relaciones entre sus sentimientos, acciones o pensamientos que se relacionan con los síntomas.

Es importante mencionar que últimamente ha habido un creciente interés en aplicar este tipo de intervención a las personas que presentan este trastorno, principalmente en los sujetos que además de contar con un tratamiento farmacológico adecuado siguen con presencia de síntomas positivos. Es por este motivo, que algunos de los objetivos que se mencionan sobre este tipo de intervención son los siguientes: lograr disminuir la intensidad de las alucinaciones e ideas delirantes, así como trabajar con el sujeto para que tenga un rol activo que le permita disminuir la discapacidad social y el riesgo de recaída.

Por otra parte, García (2008), manifiesta que este tipo de intervención le permite al sujeto afrontar los síntomas negativos de la enfermedad así como también lo ayuda a desarrollar formas más realistas y menos estresantes con respecto a los delirios y alucinaciones que presenta. Otro de los objetivos que tiene este tipo de intervención consiste en aumentar el conocimiento que posee el sujeto sobre el trastorno y la adherencia al tratamiento farmacológico, así como el de intentar mejorar el afrontamiento en general.

Según Muñoz y Ruiz (2007), este tipo de intervención tiene como objetivos mejorar tanto los síntomas positivos como los síntomas negativos que presenta el individuo que padece esquizofrenia, aumentando de esta forma la integración social del mismo y su adhesión en el tratamiento farmacológico. Manifiestan además, que la terapia cognitiva-conductual aplicada en conjunto con el programa de entrenamiento en habilidades sociales, le permitiría al sujeto mejorar las conductas desadaptativas y distorsiones cognitivas que el trastorno le ocasiona.

Asimismo, según Morales et al. (2015), las terapias cognitivo conductuales (TCC), se encuentran dentro de las intervenciones psicosociales más utilizadas en el tratamiento de los sujetos que padecen esquizofrenia, ya que las mismas han mostrado resultar efectivas. Aclaran más adelante, que este tipo de técnicas no solo buscan favorecer la integración social y recuperación del sujeto, sino que han resultado ser eficientes en el manejo de los problemas, en la prevención de recaídas y en la reducción de los síntomas.

Así es, que Martínez, Moreno y Soriano (2004, citado por Montaña, Nieto y Mayorga, 2013), coinciden con Morales et al. (2015), al igual que con Muñoz y Ruiz (2007), en que este tipo

de intervención psicosocial favorece que el sujeto tenga una mejor adhesión al tratamiento farmacológico, reduciendo de esta forma el riesgo de posibles recaídas.

Consideraciones Finales

En el presente trabajo se abordó de manera objetiva y descriptiva, la temática relacionada a la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia; por ende, de esta forma, se entiende a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, que se produce generalmente en la adolescencia o la adultez joven, provocando en la persona que la padece, déficits en distintas áreas de su vida. Es así, que este trastorno genera, en la mayoría de los casos, que el funcionamiento en general del sujeto se vea afectado, impidiéndole muchas veces poder manejarse de forma autónoma e independiente.

En este orden de ideas, se aborda a la rehabilitación psicosocial, como una forma de tratamiento integral para este trastorno. Asimismo, si bien la intervención farmacológica es de suma importancia para poder aplacar los síntomas positivos en el sujeto, se considera que solo con este tipo de tratamiento no se lograrían cambios en el resto de las áreas afectadas. (Florit Robles, 2006). Es por este motivo, que luego de que la persona que padece esquizofrenia, se encuentre estable a nivel de su sintomatología positiva, se debe aplicar conjuntamente y de forma integral intervenciones farmacológicas e intervenciones psicosociales, además de incluir al sujeto en un proceso de rehabilitación psicosocial, concluyendo entonces que esta sería la mejor manera para abordar dicho trastorno.

Ahora bien, en el abordaje de este trabajo se presentaron algunas de las intervenciones psicosociales que han demostrado ser efectivas en personas que presentan esta patología. Por un lado, se ha comprobado, según los autores mencionados en el recorrido de dicho trabajo, que la psicoeducación brindada tanto al paciente como a su familia, permite mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Por ende, es así que a través de este programa de rehabilitación psicosocial, las personas que padecen esquizofrenia, como así también su entorno familiar, acceden a información sobre los distintos síntomas que ocasiona el trastorno, el tratamiento, los efectos secundarios de la medicación, factores que se consideran de riesgo para presentar posibles recaídas, entre otros.

Asimismo en este orden de ideas, lo que se pretende con este tipo de intervención, es que al mejorar el conocimiento sobre lo que le está ocurriendo, el individuo tome consciencia y pueda prevenir posibles recaídas, evitando de esta forma nuevas rehospitalizaciones y mejorando simultáneamente de este modo su calidad de vida.

Otra de las intervenciones que se mencionó en el desarrollo de esta monografía, son las intervenciones familiares; dejando en evidencia que este tipo de intervención se suele aplicar en conjunto al programa de psicoeducación antes mencionado. Por lo tanto, cuando un miembro de la familia es diagnosticado con esquizofrenia, se ha demostrado que este

trastorno no solo afecta a la persona que lo padece, sino que también los familiares del mismo se ven afectados.(Gabbard, 2006). Esto se debe a que ante una situación nueva y desconocida, los familiares suelen reaccionar con actitudes de críticas, hostilidad y sobreimplicación, a las cuales se ha denominado como constructo de emoción expresada (EE). Es por este motivo, que esta intervención lo que pretende es mejorar tanto el clima familiar como la comunicación entre sus miembros, debido a que se considera que obteniendo el apoyo de las familias de estos sujetos, se lograrían evitar recaídas y mejorar el cumplimiento del tratamiento en general.

Por otra parte, el entrenamiento en habilidades psicosociales le permite al sujeto mejorar tanto su funcionamiento interpersonal, como así también aumentar su integración social. Por lo que, a través de este tipo de intervención, se pretende que la persona mejore o desarrolle nuevas habilidades sociales que le permitan poder desempeñarse de la mejor manera posible en su vida cotidiana y en el medio social.

Este programa de rehabilitación suele aplicarse en conjunto con la terapia cognitivo-conductual, que es el último tipo de intervención que se mencionó en este trabajo. Ahora bien, lo que se pretende con la intervención cognitivo-conductual, es mejorar tanto los síntomas negativos como los positivos que siguen estando presentes en la persona a pesar de que la misma cuente con una intervención farmacológica adecuada. Es así, que lo que se busca es reducir las alucinaciones e ideas delirantes, mejorar las capacidades de afrontamiento en el sujeto, para que de esta manera logre aumentar su integración social.

De este modo, es que se entiende a la rehabilitación psicosocial como una forma integral de tratamiento para este trastorno. Asimismo, es importante explicitar y dejar en evidencia que no existe un modelo único de rehabilitación que se aplique por igual a todos los sujetos que padecen esquizofrenia. Esto se debe, en primer lugar, porque este trastorno es heterogéneo en cuanto a los síntomas y gravedad en que afecta a las personas, y por otro lado, debido a que en el proceso de rehabilitación se debe de diseñar un plan individualizado de rehabilitación que contenga las intervenciones más adecuadas a la realidad y necesidades que presentan cada una de estas personas.

Por lo tanto, es preciso mencionar que el objetivo de la rehabilitación psicosocial, debe ser siempre mejorar la calidad de vida de estos sujetos, para eso es importante enriquecer, beneficiar y maximizar el potencial de cada uno de dichos individuos y por ende, brindarles la mayor cantidad de herramientas y habilidades que le permitan manejarse de la manera más autónoma e independiente posible.

Para concluir con esta monografía, desde mi punto de vista como futura profesional en el ámbito de la salud mental, entiendo que el tratamiento de la esquizofrenia abordado desde la rehabilitación psicosocial y llevado a cabo por un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, entre otros profesionales, que apoyen y acompañen siempre desde el respeto y calidez humana, fomentando constantemente que el sujeto tenga un rol activo durante el proceso, sería una manera integral de abarcar todas las discapacidades, sufrimiento y el estigma que son producidas por este trastorno. Del mismo modo, considero relevante la temática expuesta en este trabajo, ya que se pretendió a través de la misma, informar al lector sobre en qué consiste el trastorno así como también desarrollar a que nos referimos cuando hablamos de rehabilitación psicosocial.

Referencias Bibliográficas.

- Ahunca Velásquez, L. F., García Valencia, J., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gómez-Restrepo, C., Jaramillo González, L. E., & Palacio Acosta, C. (2015). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44, 75-89.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. Recuperado en: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Recuperado en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (4), 83-96.
- de la Guía, G. D. T. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisse, C.H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. (8º Ed). Barcelona: Masson
- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

- Garcelán, S. P. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Información Psicológica*, (83), 37-46. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365>
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.
- Garzón, M. L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13(1), 105-114.
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Glynn, S. M. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *RET: revista de toxicomanías*, (70), 15-23.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerios de Educación, Política Social y Deporte.
- Jufe, G. S. (2014). La esquizofrenia según el DSM-5. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 25(113), 36-42.
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fernández Iglesias, P., Fonseca Pedrero, E., & Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.
- Mexicana, Asociación Psiquiátrica, and Asociación Psiquiátrica de América Latina. III. Intervenciones psicosociales. *Revista de Salud Mental*. 37(1) (2014). 67-83. http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/issue/view/191
- Monsalve, M. H. (2011). Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología (Natal)*, 16, 295-303.

- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Morales Vigil, T., Fresán Orellana, A., Robles García, R., & Domínguez Correa, M. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud mental*, 38(5), 371-377.
- Muñoz, L., F. & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5:¿ Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121.
- Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(1), 98-110.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219.
- Organización Mundial de la Salud, (1992). CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.
- Organización Mundial de la Salud, (2022) Esquizofrenia. [Esquizofrenia \(who.int\)](https://www.who.int/es/salud-mental/esquizofrenia)
- Rebolledo, S., y Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicios de Salud Mental.
- Ropero, J. J. B. (2012). Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea*, 3(1), 3-23.
- Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), y OMS (Organización Mundial de la Salud), (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. Wapr Bylletin, 8(3).

Zapata Ospina, J. P., Rangel Martínez-Villalba, A. M., & García Valecia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143-149.