

ESTADO DEL ARTE DE LOS MÉTODOS DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN
LATINOAMERICA Y ESPAÑA DESDE EL AÑO 2007 HASTA EL AÑO 2017.

MARIA CLARA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

Trabajo de grado para optar por el título de psicólogo.

ASESOR:

MAURICIO ALEXANDER ARANGO TOBÓN

Psicólogo y Magister en Psicología.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
TURBO-ANTIOQUIA

2018

Agradecimientos.

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas las personas que durante este camino lleno de aprendizajes, curiosidades y tropiezos, me han acompañado y ayudado.

Primeramente, agradezco a mis personas favoritas en el mundo, mis padres, quienes me han apoyado durante toda la carrera. A mi padre, por cuidar de mí y por procurar que durmiera lo suficiente en las noches que tenía que entregar avances. Y a mi madre, por confiar en mis capacidades, asegurarse que comiera y por dejar disponible un taco de galletas y café en las noches de trabajo.

Además, quiero agradecer a mi asesor, el profesor Mauricio Alexander Arango Tobón, por haberme acompañado emocional e intelectualmente en este proceso, por intentar entender mis avances cuando utilizaba términos psicoanalítico o peculiares, y por haber compartido sus conocimientos y experiencia en función de poder usar todo mi potencial.

Agradezco también a la profesora María del Pilar Restrepo Roldán, quien fue un gran apoyo emocional y guía en los momentos donde el cansancio y la ansiedad me superaban.

Por ultimo pero no menos importantes, agradecer a mis amigas por su apoyo moral, amistad y aliento, gracias a estos me mantuve motivada durante las largas horas de trabajo y logré enfocarme en los momentos en los que sentía que estaba perdiendo el rumbo.

Contenido

Resumen.....	6
Abstrac	7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	11
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Marco conceptual	14
Tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia.	20
Tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia.	21
Tipos de psicoterapias en la esquizofrenia.	22
Psicoterapia cognitivo conductual (tcc).	23
Psicoterapia humanista.	26
Terapia psicoanalítica y psicodinámica.....	28
Estadísticas sobre la prevalencia de la esquizofrenia en la actualidad.....	34
Metodología	37
Diseño de investigación	37
Muestra.....	41
Criterios de inclusión y exclusión.	42
Proceso de recolección de la información.....	42
Instrumento	44
Plan de análisis de datos.....	45
Resultados	47
Consideraciones éticas	52
Categorías.....	55
Arteterapia.....	56
¿Qué es?	56
Antecedentes históricos.....	61
¿Cómo se desarrolla?	63

Importancia de la transferencia	70
Efectividad	72
Actualidad	75
Conclusión.....	76
Terapia familiar	77
¿Qué es?	77
Antecedentes históricos.....	78
¿Cómo se desarrolla?	81
<i>Modelo de Anderson</i>	83
<i>Modelo de Leff</i>	86
<i>Modelo de Fallon</i>	88
<i>Modelo de Tarrier</i>	92
<i>Modelo psicoeducativo en crisis de Goldstein</i>	92
Importancia de la transferencia	95
Eficacia.....	96
Actualidad	97
Conclusión.....	99
Terapias sociales-comunitarias	100
¿Qué son?	100
Antecedentes históricos.....	102
¿Cómo se desarrolla?	103
Importancia de la transferencia	114
Eficacia.....	116
Actualidad	120
Conclusión.....	121
Entrenamiento en habilidades sociales.....	122
¿Qué es?	122
Antecedentes históricos.....	127
¿Cómo se desarrolla?	129
Importancia de la transferencia	137
Efectividad	138
Actualidad	141

Conclusión.....	143
Rehabilitación cognitiva.....	144
¿Qué es?	145
Antecedentes históricos.....	148
¿Cómo se desarrolla?	149
Importancia de la transferencia	154
Efectividad	154
Actualidad	157
Conclusión.....	158
Técnicas psicoterapéuticas emergentes.....	158
PsicoED.....	158
Discusión.....	161
Técnicas y metodologías	162
Sujeto esquizofrénico	164
Falta de publicaciones y programas pocos estructurados.....	166
Programas de intervención en Colombia.	168
Limitaciones.....	170
Recomendaciones.....	172
Referencias	174
Anexos.....	189
Anexo 1.....	189

Resumen

El presente escrito es un estado del arte, cuyo objetivo es el realizar una revisión de investigaciones sobre los métodos de intervención psicoterapéuticos en el tratamiento de la esquizofrenia en el periodo 2007-2017, en Latinoamérica y España. Éste estudio hizo uso de una metodología exploratoria-descriptiva, en la cual se analizaron un total de 34 artículos abstraídos de bases de datos como: Redalyc, Dialnet, Scielo, Repositorio académico de la Universidad de Chile, entre otras. A partir de los artículos, se elaboraron seis categorías: arteterapia, terapia familiar, terapias sociales-comunitarias, entrenamientos en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y técnicas psicoterapéuticas emergentes. En cada categoría se desarrolló un apartado de apreciaciones conceptuales, antecedentes históricos, eficacia de la técnica y avances de actualidad relacionados con las técnicas de intervención.

Palabras Clave: esquizofrenia, tratamiento psicológico, psicoterapia, psicoeducación, arteterapia, rehabilitación cognitiva, modelo comunitario, estado del arte.

Abstrac

This work is a state of the art, whose objective is to conduct a review of research on psychotherapeutic intervention methods in the treatment of schizophrenia in the period 2007-2017, in Latin America and Spain. This study used an exploratory-descriptive methodology, in which 34 articles abstracted from databases such as: Redalyc, Dialnet, Scielo, Academic Repository of the University of Chile, among others, were analyzed. From the articles, six categories were elaborated: art therapy, family therapy, social-community therapies, training in social skills, cognitive rehabilitation and emerging psychotherapeutic techniques. In each category a section of conceptual appraisals, historical background, and efficiency of the technique and current developments related to intervention techniques was developed.

Keywords: schizophrenia, psychological treatment, psychotherapy, psychoeducation, art therapy, cognitive rehabilitation, community model, state of the art.

Planteamiento del problema

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen, disminuyendo su capacidad laboral, académica y social de forma significativa. Las personas que sufren dicho trastorno tienen un promedio de vida de entre 10 a 20 años menos que quienes no lo padecen (Organización Mundial de la Salud, 2016), esto debido a que existen riesgos de que los pacientes esquizofrénicos también padezcan enfermedades de carácter metabólico, cardíaco e infeccioso.

En relación con la intervención de esta patología, tradicionalmente los tratamientos de la esquizofrenia más utilizados son de carácter farmacológico. La prescripción de medicamentos pertenecientes a grupos denominados como neurolépticos, antipsicóticos o tranquilizantes mayores, son uno de los pasos primordiales a seguir después del diagnóstico (Sampson, Mansour, Maayan, Soares-Weiser y Adams, 2013.). Las investigaciones sobre los componentes químicos de los medicamentos y los avances realizados a nivel farmacológico en la psiquiatría, son unas de las principales razones por las cuales se apoya el tratamiento fundamentalmente en los fármacos, ya que las evidencias de su efectividad en la eliminación de los síntomas aseguran el restablecimiento del bienestar del sujeto, el cual es uno de los objetivos esenciales de la intervención (Spearing, 2003), pero estos conllevan la aparición de diversos síntomas residuales, y limitan la capacidad cognitiva del sujeto, lo cual compromete su bienestar y calidad de vida.

Ante estas faltas, se recomienda una intervención interdisciplinaria, donde el tratamiento no se base sólo en la medicación, sino que también incluya un acompañamiento psicológico al paciente y a la familia, que facilite el proceso de recuperación (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Por otro lado, las investigaciones que corroboren la eficacia de la intervención psicológica en el tratamiento de la esquizofrenia son escasas, y muchos de los artículos existentes, se centran en la descripción de las técnicas de forma general, sin especificar su efectividad o forma de intervención dentro de la esquizofrenia. La información que se encuentra tiene un énfasis médico, es decir, psiquiátrico. Estos factores inciden de forma negativa en el conocimiento e inclusión que se hace de las técnicas de intervención psicoterapéuticas en la esquizofrenia.

Actualmente, en países como Chile y Argentina, los avances en las investigaciones sobre los tratamientos de la esquizofrenia desde la psicología, han dado paso a la inclusión de estas técnicas al proceso de intervención. En países como España y Chile, hay cada vez una mayor producción bibliográfica e investigativa sobre estados del arte y estudios de efectividad de las técnicas de atención (Del Rio y Sanz-Aránquez, 2010; Fuertes, 2014; Loubat, Gáraye y Cuturrufo, 2016), lo que está comenzando a cubrir la necesidad de material bibliográfico que respalde las formas de intervención desde la psicología, estimulando el desarrollo e implementación de estas técnicas.

Sin embargo, a nivel nacional, son pocos los estudios documentales existentes sobre los métodos implementados por la psicología para el tratamiento de la esquizofrenia (Redacción Salud, 2015), y los pocos estudios realizados con la rigurosidad científica necesaria para su validación sobre el tema, son difíciles de encontrar o tratan la temática de forma superficial, centrándose en detalles como la crítica al sistema de salud. Además de la dificultad de acceso al material bibliográfico a profesionales del área psicología, o pacientes y familiares de estos que desean saber del tema.

A pesar de esta necesidad, al momento de realizar rastreos de artículos científicos, que hablen sobre las técnicas de intervención para el tratamiento de la esquizofrenia, se encontró que la bibliografía producida en este campo es escasa.

Es por ello, que este estudio pretende recopilar las producciones científicas realizadas sobre los métodos de intervención psicoterapéuticos existentes para el tratamiento de la esquizofrenia en la literatura académica de Latinoamérica y España desde el año 2007 hasta el año 2017, se espera también que la recolección de información permita dar cuenta de la viabilidad de estos métodos, y de esta forma, facilitar los procesos de sistematización y acceso a la información.

Dado que no hay una sistematización adecuada a nivel local de las formas de intervención en la esquizofrenia desde la psicología, la presente investigación pretende responder a la siguiente pregunta ¿Cuál es el estado del arte en la literatura científica publicada en Latinoamérica y España sobre los métodos de intervención psicológica en la esquizofrenia desde el 2007 hasta el 2017?

Justificación

En el trabajo práctico la presencia de psicopatologías de diferentes características hace necesario el conocimiento de metodologías que permitan su intervención de una forma segura y adecuada. La esquizofrenia es una psicopatología delicada, cuya sintomatología requiere de la utilización de técnicas de intervención direccionadas de formas diferentes a las utilizadas en otras enfermedades de carácter psicológico. Por lo cual, es de importancia el acceso a bibliografía en donde se haga explícita la metodología, efectividad y los objetivos de las psicoterapias utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia.

El presente trabajo permitirá, por medio de la sistematización y recopilación, visualizar la producción de literatura científica existente sobre los métodos de intervención psicoterapéuticos de la esquizofrenia en Latinoamérica y España desde el año 2007 hasta el año 2017. De este modo se conocerán cuáles son los diferentes métodos de abordaje terapéutico especializado existentes desde la psicología, para el tratamiento de quienes padecen dicho trastorno.

Ahora bien, es de aclarar que no solo permitirá un conocimiento documental sobre la psicoterapia en pacientes esquizofrénicos, también permitirá a la psicología tener una perspectiva sobre el estado actual de la producción científica en el campo de intervención psicoterapéutico de la esquizofrenia y tener una sistematización de los escritos producidos hasta el momento sobre los diferentes métodos de intervención. Asimismo, pretende facilitar el acceso a este tipo de información a los estudiantes y profesionales en formación de diferentes instituciones.

En este sentido y teniendo en cuenta la labor hecha por la psicología en el área de la salud, específicamente en la salud mental, se verá beneficiada con la agrupación de algunos de los métodos y técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento de la esquizofrenia en un solo texto, facilitando de este modo el acceso a estas; este no será el único beneficio para la psicología por parte de este estudio, pues también le permitirá servirse de un conocimiento actual sobre los métodos de intervención, que podrán ser consultados no solo por los psicólogos, sino también por los psicoanalistas y los psiquiatras.

Del mismo modo, esta sistematización puede permitir la implementación de algunos métodos expuestos aquí en las instituciones prestadoras de salud de la Región de Urabá, dando a conocer las alternativas de intervención diferentes a las psiquiátricas, que en conjunto pueden llegar a brindar mejores resultados.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la producción científica existente en Latinoamérica y España de los diferentes métodos de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia desde el año 2007 hasta el año 2017.

Objetivos específicos

- Identificar en la producción científica cuales son los métodos o técnicas de intervención psicoterapéuticas en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Describir los componentes de los métodos de intervención en el tratamiento de la esquizofrenia (características, propósitos, tipo de objetivos e intencionalidades, metodologías, tipos de estrategias y técnicas) de los artículos encontrados en la investigación.

Marco conceptual

La esquizofrenia es un trastorno mental que, de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), está caracterizado por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas positivos y negativos, los síntomas positivos están relacionados con el aumento de actividad y producción en el sujeto (delirio, alucinaciones, movimientos repetitivos, etc.), y los síntomas negativos están relacionadas con la disminución de la actividad y expresión del sujeto (mutismo, anhedonia, abulia, etc.) (Abeleira, 2012). Esta sintomatología permea y afecta áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales, la percepción del mundo y de sí mismo, disminuyendo de modo significativo el grado de funcionalidad del sujeto.

Historia

El concepto de lo que hoy se conoce como esquizofrenia ha ido cambiando a lo largo de los años; en la antigüedad, los sujetos que presentaban sintomatologías como alucinaciones o delirio, eran señalados como pecadores y se atribuía su padecimiento a factores sobrenaturales, argumentado que era un castigo de Dios o que estaban poseídos, en este último caso el sujeto era llevado a la iglesia para ser exorcizado, y en el peor de los casos era quemado en una hoguera por hereje (Amador, 2013-2014).

No fue hasta finales del siglo XIX, cuando Bénédict Morel acuñó el término “demencia precoz” para referirse a aquella patología de inicio en la adolescencia, cuya sintomatología afectaba la funcionalidad del sujeto, sus emociones, el área social y la percepción de la realidad (Abeleira, 2012). Este término fue modificado por Eugen Bleuler, quien en 1911 acuña el término “esquizofrenia” para referirse a aquel grupo de

sintomatología que afecta la percepción, emoción y el área social del sujeto. La diferencia de la “demencia precoz” y la “esquizofrenia”, es que, en esta última, sí se realiza un tratamiento adecuado de la enfermedad, se pueden recuperar partes de las áreas afectadas del sujeto.

Gracias a esta diferenciación se comenzaron a realizar estudios en los cuales se identificaron las sintomatologías propias de la enfermedad, su desarrollo y su posible tratamiento. A pesar de la existencia del concepto como patología de la mente, no es hasta 1980 cuando aparece oficialmente como trastorno en el DSM- III (Ballesteros y Ulises, 2011). Anteriormente, había aparecido en el DSM-I no como trastorno, sino como una “reacción esquizofrénica”, la cual podría ser: simple, catatónica, paranoide, aguda indiferenciada, hebefrénico, crónico indiferenciado, esquizoafectiva, residual o infantil (Abeleira, 2012)

En relación con su tratamiento, aunque la psiquiatría ha tenido muchos avances en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, antes del descubrimiento de la Clorpromazina se tenían métodos de intervención como el psicoanálisis, el electroshock y la reclusión de los pacientes en instituciones mentales de forma permanente (Buisán, 2012). Los primeros fármacos utilizados en el tratamiento tenían el principal objetivo de adormecer de al sujeto, y se utilizaban de forma deliberada en el tratamiento, sin tenerse en cuenta la edad e intensidad de los síntomas. Aunque estos fármacos suprimían la producción de los síntomas positivos, a largo plazo potenciaban la intensidad de los síntomas negativos. Los pacientes con medicación tenían la oportunidad de regresar a su casa, pero los efectos secundarios de los fármacos impedían que tuvieran una calidad de

vida adecuada (Buisán, 2012), debido a los dolores musculares y mutismo absoluto, que eran algunos de los problemas que acarrea la medicación.

Con los fármacos que se siguieron produciendo se logró reducir el nivel de intensidad de estos efectos secundarios, aunque con la inclusión de nuevos componentes químicos algunos pacientes comenzaron a presentar problemas a nivel hematológicos, siendo obligados a realizar revisiones periódicas de su salud. Más adelante, con el desarrollo de los antipsicóticos de segunda generación, los efectos secundarios se redujeron de forma significativa y se incluyeron programas de psicoeducación y terapia familiar (Buisán, 2012).

Con la inclusión de la psicología en el tratamiento de la esquizofrenia, se pudo dar solución a algunos síntomas que no eran posibles de tratar con fármacos, como lo son el mutismo, la anhedonia, la abulia, etc.; Aspectos como la concientización sobre la enfermedad y el apoyo familiar eran tratados en estos programas. En la actualidad, se recomienda que el tratamiento de esta patología se realice de forma interdisciplinaria, es decir, que se cuente con un médico general, psicólogo, psiquiatra y trabajador social que dé acompañamiento al paciente y a la familia durante todo el proceso (Flores, Vera y Guitart, 2011). Aunque, en algunos casos, todavía se deja de lado la importancia del componente psicoterapéutico en el tratamiento de la esquizofrenia, centrándose sólo en la eliminación de los síntomas por medio de la medicación.

En la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) indica que los criterios diagnósticos para esquizofrenia son la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o

catatónico y los síntomas negativos. Los cuales deben de presentarse por lo menos durante un periodo de un mes y afectar áreas como el trabajo, las relaciones personales e incluso el cuidado personal; cuando se inicia durante la adolescencia no se logra alcanzar los niveles esperados en las relaciones sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Los signos del trastorno deben estar presentes de manera significativa durante un mínimo de 6 meses para que se puede realizar un diagnóstico y luego dar comienzo al tratamiento.

Lo anterior plantea que, de una u otra forma, el esquizofrénico no es una persona funcionalmente adaptada, y la clasificación dentro del *espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) indica que las quienes cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-5 son enfermos.

Por otra parte, en contra de esta perspectiva teórica incapacitante hacia los pacientes diagnosticados, se ha pronunciado en sus escritos y teorizaciones Laing, quien tiene una percepción diferente sobre este tipo de trastornos. Para este autor, padecer de esquizofrenia y cumplir con los criterios diagnósticos de la APA no significa el no poderse adaptar a las exigencias del mundo real, es decir, las personas con este trastorno perciben el mundo y la realidad objetiva como algo amenazante, en ese sentido la alternativa de protección que encuentran es separar su mente del cuerpo, ya que es el cuerpo el que se ve afectado por la realidad (Rivera, 2011). Bajo esta perspectiva la clasificación y el tratamiento de las personas con esquizofrenia cambian a una mirada a un ser humano que padece una separación de su yo con la realidad, para quien crear una realidad diferente a la de la sociedad es una elección de vida.

Si bien el psicoanálisis indica que la esquizofrenia es una división entre psique y cuerpo, los planteamientos del psicoanálisis sobre esta patología difieren de la teoría de Laing, para el psicoanálisis, la esquizofrenia se encuentra dentro de la estructura psicótica (Bernal, 2009). Esta se caracteriza por una fijación en los estadios de la niñez, llevando al sujeto a una regresión hacia el narcisismo primario (Berdullas, Malamud y Ortiz, 2010), causando un ensimismamiento y una catatonia, los síntomas psicóticos, en particular los de la esquizofrenia, no indican otra cosa diferente a un intento de cura. Fenómenos como los neologismos, la fragmentación del cuerpo; sintiendo este como extraño y los delirios son, más allá de síntomas, fenómenos elementales¹. Según el psicoanálisis, no basta con el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM, se debe examinar la subjetividad del paciente, ya que, una histérica o un obsesivo podrían también presentar síntomas como delirios o alucinaciones (Bernal, 2009).

Tratamiento

Con respecto al tratamiento de este trastorno, el desarrollo por parte de la ciencia de fármacos y la inclusión de las psicoterapias, ha generado que el proceso de intervención haya mejorado significativamente a lo largo de los años. Existen dos formas de tratamiento predominantes, el método psiquiátrico y el psicológico (Organización Mundial de la Salud, 2016); el primero centrado en el suministro de fármacos y control de forma continua para la disminución de los síntomas y, el segundo, se encuentra enfocado en la práctica de estrategias psicosociales que ayuden a la inclusión social del paciente y al tratamiento de

¹ Síntomas característicos de la esquizofrenia

aquellos síntomas que no son posibles de eliminar o tratar con fármacos, y de todas aquellas problemáticas resultantes del diagnóstico y del tratamiento a nivel psicosocial.

Sin embargo, el método de intervención principal que se ha estado utilizando es el farmacológico, restando importancia al tratamiento psicoterapéutico. Aunque los fármacos cumplen su función en la disminución de los síntomas positivo y negativos, (1) algunas sintomatología negativas no son posibles de modificar por medio de los medicamentos, (2) los fármacos no garantizan la recuperación y rehabilitación de la áreas afectas en el sujeto debido al diagnóstico y (3) este método no incluye la intervención de problemáticas y situaciones sociales de importancia en el sujeto, que pueden contribuir en el mejoramiento o entorpecimiento del tratamiento (Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004).

Por otra parte, ante la falta de un acompañamiento psicológico en el tratamiento, se presentan situaciones en las que los pacientes abandonan la medicación en el primer o segundo mes (Valero, 2015), esto debido a la falta de conciencia que tiene el sujeto de la enfermedad, o por la ignorancia que tiene respecto al tratamiento. Además, el tratamiento farmacológico no garantiza que el sujeto se haga responsable de su enfermedad, lo que ocasiona que este adopte hábitos de vida que propician la aparición de recaídas y hospitalización como: falta de adherencia al tratamiento, no conciencia de la enfermedad, ausencia de redes de apoyo y exposición a situaciones sobre-estresantes que pueden generar la aparición nuevamente de los síntomas positivos.

Como se ha mencionado anteriormente, los fármacos no eliminan de forma completa la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. La presencia residual de los síntomas negativos, que no pueden ser eliminados por medio de medicación, puede afectar

de forma significativa la salud mental del sujeto (Rojas, 1995), ocasionando alejamiento, depresión, ansiedad y otros síntomas. Cabe destacar la importancia del apoyo familiar y social para el tratamiento, es por eso que este proceso debe de ayudar a la inclusión del sujeto en su comunidad, por lo cual es importante que se traten de forma específica las habilidades sociales del sujeto, en este sentido, se mejorará la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia. Uno de los principales objetivos de la intervención psicológica en el tratamiento de la esquizofrenia es la rehabilitación de áreas afectadas debido a la sintomatología del diagnóstico o a efectos secundarios de los medicamentos, entre estas áreas están: el área emocional, área social, área cognitiva, área intelectual, área comunicativa, etc.

Investigaciones han mostrado que la mejor forma de intervenir esta patología, es la combinación de la medicación con el acompañamiento psicológico al sujeto (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003). También, la inclusión de un espacio en donde la familia pueda hablar respecto a las cargas emocionales que tiene al cuidar del sujeto. Estas intervenciones también se centran en la educación respecto a la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico que se tenga. A continuación, se explorarán los tipos de tratamiento que se han utilizado tradicionalmente para la esquizofrenia.

Tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia.

Para la psiquiatría es importante identificar la producción sintomática del paciente, para así determinar el estado y la gravedad del mismo, a partir de ello se procede a diagnosticarlo de acuerdo a su estado, y de este modo iniciar con el tratamiento. En fases agudas del trastorno se interna al paciente en un centro psiquiátrico, y se pasa a suministrar los medicamentos antipsicóticos (Servicio Murciano de Salud, 2009). Es importante que se

elija, en la medida de lo posible, el fármaco a suministrar en acuerdo con la persona a quien se le suministrara o familiares responsables del sujeto, dándoles a conocer los efectos colaterales que tendrán los pacientes al tomar el medicamento e identificando que áreas del sujeto se verán disminuidas o afectadas con este consumo, y de esta forma, asegurar que el medicamento no incida negativamente en el funcionamiento normal del sujeto. Las dosis proporcionadas deben ser acordes a la necesidad y a las familias de los pacientes se les debe informar sobre los métodos de intervención que se utilizarán en el tratamiento.

Sin embargo, cuando los fármacos no producen los efectos esperados por los médicos, es preciso entonces la implementación de los electrochoques hasta que los antipsicóticos produzcan efectos en la disminución de los síntomas (Servicio Murciano de Salud, 2009). Estos casos son conocidos como esquizofrenias resistentes al tratamiento.

Ahora bien, a lo largo del tratamiento se pueden llegar a realizar cambios a nivel farmacológico, ya sea de cantidad o tipo de medicamento, ya que, es posible que ciertos síntomas que pueden aparecen sólo en la fase aguda o inicial de la enfermedad, desaparezcan o disminuyan su intensidad, procediendo así a la disminución o cambio de fármaco; por otro lado, el desarrollo de la resistencia hacia los componentes del medicamento pueden generar también un cambio a nivel de la posología de la formula.

Tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia.

Aunque históricamente ha predominado el método psiquiátrico enfocado en el tratamiento biológico y el suministro de fármacos, se ha hecho necesario el abordaje de las personas con esquizofrenia desde otra perspectiva, el tratamiento psicológico ha mostrado

grandes avances en la diversidad de métodos de intervención, de igual forma ha demostrado ser efectiva en el abordaje de los síntomas negativos del trastorno (Cabeza, 2008).

En este sentido, la psicoterapia va encaminada a afrontar las limitaciones de la intervención centrada en la farmacología. Estas limitaciones son evidenciadas en el área social, sentimientos de vulnerabilidad en el paciente y la familia, entre otros (Sociedad Española de Psiquiatría, 1998). Las psicoterapias propenden por la adaptación social del sujeto, la disminución del sufrimiento de las familias del mismo y la disminución del suministro de fármacos.

Cabe señalar también, que los enfoques de la psicoterapia en la esquizofrenia no son homogéneos, y cuentan con múltiples técnicas centradas en la solución o fortalecimiento de diferentes áreas en la vida del sujeto. Estas técnicas tienen objetivos y alcances específicos que pueden ser maleables y enfocarse en diferentes problemáticas, pero que pueden tener efectos colaterales en áreas en las que no se centra su intervención.

Tipos de psicoterapias en la esquizofrenia.

Aunque existe poca información sobre los orígenes de la esquizofrenia y la información sobre este trastorno aún se puede calificar de insuficiente (Montaño, Nieto, y Mayorga, 2013), los tratamientos a nivel psicoterapéutico para esta enfermedad, utilizan técnicas como: la intervención psicoeducativa familiar, el entrenamiento en las habilidades sociales, rehabilitación de funciones cognitivas, y el arteterapia. Los tratamientos psicoterapéuticos estaban contraindicados para el tratamiento de la esquizofrenia, principalmente los de orientación psicoanalítica, debido a sus formatos ortodoxos. Pero los avances en investigaciones y la necesidad de dar atención a los síntomas residuales y

resistentes a los fármacos impulsó a la comunidad médica a estudiar diferentes métodos de intervención para estas sintomatologías, pasando a hacer un factor importante en el tratamiento de la esquizofrenia (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008).

A lo largo de la historia han surgido diferentes tipos de corrientes teóricas que han generado diversas formas de intervenir la esquizofrenia de acuerdo a la percepción que tiene sobre su desarrollo y estructura, a continuación se describirán las tres principales.

Psicoterapia cognitivo conductual (tcc).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que inicialmente fue empleada en pacientes con trastornos afectivos, se ha enfocado cada vez más en el tratamiento de la esquizofrenia. Beck fue quien introdujo dicho modelo al tratamiento de este tipo de patología (Molina y Cala, 2007). El tratamiento de las ideas delirantes de Beck y el tratamiento de las alucinaciones por Lindsley, son dos de los antecedentes destacables en los métodos de intervención utilizados en un comienzo para el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia.

En un comienzo, se pensaba que el manejo de los síntomas positivos era sólo posible por medio de la medicación, pero los estudios y la identificación de características específicas de la psicopatología hicieron posible la generación de técnicas especializadas en el tratamiento de esta. También hizo posible que se utilizaran técnicas de intervención propias de la ansiedad y la depresión, con el objetivo de tratar sintomatologías presentes de este tipo en el transcurso de la intervención psicoterapéutica, las cuales pueden ser generadas por la misma enfermedad (esquizofrenia) o por factores externos (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008).

A partir de los años sesenta y setenta, las terapias conductuales se integraron al conjunto de corrientes interesadas en generar y adaptar métodos de intervención para el tratamiento de la esquizofrenia (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008). Muchas de las técnicas utilizadas en el tratamiento de patologías “neuróticas” fueron modificadas en función de cumplir los requerimientos para atender las necesidades que genera las psicoterapias en la esquizofrenia. Una de las estrategias empleadas más conocida fue “la economía de fichas”, la cual era utilizada en el contexto de hospitalización y rehabilitación.

Una vez los pacientes pudieron salir de los asilos para enfermos mentales para establecerse en sus casas o con sus familiares, la TCC se interesó en el desarrollo de formas de intervención que mejoraran el funcionamiento social del sujeto (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002). En la actualidad, se están generando métodos de intervención que brinden apoyo a las familias o cuidadores del sujeto, esto en función de enseñarles qué hacer frente a una crisis psicótica y crear un ambiente facilitador libre de sobreestresores que permitan la aparición de recaídas.

Los métodos de intervención individuales están centrados en los síntomas resistentes a la medicación, y pretenden la reducción de los delirios y las alucinaciones, así como la generación de la comprensión de la enfermedad por parte del sujeto que la padece (Cuevas-Yust y Perona-Garcelán, 2002). Este modelo de intervención, que tiene como prioridad el establecimiento de la relación terapéutica, parte de tres premisas: (1) el paciente cuenta con áreas libres de psicosis, (2) los síntomas como alucinaciones y delirios no son impermeables a la intervención psicológica, es decir, estos síntomas pueden ser tratados por medio de la palabra y, (3) la exacerbación o atenuación de los síntomas puede

darse debido a cambios ambientales relacionados con factores estresantes para el sujeto.

Los objetivos principales de la TCC son (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008):

- Establecimiento de una alianza terapéutica y una relación paciente-terapeuta positiva.
- Normalización y discusión respecto a la experiencia de la enfermedad y los síntomas.
- Trabajar e implementar estrategias que ayuden al paciente a atenuar sentimientos como la ira, ansiedad y la depresión.
- Generar conciencia de la enfermedad.
- Generar en el sujeto la capacidad de poner en duda los delirios o alucinaciones en su momento agudo y que permitan al sujeto identificar posibles recaídas.

Respecto a la eficacia y efectividad de estas técnicas de intervención generadas y adaptadas por la TCC, es difícil identificar la utilidad de estos métodos en la psicoterapia, debido a que los estudios e investigaciones realizadas para evaluar este factor, sólo arrojan resultados respecto a su eficacia dentro de un ambiente controlado, y no en el contexto naturalista de una intervención y el pronóstico.

Ahora bien, es importante mencionar que dentro de la TCC existen diferentes métodos de tratamiento de la esquizofrenia como lo son: la Terapia Familiar Conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento de habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales, entre otros (Molina y Cala, 2007).

Psicoterapia humanista.

Partiendo desde la fenomenología, para la psicología humanista se plantea la esquizofrenia como una alteración de la experiencia de sí mismo y del mundo, por tanto, se trata de un trastorno del yo o de la persona (Pérez-Alvarez, García-Montes, y Sass, 2010). Dicha alteración de la ipseidad se caracteriza por tres aspectos, (1) la hiper-reflexividad, en la cual la autoconciencia intensificada de aspectos de sí mismo, que normalmente son pre-reflexivos, se objetivan e irrumpen en el campo de la atención; (2) el sentido disminuido de sí mismo, este se refiere al debilitamiento de la intensidad de la conciencia de sí como sujeto de la experiencia (no sentir que soy yo), no solamente en el sentido de la autoimagen, sino el no sentirse como sujeto de la experiencia y, por último (3), la alteración de la conciencia del mundo, como la pérdida de la articulación perceptiva y el contacto vital con la realidad, sintiendo el mundo extraño, el sujeto mismo como extraño y perplejo, y los seres humanos des-humanizados y desvitalizados, lo que el núcleo de la experiencia de sí mismo y toda la estructura del yo, incluyendo el yo reflexivo, el yo narrativo y sus aspectos sociales.

Desde esta mirada fenomenológica se precisa la identificación de síntomas y el posterior diagnóstico por medio de la entrevista semiestructurada (Pérez-Alvarez, García-Montes, y Sass, 2010). A partir de allí, se debe adoptar más que una postura de “diagnosticador”, una postura de escucha de la narración de la experiencia en primera persona de los fenómenos vividos por el sujeto de la experiencia.

Atwood se apoya en algunos preceptos de la teoría psicodinámica para la comprensión de la experiencia del sujeto, considera que se debe hacer un análisis de las

experiencias pasadas del sujeto para identificar los conflictos generados por estas que no se han resuelto, y que pueden estar presentándose de forma sintomática en búsqueda de su solución (Pienkos y Sass, 2014). En este caso, el trabajo del terapeuta es descifrar los conflictos que están siendo expresados por medio de los síntomas psicóticos, para luego ayudar a que el paciente genere conciencia sobre estos y pueda abordarlo para su solución.

Desde esta perspectiva de intervención, se hace énfasis en la importancia de la generación de una empatía entre el paciente y el terapeuta, lo que facilitaría el proceso de interpretación y comprensión de la experiencia del sujeto, así como la confianza en el paciente para el relato de su experiencia del sí mismo. Uno de los ejes más importantes en la intervención desde esta perspectiva, es la comprensión del significado que el sujeto tiene de su enfermedad y sus experiencias de vida, sin la influencia de prejuicios o aspectos externos que permeen la comprensión de la experiencia del sujeto; el aspecto importante inicial para la comprensión del sujeto, es la identificación y descripción de los significados que estos tienen de los sucesos (Martorell, 2008).

Para la comprensión del significado que tiene el paciente, hay muchas formas de análisis del discurso, los síntomas y su historia de vida, la psiquiatría fenomenológica propone tres maneras de explicar los estados subjetivos del sujeto (Pienkos y Sass, 2014):

1. Fenomenología descriptiva: centrada en el análisis de las descripciones propias del sujeto sobre sus experiencias subjetivas.
2. Fenomenología genética-estructural: en esta se trata de encontrar un factor genético o un punto común entre la genética y la experiencia que ayuden a comprender la sintomatología manifiesta del sujeto.

3. Análisis categórico: la experiencia del paciente se reconstruye teniendo en consideración los aspectos distorsionados claves de esta, por ejemplo: tiempo, espacio, causalidad y materialidad.

Entre algunas de las técnicas propuestas por la terapia humanista, tenemos la terapia de apoyo, la cual tiene como preceptos centrales la importancia de la relación entre el paciente y el terapeuta y el establecimiento de un ambiente de trabajo empático, honesto, cálido y flexible, en donde la confianza y la paciencia permeen de forma constante el dialogo y comprensión del sujeto (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008). Otras de las técnicas relacionadas con esta forma de intervención son: el psicodrama, los grupos de apoyo, el análisis transaccional, la danza terapia, etc.

Terapia psicoanalítica y psicodinámica.

Desde una orientación Kleiniana, la esquizofrenia es concebida como un trastorno en el cual se presenta un déficit del funcionamiento de los elementos alfa²(Bion, 1963). Estos se manifiestan en datos sensoriales confusos y un mundo interno caótico (Battista, 2011); desde esta perspectiva, las psicosis están constituidas por un componente psicótico y un componente no psicótico de la personalidad. Para los teóricos postkleinianos, es en la transferencia donde se re-experimentan las ansiedades y en el marco de la relación terapéutica que se elaboran, mientras que es la contra-transferencia donde el analista logra ponerse en contacto con dichas ansiedades, de este modo genera capacidad de tolerarlas para lograr una simbolización en el paciente.

² Son aquellas primeras impresiones sensoriales y experiencias emocionales que el niño introyecta para la estructuración de su psique y la representación del mundo exterior

Para el psicoanálisis de orientación lacaniana en la psicosis, término adoptado para referirse a todos los tipos de psicosis sin distinción de la tipología clínica (Battista, 2011), se presenta, al contrario que en las neurosis, una Forclusion-del-Nombre-del-Padre, por la cual el registro de lo simbólico en el nudo borromeo se desanuda, causando el desanudamiento de los otros dos registros (imaginario y real). Esto se origina desde el Edipo, determinando así la estructura en la cual se circunscribe el sujeto (Baéz, 2007). El énfasis de la orientación lacaniana está en la diferenciación de las psicosis ordinarias (no desencadenadas) y las extraordinarias (desencadenadas), ya que las susceptibles de intervención son las segundas por la producción sintomática. El método usado por la psicoterapia psicodinámica y el psicoanálisis es el “Tipo Cura”, el cual se caracteriza por la asociación libre y la escucha por parte del analista.

En un comienzo, los tratamientos psicológicos eran mayormente de corriente psicoanalítica, pero estos se centraban en las patologías de carácter “neurótico” (Ocampo, Gutiérrez y Gómez, 2008). Debido a que en la psicosis hay un retiro de la libido de los objetos, para Freud esto significaba un impedimento para el establecimiento de una transferencia en el análisis, factor básico para el comienzo del tratamiento.

Aunque Federn y otros autores replantearon esta idea para evaluar la implementación de terapias psicoanalíticas para el tratamiento del paciente con esquizofrenia, en la actualidad hay pocos registros sobre la eficacia y eficiencia de estos métodos en la intervención de la psicosis, incluso, este método de intervención está contraindicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

Además de las anteriores bases teóricas, a lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos en los cuales, se han identificado variables que pueden aumentar el riesgo de padecer esquizofrenia. A continuación, se hará un breve recorrido por los modelos propuestos que están siendo tomados en cuenta en la actualidad para la construcción de técnicas y planes de intervención de la esquizofrenia desde la psicología.

Modelo de vulnerabilidad-estrés.

Este modelo toma los constructos de vulnerabilidad o riesgo y estrés como agentes que influyen en la aparición y evolución de una patología. Cuando se habla de vulnerabilidad, se refiere al resultado de la interacción entre factores genéticos, y de propensión adquirida para el desarrollo de un síntoma o fenómeno; la vulnerabilidad se presenta de diferente forma de una persona a otra, debido a esto los agentes estresores no tienen los mismos efectos en personas distintas, a pesar de que sus contenidos sean iguales (Hemsley, 2009).

La vulnerabilidad está relacionada con aspectos biológicos que propician la predisposición a una enfermedad, su origen se remonta a algo hereditario, innato, falla en el desarrollo temprano de algún proceso biológico (Londoño, 2011), o debido a ciertos hábitos de vida (Martínez y Posada, 2018). La presencia de dicha predisposición no asegura la aparición o desencadenamiento de la enfermedad sin la interacción con un agente externo específico (Londoño, 2011).

Existe una estrategia para la identificación de un rasgo de vulnerabilidad para la esquizofrenia, para esto se deben observar las siguientes evidencias (Hemsley, 2009):

1. Presencia de anormalidades en parientes biológicos de primer grado del sujeto.
2. Identificación de anormalidades en sujetos con esquizofrenia cuya sintomatología se encuentra estable.
3. Identificación de características anormales en sujetos con sospecha de presencia de esquizofrenia debida a factores biológicos relacionado con esta psicopatología.

Los factores identificados mayormente como agentes de vulnerabilidad son: déficit de procesamiento de información, anomalías en la reacción a los estímulos y en la interacción social y limitaciones en los mecanismos de afrontamiento.

Ahora, en relación al estrés, se identifican con acontecimientos con cargas emocionales significativas para el sujeto y que pueden activar la situación de vulnerabilidad del sujeto (Martínez y Posada, 2018). Las variables estresoras son de origen externo y también pueden generar reacciones diferentes en distintos sujetos, aun cuando el estímulo estresor sea el mismo. Generalmente son situaciones o estímulos que exponen al sujeto a un estado de indefensión, en donde no sabe cómo reaccionar o enfrentar el estímulo. Es difícil establecer o identificar los principales agentes estresores, debido a que cada sujeto reacciona de forma diferente ante estos (Hemsley, 2009).

El modelo de vulnerabilidad-estrés, se implementó debido a que la medicina ha reconocido la importancia que tienen los factores sociales y psicológicos para el desarrollo de una enfermedad (Londoño, 2011). Estos dos constructos se presentan como dos polos opuestos de forma errónea, ya que es frecuente que comportamientos y estímulos externos (como la guerra, contaminación, políticas de salud pública, etc.) influyan en el desarrollo de

trastornos. De igual forma, cambios hormonales pueden generar enfermedades psicopatológicas (Martínez y Posada, 2018). Por lo anterior, se puede inferir que estos dos constructos funcionan de forma recíproca.

De esta forma, se plantea que los agentes que determinan que algunas personas se enfermen o no, ante las mismas situaciones, depende de la forma en que cada sujeto procesa e interpreta la información, pero también se tiene en cuenta que “Cuant[a] más predisposición genética se tiene, más probabilidad de desarrollar estas enfermedades con bajo nivel de estrés” (Azer Psicólogos Móstoles, 2014, p. 1).

Ahora, el modelo vulnerabilidad-estrés no se centra sólo en los aspectos biológicos y contingencias históricas del sujeto, este incluye también agentes relacionados con las características individuales de la personalidad (carácter y temperamento), comportamientos aprendidos (hábitos de vida) y las dinámicas relacionales en las que se vincule (Martínez y Posada, 2018). Por lo anterior, se puede decir que el modelo vulnerabilidad-estrés, es un modelo explicativo que no se centra sólo en aspectos biológicos o traumáticos del sujeto, es una mirada holística en la que se analiza como los componentes genéticos y ambientales pueden interactuar en el desarrollo y evolución de un trastorno.

Modelo de la emoción expresada.

La Emoción Expresada (EE), es la conducta emocional y el discurso que maneja el círculo familiar en donde está inmerso el sujeto (Vizcarro y Arévalo, 1987). La emoción, hostilidad y dominancia que expresan los familiares hacia el sujeto pueden ser un determinante clave para la aparición de dolencias o trastornos (Hemsley, 2009). La EE puede ser evaluada a partir de los constructos (Becerra, 2009):

- Comentarios Críticos: relacionado con evaluaciones negativas dirigidas a la conducta del sujeto.
- Hostilidad: rechazo hacia el sujeto.
- Sobre-implicación Emocional: sobreprotección, auto sacrificio, desesperanza o manifestaciones emocionales exacerbadas (llanto, lamento, etc.)
- Comentarios Positivos: expresiones de afecto verbal o de aprecio hacia el paciente (Espina y Pumar, 2000).
- Calor: manifestaciones de cariño, afecto o interés de forma física (abrazos, besos, aplausos, etc.)

Uno de las herramientas utilizadas para la evaluación de la EE, es la aplicación de una entrevista semiestructurada a la familia que convive con el sujeto o se le pide al familiar que hable durante cinco minutos sobre el sujeto/paciente (Becerra, 2009). Para la detección de una EE alta, se deben observar seis o más comentarios críticos, al menos uno de hostilidad y presencia de algún componente de sobre-implicación emocional, si la puntuación pasa de tres (entre un rango de cero a cinco) se considera que la EE es alta en la familia (Espina y Pumar, 2000).

Los constructos de comentarios y calor se evalúan del cero al cinco, y se tiene en cuenta en función de factores protectores en contra de la EE. La aparición de EE en uno de miembros de la familia, significa la declaración de una EE alta en la familia de forma general (Becerra, 2009). Indicios de una EE alta en una familia, pueden ser causas directas de la aparición de trastornos o recaídas en enfermedades psiquiátricas, el grado de la EE se

ve afectado por la gravedad de la enfermedad, la intensidad de los síntomas y el deterioro que presente el sujeto (Mueka y Godoy, 2001).

En la actualidad, se señala la necesidad de realizar estudios sobre la incidencia que tiene la EE alta en los efectos de los fármacos y en la persistencia de sus efectos secundarios (Hemsley, 2009). Además, este constructo forma parte importante a la hora de realizar una intervención psicológica (Vizcarro y Arévalo, 1987).

Estadísticas sobre la prevalencia de la esquizofrenia en la actualidad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 21 millones de personas padecen este trastorno, de las cuales sólo el 50% está en tratamiento (2016). La falta de adherencia al tratamiento se debe algunas veces a la estigmatización y al rechazo a la intervención o debido a que el paciente niega el diagnóstico (Jano, 2014). Los grupos de apoyo de los diagnosticados sugieren mayor número de consultas y más tiempo de atención para mejores resultados (Valero, 2015). El 90% de los que no reciben tratamiento residen en países con condiciones de vida media o bajas, en donde los programas de salud no cuentan con centros donde se atiendan a pacientes de forma especializada y continua (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La población diagnosticada con esquizofrenia tiene entre 2 y 2,5 más probabilidades de morir a temprana edad, debido a que enfermedades de carácter metabólico, cardíaco e infeccioso incrementan los riesgos de muerte temprana (Organización Mundial de la Salud, 2016), ocasionando así que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tengan un promedio de vida entre 10 o 20 años menos que una persona promedio que no padece dicho trastorno (Valero, 2015). El 5% de los pacientes esquizofrénicos, que no son tratados de

manera adecuada, recurren al suicidio como forma escape al padecimiento provocado por esta condición (Instituto nacional de salud mental, 2015). El riesgo de suicidio es 8.5 veces más alto que en el promedio (Addington, 2006).

Otro aspecto a tratar, es el abandono del tratamiento a causa de la falta de conocimiento respecto al tema. Del total de la población que ha sido diagnosticada con esquizofrenia, el 15% se encuentra internada en una institución psiquiátrica recibiendo tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2016), y de los que se encuentran en tratamiento en casa, sólo el 40% toma sus medicinas de forma adecuada (Valero, 2015). En algunos casos los pacientes ven mejoría en los síntomas y deciden dejar de tomar la medicación al pensar que ya están curados; otras veces, los pacientes creen que al tomarla automáticamente sus síntomas mejorarán, pero al ver que siguen presentando los síntomas, a pesar de tomarla, piensan que la medicación no funciona y deciden dejar de tomarla al no ver mejoría. Por estas situaciones es importante la inclusión de la atención psicoeducativa donde se le instruya al sujeto sobre la enfermedad, los síntomas, la medicación y los efectos de esta, y así evitar situaciones en las que el paciente, por ignorancia o falta de conciencia, adopte hábitos de vida que conlleven a recaídas y hospitalizaciones.

En Colombia se estima que la cantidad de personas con diagnóstico de esquizofrenia es de 471.052 personas, es decir, aproximadamente el 1% de la población nacional padece dicho trastorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), siendo este el registro más reciente encontrado. En el rastreo bibliográfico sólo se encontró un registro anterior a este llamado “*Comentarios a la Estadística Manicomial del Departamento de Antioquia*” (Cordoba, 1937). En Bogotá, se estima que:

Si se sigue la línea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que prevé que el 1 por ciento de la población está en riesgo, en Bogotá podría haber unas 78.000 personas en riesgo de padecer esta enfermedad. ¿Dónde están? Lo grave es no saberlo (Malaver, 2014).

Actualmente, en Colombia pocas instituciones de salud pública cuentan con programas de salud mental que garanticen el tratamiento apropiado y completo de la esquizofrenia, muchos de los existentes se centran en el tratamiento farmacológico, que no da solución a la problemática sintomatológica ni social del paciente (Malaver, 2014). A causa de esto, se disminuye la calidad de vida del sujeto y se ve afectada la efectividad del tratamiento. Factores como la falta de apoyo social, presupuesto o atención inadecuada, hacen frecuente que los pacientes abandonen el proceso, por lo que hay una recidiva en los síntomas psicóticos, poniendo en riesgo su integridad y la de su círculo social.

Metodología

Diseño de investigación

La metodología utilizada en el presente estado del arte, cuenta con un enfoque cualitativo (Sampieri, 2010). Para la realización de una investigación documental, desde este enfoque, se debe realizar una búsqueda exhaustiva de información que permita desarrollar, en un comienzo, una contextualización y así dar continuidad al estudio en profundidad sobre la problemática a trabajar (Gómez, Flores y Jiménez, 1996). Por lo cual, para el desarrollo de este estado del arte, se realizará una revisión documental de la literatura científica existente en Latinoamérica y España, desde el año 2010 hasta el año 2017, que permita tener un avistamiento de la situación actual de las perspectivas de intervención psicológica en la esquizofrenia.

En cuanto al tipo de estudio, se desarrollará desde un marco exploratorio-descriptivo, teniendo en cuenta por exploratorio el campo en el cual el investigador se enfrenta a una situación donde la información a buscar es escasa o se encuentra muy dispersa (Sampieri, 2010). Además, el tema de la presente investigación no ha sido abordado, al menos en el contexto local, de manera sistemática. Como resultado, la información o estudios existentes sobre la temática, tratan sólo de manera superficial la problemática y no recogen de forma completa la información. Al mismo tiempo, el estudio contará con un marco descriptivo, en el cual se busca realizar una exposición de modo detallado de las características y propiedades del fenómeno o de la información encontrada (Sampieri, 2010). En esta investigación se realizará un informe donde se señalará el estado

de la literatura científica encontrada de Latinoamérica y España desde el año 2010 hasta el 2017 sobre el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia.

Por último, en cuanto al diseño de investigación, se contará con un diseño hermenéutico; la hermenéutica es un “método de interpretación textual” (Packer, 2010). En esta no sólo se describe el fenómeno a investigar, sino que también se realiza un análisis e interpretación de la problemática; a partir de esto, se realizará una identificación de cómo se encuentra actualmente la literatura científica en Latinoamérica y España referente al asunto en cuestión.

Proceso metodológico del estado del arte

Para el desarrollo del estado del arte, se contará con un proceso que consta de cinco fases, en las cuales estarán organizadas y divididas las temáticas a trabajar, la recolección de la información, la categorización de esta y el manejo de los datos encontrados en la búsqueda (Guevara, 2016). Estas fase son: la fase de contextualización, fase de analítica, fase interpretativa por temática, fase de construcción teórica global y fase de publicación y extensión, a continuación se explicarán en que consisten y cómo se desarrollarán en el trabajo.

- **Fase de contextualización**

En esta primera fase se realizará un rastreo bibliográfico sobre la temática a tratar en el estado del arte. De esta forma se identificará el estado y la claridad de la información, así como el interés investigativo que hay en esta y qué tan actuales son las investigaciones y

registros de esta temática. Esta fase delimitará qué tipo de artículos se utilizarán, cuáles serán las características de estos y de qué forma se filtrarán.

El proceso de búsqueda y selección de la información fue dificultoso, debido a que la temática a trabajar no cuenta con mucha producción dentro de los rangos establecidos que se escogieron para hacer el estado del arte, es decir, en Latinoamérica y España desde el año 2007 hasta el año 2017. Esto puede llegar a dar cuenta de la falta de investigaciones y literatura relacionada con los métodos de intervención psicoterapéutica, y muestra la necesidad de generar estudios sobre la materia que den información actualizada y verificable de la eficiencia y eficacia de estos métodos.

- **Fase analítica**

En esta etapa se clasificará la información de acuerdo a las categorías encontradas y las temáticas a desarrollar en el trabajo. En este momento se pretende reconstruir y recopilar la información encontrada en el rastreo bibliográfico, para luego proceder a sistematizarla y profundizar respecto a los datos encontrados.

Con los artículos encontrados, se procedió a su lectura y fueron agrupados por temáticas, de modo que fuera más sencilla su sistematización y análisis. En esta agrupación se generaron cinco categorías: Arte, Familia y grupo social, habilidades sociales, psicoeducación y técnicas relacionadas con la rehabilitación cognitiva. Estas categorías serán explicadas y desarrolladas en el apartado de resultados.

- **Fase interpretativa por temática**

En un primer momento, a la hora de comenzar a realizar la producción escrita y el análisis de los datos de la temática global, es necesaria de la clasificación en diferentes temáticas involucradas en el tema a investigar. De esta forma se puede ampliar e identificar información que sea importante incluir en el análisis global. En esta primera fase de producción, sólo se hace una descripción de la información encontrada referente a la categoría que se está desarrollando (Guevara, 2016).

- **Fase de construcción teórica global**

En esta fase se comienza a dar forma a la construcción teórica total de los datos encontrados en el rastreo bibliográfico, así como del análisis de la información descrita de las categorías producidas en la fase anterior. En esta fase también se habla respecto al proceso de búsqueda de la información, las dificultades de esta y las hipótesis formuladas.

- **Fase de extensión y publicación**

De acuerdo a la calidad y objetivos de la investigación, es necesario de seleccionar una forma de divulgar o presentar los datos a la población interesada, esta puede ser en forma de conferencia, o por medio de la publicación del artículo en una revista. Esta misma fase, también instaurará la forma en la que la información será plasmada y el lenguaje que se utilizará para exponer los datos encontrados. El énfasis del presente trabajo se encuentra en la búsqueda y la descripción del estado actual de la producción bibliográfica de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en la esquizofrenia, por lo cual no se tiene un alcance de generar una publicación, a pesar de que sea una fase que normalmente tienen los estados del arte.

Muestra.

Este estudio busca la identificación del estado actual de la literatura científica en Latinoamérica y España, desde el año 2010 hasta el 2017 sobre los métodos de intervención psicológicas utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia. Para la realización de este estudio, es importante tener en cuenta que es difícil realizar una delimitación en la cantidad de artículos máximos con los que se va a trabajar. Dicho lo anterior, la cantidad de artículos mínimos que se utilizarán para el abordaje de las diferentes psicoterapias es un mínimo de 30 documentos. También es de recalcar que se intenta, dentro de lo posible, mostrar una perspectiva holística del tema, sin centrarse en una sola metodología de intervención o teoría, si bien esta información también se abordará para el análisis.

Se realizará un muestreo de tipo intencional, en el cual se seleccionaron artículos o estudios que expusieran la problemática de forma central y se realizará un rastreo de forma profunda en su contenido, para extraer mayor información que permita tener de forma actualizada un informe claro respecto estado de la literatura científica en los tratamientos psicoterapéuticos en la esquizofrenia. Dichos artículos se seleccionaron por la actualidad de la información que presentan y la veracidad de los métodos utilizados para la comprobación de las hipótesis formuladas, también se tendrá en cuenta el tipo de investigación y los objetivos que se tenían con su realización. Dichos artículos serán clasificados y sistematizados para tener claridad de la información recolectada y de las diferencias metodológicas que se encontraron³.

³ Ver anexo 1

Criterios de inclusión y exclusión.

Para la búsqueda y selección de los artículos que se utilizaron en estado del arte, se fijaron una serie de criterios de inclusión y exclusión, que delimitaron el tipo de documentos con los cuales se trabajaron. Dichos lineamientos se fijaron con objetivo de garantizar el acceso e incorporación de datos e información concisos y actuales en la revisión. Los criterios de inclusión son:

- Artículos de investigaciones realizadas para evaluar la eficacia de una psicoterapia en la esquizofrenia.
- Artículos de revisiones bibliográficas realizadas sobre una psicoterapia en la esquizofrenia.
- Los artículos deben tener un máximo de antigüedad de diez años, es decir, deben haber sido publicados entre el 2007 y el 2017.
- Los artículos de investigación deben estar en idioma español.

Se escogieron una serie de criterios de exclusión de acuerdo los objetivos de la investigación, los criterios son los siguientes:

- Artículos provenientes de fuentes desconfiables.
- Artículos traducidos de otro idioma al español.
- Investigaciones que exploren técnicas de intervención de invención reciente.

Proceso de recolección de la información

Para la búsqueda de información, se recurrió en un primer momento a la búsqueda de antecedentes históricos, contextuales y estadísticos sobre la esquizofrenia como

trastorno mental, de acuerdo a los hallazgos se comenzaron a establecer las limitaciones y criterios para el desarrollo del trabajo, para esta búsqueda se utilizaron palabras como: esquizofrenia, psicosis, tratamiento para la esquizofrenias, esquizofrenia en la actualidad, antecedentes de la esquizofrenia y etología de la esquizofrenia.

En un segundo momento, se realizó una búsqueda de los tratamientos psicoterapéuticos existentes para la esquizofrenia en las bases de datos científicas, principalmente: Dialnet, Redalyc y Scielo, debido a que son reconocidas y de acceso abierto⁴. En este momento, se usaron palabras más específicas para la búsqueda como lo son: psicoeducación esquizofrenia, musicoterapia y esquizofrenia, modelo comunitario y esquizofrenia, intervención familiar y esquizofrenia, y rehabilitación-esquizofrenia. Una vez terminado este proceso, se procedió a hacer un filtrado y clasificación de los artículos encontrados de acuerdo a los criterios pre-establecidos, La eliminación de artículos que no cumplían con los criterios de inclusión para la investigación, obligó a que se realizar un segundo sondeo en búsqueda de más información.

Durante esta tercera búsqueda se inspeccionaron plataformas como Scribd, google academics y bancos de tesis de universidades⁵, se hizo uso de las palabras utilizadas anteriormente y también se fijaron límites en las temáticas a desarrollar en el trabajo. Al terminar se hizo un sondeo de los contenidos expuestos en los artículos, a partir de estos se ordenaron los artículos y se distribuyeron por categorías, y se realizó una tercera búsqueda en todas las fuentes bibliográficas utilizadas de acuerdo a las categorías establecidas.

⁴ Para la búsqueda de información en estas bases de datos, no es obligatorio una clave de acceso o una cuenta de usuario.

⁵ Las plataformas universitarias fueron escogidas de acuerdo al acceso a la información y a documentos que estas facilitan sin necesidad de una cuenta o clave de acceso.

Al finalizar, se seleccionaron 34 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y estaban direccionados en el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. Los artículos identificados poseen características de tipo cualitativa y cuantitativa, y están compuestos por revisiones bibliográficas, investigaciones experimentales, informes de congresos y tesis.

Instrumento

Para la clasificación y recopilación de la información se recurrirá a la técnica del fichaje bibliográfico en formato de Excel⁶, de este modo se tendrá la información detalladamente organizada y resumida para la búsqueda rápida de datos. El fichaje bibliográfico es un método que fue utilizado inicialmente para la clasificación de libros de las bibliotecas públicas, posteriormente, este método de categorización tomó fuerza en la organización de información en forma de artículos de revista, informes y escritos, convirtiéndose en una de las formas más óptimas para la recopilación de bibliografía. Posterior al fichaje manual, gracias a la tecnología, se crearon las bases de datos bibliográficas, con las cuales el proceso de fichaje puede ser más fácil y seguro.

Además de la plantilla de Excel, se utilizará Zotero como plataforma virtual bibliográfica que ayude en la clasificación detallada de la información contenida en los artículos; esta plataforma fue creada en el 2006 por el grupo Roy Rosenzweig Center for History and New Media, un grupo multidisciplinario de la Universidad George Mason centrados en la invención de programas que faciliten el trabajo de recolección, clasificación y búsqueda de la información. Esta plataforma fue lanzada en el 2006, y a lo largo de los

⁶ Ver anexo 1

años ha sido modificada con el fin de ampliar sus funciones. Este programa permite la recopilación de las fuentes utilizadas en todos los trabajos hechos, facilitando así la recuperación de información.

Por último, es de recalcar que este programa no sólo guarda la información, sino que también se puede clasificar, compartir y buscar otras bibliografías, Zotero tiene lazos con la base bibliográfica JSTOR, lo que permite a sus usuarios tener acceso directo y actual a la información y artículos de interés, también gracias a esta asociación se puede compartir información y subir artículos. Las funciones de Zotero se centran en la recopilación, organización, sincronización, citación e intercambio de información; esto lo hace una plataforma útil y rápida a la hora de hacer estudio bibliométricos o documentales.

Plan de análisis de datos

Para el proceso de análisis de datos se realizó una lectura inicial, esto con el fin de evaluar si los artículos tenían contenidos acordes y cumplían con los criterios de inclusión y con las temáticas a tratar en el estado del arte. Después se procedió a realizar una segunda lectura y se identificaron las temáticas centrales de los artículos, y se procedió a consignar una contextualización teórica, histórica y estadística de los fenómenos que rodean a la esquizofrenia como trastorno mental.

En un segundo momento, debido a que la cantidad de documentos e información con la que se va a trabajar es extensa, se decidió realizar un proceso de sistematización y separación de los artículos por categorías. De acuerdo al contenido de los estudios, las categorías establecidas están relacionadas con los tipos de técnicas que hay para el tratamiento de la esquizofrenia. A partir de esto, las categorías identificadas fueron:

arteterapia, intervención familiar, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, intervención social-comunitaria y rehabilitación cognitiva.

Por medio de esta distribución, se podrá realizar un proceso de profundización en los datos plasmados, además de llevar un orden y facilitar el desarrollo individual de cada temática. Para el desarrollo de cada categoría se hizo un análisis de los enfoques desarrollados y de la información plasmada en los documentos, a partir de ello se establecieron una serie de apartados a desarrollar en cada categoría, con el fin de establecer una serie de datos generales para su desarrollo, estos apartados son:

- ¿Qué es?: en esta apartado se consignará la información relacionada con las bases teóricas, qué interviene, en qué se especializa y cuál es su enfoque o técnica.
- Antecedentes históricos: se desarrolla un resumen sobre los avances a lo largo de la historia que dieron paso al desarrollo de esta técnica.
- ¿Cómo se desarrolla?: en este apartado se consignan la normas, pasos o guías existentes para la ejecución de esta técnica, también se desarrollan algunos de los modelos existentes para su aplicación y las temáticas a trabajar en cada una.
- Efectividad: se consignan estudios estadísticas o argumentos de estudios realizados donde se validan la efectividad de esta técnica, se especifica en qué es más efectiva, en cuales casos no es recomendable y que obstáculos se han encontrado para la validación de esta efectividad.
- Actualidad: se comentan sobre los cambios, avances o adaptaciones que han tenido las técnicas, cual es el uso que le han dado y la percepción que se tiene sobre estas.
- Conclusión: se realiza un peque resumen de lo desarrollado en la categoría, cuales son los aspectos a resaltar e ideas centrales.

Luego de establecidas estas bases de trabajo, se procedió a realizar una última lectura de los artículos por categoría, con el fin de resaltar y abstraer las ideas y planteamientos teóricos relacionados con cada uno de los apartados pre-establecidos, estas abstracciones luego fueron combinadas para el desarrollo de una consigna general de la información en las secciones diseñadas y para el desarrollo de los puntos pre-establecidos en las categorías.

Resultados

Al terminar la fase de búsqueda de información, se revisaron un total de 78 artículos, de los cuales 27 fueron excluidos por año de publicación, idioma distinto al español (aquellos artículos que son traducción tampoco fueron incluidos) y lugar de publicación. En una segunda revisión, se realizó una categorización de los artículos por tipo de psicoterapia, además, se identificaron los contenidos que se iban a tratar en el estado del arte, debido a esto 17 artículos fueron excluidos del grupo final de trabajo debido a inconsistencias metodológicas en los estudios, información poco clara y ausencia de datos específicos de la investigación o de las ideas postuladas. Por ejemplo, en algunos artículos se evidenció una extensa descripción histórica de la teoría y técnica utilizada en el estudio, pero no se encontró exposición detallada de los componentes de la técnica, sus actividades o tareas a realizar durante el tratamiento (Tur y Caballero, 2014; Aldama y Bolado, 2000; Bernardo y Surgoná, 2008).

Además, en algunos artículos la metodología de experimentación o evaluación de efectividad de una técnica, presentan fallas al no tener una población con características medianamente homogéneas o con pocas limitaciones a nivel de las características de los participantes (Díaz-Zuluaga, y otros, 2017; Aldama y Bolado, 2000), no tener en cuenta

variables que se presentaron en la investigación (Díaz-Zuluaga, y otros, 2017) y al no tener un grupo control o comparativo para la identificación de mejoras (Tur y Caballero, 2014; Díaz-Zuluaga, y otros, 2017; Aldama y Bolado, 2000)

Al final de la clasificación y filtración, se reunieron un total de 34 artículos que cumplían con los criterios de inclusión para la investigación. Estos 34 artículos están constituidos por publicaciones de revistas, informes de conferencias, tesis de pregrado y posgrado. En relación a las bases teóricas de los artículos, en 22 de los artículos no se identifica una orientación teórica y el discurso para explicar la técnica es de carácter ecléctico, 7 son de corriente cognitivo conductual y 5 de orientación dinámica-psicoanalítica. A continuación se presentan los artículos teniendo en cuenta bases de datos en que se buscaron, año, país y tipo de psicoterapia al se refiere.

Artículos por base de datos.

En la recolección de artículos un total de 21 artículos fueron encontrados en tres de las bases de datos seleccionados para la búsqueda de información (Redalyc, Dialnet y Scielo) y 2 artículos fueron recuperados del repositorio académico de la Universidad de Chile. Un total de 12 artículos fueron encontrados en demás plataformas de datos como los son: google academics, bases de datos de universidades y páginas de investigación. Para mayor precisión en los datos, a continuación se muestra una tabla con dicha información:

Bases de datos	Número de artículos
Dialnet	8
Redalyc	5
Scielo	8

Repositorio académico de la Universidad de Chile	2
Otros	12

Durante la búsqueda se encontraron varios artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, pero a los cuales no se podía tener acceso debido a que dichos artículos ya no estaban disponibles o se requería de membresía para su acceso.

Artículos por año.

Se determinó un margen de búsqueda de los últimos 10 años, por lo cual los artículos incluidos en la investigación cubren el periodo de 2007 hasta el año 2017. Este margen de búsqueda se escogió debido a que durante este periodo se concentra la mayor producción de literatura científica-académica sobre las psicoterapias para la esquizofrenia. Además, permite tener acceso a información actualizada sobre avances en las metodologías de aplicación de cada técnica.

Año	Número de artículos
2007	2
2008	0
2009	2
2010	6
2011	3
2012	4

2013	4
2014	6
2015	4
2016	2
2017	1

En la anterior tabla se puede identificar que los 2010 y 2014 son los años en los que se concentra una cantidad significativa de artículos. Además, se evidencia que no se encontraron registro de artículos o estudios que cumplan con los criterios de inclusión durante el año 2008.

Artículos por país.

La recolección de información sobre la producción literaria se centró en los países Latinoamericanos y España, dicho margen se escogió de acuerdo a la proximidad geográfica de los países, la compatibilidad de idioma y las similitudes que se pueden encontrar entre culturas de estos países, sistemas de salud y metodologías de investigación.

País	Número de artículos
España	17
Colombia	6
México	2
Uruguay	2
Chile	3

Costa Rica	1
Venezuela	1
Argentina	2

Al inicio de la investigación se había designado a Latinoamérica como margen de búsqueda de artículos. Una vez terminado el primer sondeo se identificó que la cantidad de artículos producidos en Latinoamérica era limitada y que la bibliografía utilizada como base para las investigaciones y revisiones bibliográficas pertenecían a revistas españolas, debido a estos, se decidió expandir el margen hasta España.

Se puede identificar que la mayoría de los artículos de la investigación provienen de revista españolas. Además, durante el segundo sondeo se observó que muchos de los estudios y revisiones bibliográficas realizadas eran de revistas o universidades españolas. Por otro lado, Costa Rica y Venezuela son los países en donde se encontró la menor cantidad de artículos, muchos de los cuales no cumplían los métodos de inclusión.

Artículos por tipo de psicoterapia.

Para facilitar la sistematización y el registro de la información se dividieron los artículos de acuerdo a los tipos de psicoterapias que se desarrollaban en las investigaciones, por lo cual se obtuvieron un total de seis categorías de trabajo. Las categorías finales a desarrollar fueron: arte-terapia, intervención familiar y psicoeducación, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales e intervención social-comunitaria.

Categoría	Número de artículos
-----------	---------------------

Intervención familiar y psicoeducación	8
Rehabilitación cognitiva	5
Arte-terapia	8
Entrenamiento en habilidades sociales	5
Modelo comunitario	8

Durante la búsqueda, se encontró que existe una igualdad de interés investigativo, aunque la arteterapia fue la técnica con mayor número de estudios y revisiones bibliográficas durante el sondeo, muchos de estos artículos no pudieron ingresar debido a que es una técnica cuyas bases de eficacia son difíciles de validar y las metodologías de investigación poseen fallos. Por otro lado, se encontraron menos registros bibliográficos en la categoría de psicoeducación, debido a que dicha técnica es utilizada frecuentemente de forma poco estructurada.

Consideraciones éticas

El marco ético en el cual se basa el siguiente trabajo, se fundamenta en lo establecido en la Ley número 1090 de 2006 de Colombia, en cuyo Capítulo VII se establecen los criterios para el desarrollo de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, y se establecen los siguientes parámetros (Colegio colombiano de psicólogos, 2009):

- Se hizo un uso responsable y adecuado de la información obtenida y analizada en la investigación, haciendo la búsqueda de esta en plataformas autorizadas y legales, así

como manejando los datos obtenidos sin sesgos o modificaciones para el beneficio de terceros.

- Dicha investigación se realizó con los principios de respeto y dignidad de las personas involucradas en el tema a investigar, de esta forma, los datos arrojados por la investigación no propenderán por el daño de la imagen de las personas involucradas en el objeto de estudio. Así como tampoco se pretende la deshumanización o denigración de estos sujetos.
- La información recolectada propende salvaguardar el bienestar de la población involucrada en la investigación, esto en función de la generación de más producción escrita que facilite la creación de programas o proyectos que mejoren sus condiciones de vida.
- Este trabajo no se hizo con población humana o animal, la recolección de datos se dio a partir del rastreo bibliográfico en plataformas y bases de datos abiertas al público y de fácil acceso.

También, en relación a la protección de los derechos de autor y la propiedad intelectual, se tendrá en cuenta la Ley 44 de 1993, a partir de esta se tiene en cuenta lo siguiente:

- Se garantiza el reconocimiento de la información obtenida por investigaciones realizadas por terceros, teniéndose en cuenta que los datos utilizados para la investigación no son obtenidos por investigaciones realizadas por el primer autor,

sino que son datos arrojados por investigaciones encontradas en plataformas y bases de datos científicas.

- Se propenderá por la adecuada citación y el uso de referencias que garanticen el reconocimiento intelectual de los datos obtenidos en la investigación. Del mismo modo, se recolectará la información necesaria para la otorgación de los derechos de los datos obtenido en las investigaciones consultadas.
- Se garantiza un adecuado manejo y recolección de los datos, de forma que estos no se distorsionen ni se modifiquen en función de otorgar sus derechos a terceros.

Categorías

Existen diversas psicoterapias para la intervención de la esquizofrenia, a pesar de que la mayoría tienen el mismo objetivo, la disminución de los síntomas residuales de la enfermedad, muchas otras técnicas se han centrado en la intervención y rehabilitación de síntomas y afectaciones propias de la enfermedad. Durante la búsqueda de información, se seleccionaron 34 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para el estado del arte, dichos escritos desarrollaban su contenido a partir de la descripción teoría de las técnicas o de la ejecución de planes de intervención con estas metodologías para la validación de su efectividad.

A partir de estos artículos, se identificaron las técnicas de intervención que más producción poseen dentro de la literatura existente en Latinoamérica y España entre los años 2007 y 2017. De acuerdo a la información recolectada sobre cada una de las técnicas seleccionadas, se construyeron las siguientes categorías: arteterapia, terapia familiar, terapias sociales-comunitarias, entrenamiento en habilidades sociales y rehabilitación cognitiva.

A continuación, se desarrollarán cada una de las categorías identificadas en la recolección de información, cada una incluye el desarrollo de aspectos teóricos relacionados con la técnica, antecedentes históricos, importancia de la relación entre el paciente y el terapeuta (transferencia), y cómo esta puede influir en la efectividad del tratamiento, también incluye un apartado en donde se habla sobre investigaciones y resultados obtenidos respecto a la efectividad que tiene la técnica en el tratamiento de la esquizofrenia. Por último, se habla respecto al estado actual de la técnica en relación a los programas y hallazgos encontrados en las investigaciones.

Además de las categorías, también se incluye una categoría llamada “técnicas psicoterapéuticas emergentes”, en donde se desarrollarán los postulados de las nuevas técnicas propuestas para el tratamiento de la esquizofrenia en la actualidad.

Arteterapia

En esta categoría se desarrolla la psicoterapia relacionada con el arteterapia, esta técnica se centra en el uso del arte como forma de catarsis y resignificación de los traumas o sucesos relevantes en la historia del sujeto. Esta técnica está compuesta por diversas actividades relacionadas con la pintura, música, teatro, danza, entre otras formas de expresión artística, que permiten al sujeto la exteriorización de sus miedos, angustias o demás emociones.

Aunque principalmente es utilizada por terapeutas como una forma de alcanzar un mayor autoconocimiento y estimular la creatividad, también es utilizada para el tratamiento de enfermedades mentales como el estrés, la ansiedad y trastornos relacionados con la ingesta de alimentos (Artcoaching, 2010). Y en la actualidad, debido a los artículos relacionados con la efectividad que esta técnica tiene para la intervención de enfermedades como el Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, entre otros (Domínguez-Toscano, Román-Benticuaga, y Montero-Dominguez, 2017), ha dado paso a la promoción y desarrollo de planes de tratamiento que incluyen esta técnica en su terapia.

¿Qué es?

El arteterapia es una disciplina psicoterapéutica, que utiliza procesos de creación y del lenguaje artístico para la expresión de vivencias y contenido psíquicos personales, en función de elaborar o generar significados de los conflictos internos presentes en el sujeto

(Menéndez y Romero-Neiva, 2010). Ésta disciplina se encuentra incluida dentro de los tipos de terapia expresiva, las cuales se definen como:

Un conjunto de técnicas terapéuticas desarrolladas por personal específicamente cualificado, basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales. Incluye modalidades terapéuticas como arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal. (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010, p. 4)

Esta disciplina reúne los preceptos de la psicología y el arte⁷, siendo ambos procesos que han acompañado al ser humano durante su proceso evolutivo (Pérez, 2012), valiéndose del arte como una actividad que facilita y potencializa el proceso terapéutico. Del Río y Sanz-Aránguez (2010) apoyan este precepto, ya que consideran que “todo proceso de creación puede resultar terapéutico y que todo proceso terapéutico puede resultar una forma de creación” (p. 7). La actividad artística, al ser introducida dentro de un espacio de psicoterapia, genera un espacio de normalidad, lo que facilita la movilización de capacidades de carácter expresivo, adaptativo y comunicacional en el sujeto, a diferencia de otras terapias de distinta modalidad, que pueden llegar a generar bloqueos discursivos en el paciente por su estructura y rigor.

Este proceso es un instrumento terapéutico cuyo fin no está “del todo definido *a priori*” (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010, p.10). Éste se va transformando o generando por

⁷ La psicología relacionada con procesos correspondientes a la Teoría de la Mente, vínculos sociales y dinámicas comportamentales y el arte en asociado como factor cultural y comunicacional.

medio de la interacción existente entre el paciente y la obra, y que va construyendo su sentido de acuerdo a las circunstancias. De esta forma, se tiene como precedente que el paciente partirá de lo imaginario; un imaginario atravesado por sus vivencias y experiencias, se parte de la subjetividad del sujeto y de su forma de ver el mundo (Pérez, 2012).

Debido a que, por medio de la expresión artística, el paciente tiene el control de lo que desea plasmar, el arteterapia permite la expresión abierta de innumerables áreas de la vida de la persona que por medio de la palabra no pueden expresar algunos pacientes con psicopatologías graves (Pérez, 2012). Para Del Río y Sans-Aránguez el proceso de pintar abarca más que la palabra, ya que ésta es “(...) sobre todo una forma de acción, una vía de representación que vincula elementos de la realidad externa con otros de naturaleza interna como recuerdos, deseos, miedos, fantasías, etc.” (2010, p. 8).

Además, la función sublimatoria del arte comprende un conjunto de operaciones simbólicas que permiten el desarrollo de capacidades que potencialicen las estrategias de afrontamiento del sujeto, sus respuestas emocionales, sociales y ejecutivas, así como sus habilidades y recursos psíquicos (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). El sujeto no dibuja guiado de forma directa por su enfermedad, éste plasma de acuerdo a sus vivencias, aspectos de su vida que pueden no estar permeados por los síntomas (Pérez, 2012). De este modo, el arteterapia no sólo se centra en la sintomatología propia de la enfermedad, sino también en el potencial que tiene el sujeto y que le permitirá desarrollar capacidades que faciliten su equilibrio y bienestar mental (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Esta técnica permite que el paciente entienda el proceso que se está llevando a cabo, y disminuir las defensas que le impiden reconocer las problemáticas que le están afectando

(Pérez, 2012). Esto hace que esta terapia sea óptima para sujetos que presentan dificultades para expresar sus sentimientos y pensamientos de forma verbal (Ruiz, 2014). Uno de los objetivos principales es el de permitir que el paciente genere un cambio y crezca a nivel personal, a través de los medios artísticos y de la generación de un ambiente seguro que permita el uso de materiales de forma libre.

De este modo, “la dinámica de la práctica arteterapéutica reside en el proceso y no en el resultado final obtenido” (Menéndez y Romero-Neiva, 2010, p. 369), promoviendo con esto, actividades de transformación y acción que permitan que el sujeto haga un cambio de sí mismo y/o su entorno.

La utilización de una herramienta visual para el desarrollo de la terapia, es un aspecto que facilita el proceso ya que “(...) la imagen, por su potencial comunicativo posee, entre otros, el potencial de expresar las distintas partes de la psiquis del paciente tanto aquellos aspectos desintegrados pero también aquellos que permanecen intactos y que son sanos” (Ruiz, 2014, p. 18).

Así, se utiliza el discurso del arte como forma de enganche y construcción que toma sentido en el acto, y que no puede ser expresado de otro modo, este discurso al no estar amarrado al uso directo de la palabra, puede valerse de metáforas, hipérboles, metonimias e ironías, cuyo significado semántico y sensorial se mantiene durante el proceso (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Lo anterior, puede ser un aspecto importante para que el sujeto recuerde cómo se sentía en la sesión (Pérez, 2012), esto permite que el paciente pueda por medio de la imagen, concentrarse y aislarse hacia su mundo, lo que, aunque no es recomendable que lo haga de forma permanente, si facilita un ambiente en donde el sujeto logra regularse a sí mismo. Igualmente, facilita la expresión de aquellas ideas y pensamientos que puedan ser

importantes en el desarrollo u obstaculización de la psicoterapia (Ruiz, 2014), construyéndose un puente que conecte su realidad actual con lo sintomático que le afecta. Logrando así la expresión y elaboración, en lo simbólico, de aquellas experiencias que le generaron un sentimiento de incapacidad, dolor o inadaptabilidad (Pérez, 2012).

Del mismo modo, pintar es una actividad que permite la catarsis y la liberación de emociones, el arteterapia se basa en la creencia de que esta actividad por si sola facilita la resolución de conflictos, potencializa habilidades interpersonales, reduce el estrés y fortalece la autoestima (Ruiz, 2014).

El arteterapia es una técnica que permite la construcción de un espacio de confianza, en donde se puede explorar de forma menos amenazante el sí mismo, obteniendo información privada que puede ser relevante para el tratamiento (Ruiz, 2014), y al no ser un proceso estricto ni invasivo, favorece un acercamiento y facilita el trabajo de análisis que permite la identificación de formas de afrontamiento y estrategias adaptativas o defensivas del sujeto (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Ahora, el arteterapia no posee un eje de trabajo específico, de acuerdo con Del Río y Sanz-Aránguez (2010), esta disciplina puede aplicarse teniendo en cuenta los siguientes ejes:

- Terapia ocupacional: tal como su nombre lo indica, esta se encuentra centrada en la actividad en sí misma.
- Rehabilitación: este eje se encuentra centrado en la estimulación y desarrollo de aspectos como: la cognición, área social, motricidad, percepción y atención. De este modo, las actividades en este eje se encuentran más centradas en el cortar, pegar, rellenar, etc.

- Test proyectivos: por medio de lo plasmado por el paciente, también se puede llegar a obtener un correlato sintomático donde se incluirán diferentes estrategias que permitan dar un significado al padecimiento del sujeto.
- Talleres de arte: en este eje se focaliza más en las técnicas, materiales y el producto, fijándose una tendencia hacia el arte en sí mismo.

Cada uno de estos ejes cuenta con diferentes características herramientas y encuadres de aplicación, pero todos hacen uso del arte como un facilitador del proceso terapéutico.

Antecedentes históricos.

El ser humano cuenta con diferentes formas por medio de las cuales expresar un mensaje, el arte ha sido uno de esas formas desde tiempo antiguos, “el arte es considerado una actividad propia e intrínseca del ser humano, independiente del estado psíquico de las personas, surgido desde la necesidad de comunicación y adaptación, como proceso de simbolización y vínculo” (Troc, 2015, p. 17).

Cesare Lombroso, en 1864, es uno de los primeros en despertar el interés por la relación existente entre el arte y la psicopatología en la comunidad psiquiátrica, realizando estudios y dando una perspectiva respecto a esta relación de forma general (Del Río y Sanz-Aránquez, 2010). Pero, no es hasta 1922 que el psiquiatra e historiador H. Prinzhorn muestra interés en el estudio de las producciones artísticas de pacientes con psicosis, reuniendo un total de aproximadamente 5.000 obras (Menéndez y Romero-Neiva, 2010). De la observación y análisis de las diferentes obras reunidas, Prinzhorn realiza la publicación del libro llamado *La producción de imágenes del enfermo mental (1922)*, en donde realiza la descripción de seis pulsiones que se encuentran presentes en las obras de

los esquizofrénicos recopiladas: pulsión hacia la expresión, el juego, el orden pautado, la ornamentación compulsiva, el simbolismo y la copia excesiva (Aranguren y León, 2011).

Desde 1930 se comienza a utilizar el arte en Inglaterra como forma de intervención en personas con trastornos mentales (Troc, 2015); el primero en acuñar el término *arteterapia* como forma de llamar a esta técnica de intervención fue Adrian Hill en 1942, el cual se refería a este término como “el proceso mediante el cual las personas al expresarse por medio de la actividad artística experimentan un mayor bienestar” (Aranguren y León, 2011, p. 13). Hill fue hospitalizado durante la Segunda Guerra Mundial y comenzó a utilizar la pintura como forma de liberación del dolor y la angustia (Menéndez y Romero-Neiva, 2010), es gracias a él que se comienza a utilizar el arteterapia como forma de intervención en el periodo pos-guerra, convirtiéndose Hill en uno de los primeros arteterapeutas. Posteriormente publicaría su libro *Arte como ayuda para la enfermedad* en 1943 (Aranguren y León, 2011).

Finalizando la Segunda guerra Mundial, se comienza a considerar el arteterapia como una disciplina, reconociéndose como una práctica terapéutica con diferentes enfoques de intervención en los cuales se le da prioridad al proceso de creación artística (Troc, 2015). Siguiendo los aportes de autoras como Margaret Naumburg y Edith Kramer, quienes son consideradas las fundadoras del arteterapia en Estados Unidos, esta técnica se fortaleció como forma de intervención para los trastornos mentales.

Mientras Naumburg, centraba el proceso en la elaboración y expresión de los conflictos intrapsíquicos, es decir, en el producto final, pues “cuando los pacientes lograban representar simbólicamente sus experiencias profundas, a través de la proyección en el

papel de sus conflictos, podían luego acceder [a] una articulación verbal de los mismos” (Aranguren y León, 2011, p. 14). Kramer, enfocaba su trabajo, no en los contenidos inconscientes, sino en el proceso mismo y la capacidad terapéutica que tiene la actividad artística en sí.

Luego, en 1950 se realiza la primera exposición de arte psicopatológico en Paris y, el mismo año, Marion Millner publica uno de los primeros programas de estudio de arteterapia (Menéndez y Romero-Neiva, 2010). En la década de los sesenta, se comienza a generar diferentes asociaciones de arteterapeutas, dedicadas al estudio y desarrollo de esta disciplina, entre ellas: la Sociedad Francesa de Psicopatología de La Expresión, la Asociación Británica de Arteterapeutas y La Asociación Americana de Arteterapia. Esto pudo haber dado paso a la generación de diferentes formas de implementar y llevar el proceso del arteterapia, de acuerdo a las bases teóricas del terapeuta, ya que algunos autores, incluso en la actualidad, consideran que la arteterapia puede ser tomada como una psicoterapia específica, o como sólo una técnica de intervención aplicable de ayuda en cualquier psicoterapia (Aranguren y León, 2011).

¿Cómo se desarrolla?

Como se ha dicho anteriormente, el arteterapia es una técnica que no posee un objetivo específico definido (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010), el trabajo es realizado de acuerdo a las características del paciente, sus dificultades en el proceso y las necesidades que este tenga. A pesar de esto, esta técnica posee unos preceptos sobre los cuales se basa la forma en la que se desarrolla la intervención.

El arteterapia es una psicoterapia no directiva que utiliza la asociación libre como base de trabajo, esto en función de facilitar el discurso, la proyección y la capacidad de insight en el paciente (Pérez, 2012). Aunque algunos terapeutas optan por hacer interpretaciones, sólo si las condiciones de trabajo y el proceso es llevado de forma adecuada (Aranguren y León, 2011).

Dentro del marco de la terapia, la actividad central de las sesiones “comprende la creación de imágenes y situaciones que se relacionan y dan origen a una experiencia de liberación emocional y entendimiento personal” (Troc, 2015, p. 30). Para estimular la capacidad de exploración, expresión de sentimientos y emociones (Ruiz, 2014), y brindar un espacio donde el paciente pueda hacer uso libre de las herramientas con las cuales se sienta más cómodo, es necesaria la disponibilidad de diferentes tipos de materiales para realizar la pintura (lápices de colores, pinturas acrílicas, acuarelas, marcadores, etc.) (Troc, 2015).

Esto debido a que dibujar proporciona y facilita el manejo emocional del paciente, reduciendo la ansiedad, organizando el lenguaje y la capacidad de simbolizar, asociar y narrar lo hechos que le están afectando. De esta forma, el “arte pictórico representa una proyección gráfica de los conflictos internos del paciente” (Menéndez y Romero-Neiva, 2010). El objetivo del uso de materiales artísticos es proporcionar al paciente herramientas de expresión y reflexión sobre su propio estado, esto posibilita responsabilizar al sujeto del proceso y disminuye la intensidad de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta (Aranguren y León, 2011); esto permitirá que el paciente desarrolle su autoconfianza, evitando que el proceso de construcción y transformación se encierre sólo en las sesiones o en la actividad (Troc, 2015).

Una vez terminado el dibujo/pintura, es adecuado que el participante escriba o relate una breve historia respecto al significado que la pintura, esto con el fin de aclarar qué tipo de símbolos el sujeto está plasmando en el arte (Pérez, 2012). Esto es necesario ya que, en el proceso el paciente atribuye significados y significantes relevantes en relación con las experiencias de él mismo, con su subjetividad, temores y traumas.

Además, en las primeras sesiones es común que los trazos y símbolos no contengan sujeto ni objeto definido, a lo largo del proceso es que el sujeto comienza a impregnar de significado todas las formas y objetos que plasma en el lienzo.

En relación con el terapeuta, es necesario que este tenga conocimientos multidisciplinarios respecto a la técnica del arteterapia, para poder realizar una adecuada dirección del proceso terapéutico y motivar a los pacientes a hacer uso de todos los materiales y a explorar (Aranguren y León, 2011), es importante que el terapeuta sostenga una actitud que indique la existencia de un intermediario confiable, libre de juicios de valor, capaz de satisfacer las necesidades que se despierten en el proceso, y dispuesto a facilitar “la integración de la experiencia, la elaboración de emergentes emocionales y, en último caso, su resignificación” (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Además, el terapeuta debe poseer una excelente capacidad de evaluación del comportamiento del paciente y de su estado evolutivo, esto con el fin de detectar e identificar posibles obstáculos en el proceso terapéutico, debido a la personalidad del sujeto o crisis evolutivas que se puedan presentar (Aranguren y León, 2011).

En el caso del espacio físico y el ambiente de trabajo, debe ser un espacio que permita al sujeto explorar, experimentar, construir y transformar, un punto intermedio entre

la realidad y el síntoma del paciente (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). El arteterapia provee de un medio en donde el sujeto siente la seguridad de revelar información sobre sus sentimientos y problemáticas internas, y de este modo, proporcionar un medio de descarga de ansiedad y de reconocimiento de lo que se siente (Ruiz, 2014).

Los límites de este ambiente deben estar acordados, estructurándose un tiempo de trabajo y el espacio, promoviendo la internalización de aspectos estructurales que sujeten al paciente a la realidad (Aranguren y León, 2011).

Además, debe ser un espacio abierto pero contenedor, en donde el paciente posea la confianza de descargar sus emociones sin tener miedo de ser dañado, lo cual le permita resignificar y reelaborar experiencias y conductas desadaptativas para mejorar sus respuestas ante estas (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). Así mismo, el contar con un espacio seguro y controlado permitirá al terapeuta poder realizar intervenciones o interpretaciones respecto al material (Aranguren y León, 2011).

En casos donde se desee realizar un trabajo grupal, es necesario tener en cuenta la cantidad de pacientes, las edades y los motivos de consulta de los integrantes, y de esta forma, facilitar un ambiente en donde se pueda compartir, intercambiar y construir experiencias con los otros integrantes (Aranguren y León, 2011)

Por otra parte, es posible identificar diferentes componentes que se presentan en el proceso terapéutico del arteterapia (Menéndez y Romero-Neiva, 2010):

1) Creatividad

Menéndez y Romero-Neiva definen la creatividad como “la capacidad de abordar, resolver y repensar un conflicto, de la índole que sea (personal, social, moral y estético), favoreciendo la apertura hacia discursos ajenos, haciendo surgir la fluidez, la flexibilidad, la ambigüedad y la originalidad” (2010, p. 370). La creatividad es factor importante en el proceso de cambio y transformación del sujeto.

2) Proceso creador

El proceso de creación es lo que permite al sujeto el desarrollo de nuevas herramientas psíquicas que le faciliten superar las crisis que se le presenten en la vida. Este es un factor importante en el proceso terapéutico, ya que proporciona la oportunidad al sujeto de evolucionar y desarrolla su potencial.

3) Juego e identificación

El juego permite al sujeto generar un espacio de “Como si fuera”, dándole la confianza de explorar y reaccionar de formas diferentes a las experiencias que se le presentan. La pintura y el juego proveen ambas de un espacio donde el sujeto tiene la libertad de reconocerse y decidir por sí mismo, mediando entre la realidad externa y la realidad interna del sujeto, y brindando herramientas y espacios que el sujeto podrá utilizar en la presenta de crisis.

4) Repetición

El sujeto se ve amarrado, antes de la terapia, al pasado y a conductas desadaptativas ante la presencia de problemas. Es esta repetición la que permite la identificación de aspectos desadaptativos en el sujeto en función de mejorarlos, del mismo modo, la

repetición proporcionará al sujeto la capacidad de continuar y llevar a cabo las herramientas adquiridas en la psicoterapia aun después de haberla terminado.

5) Encuadre, transferencia y contratransferencia

Es necesario que factores como el encuadre, la transferencia y la contratransferencia se delimiten y establezca en el proceso terapéutico, estos factores facilitaran la generación de un espacio y ambiente adecuado para la psicoterapia. Tanto el espacio como la relación con el terapeuta deben de brindar la capacidad de contener al sujeto emocionalmente, estimular la capacidad de simbolización y desarrollar la capacidad de introyección de herramientas desarrollada en el proceso terapéutico por el sujeto.

6) Simbolismo de las imágenes

La capacidad de simbolización de las imágenes provee una manera de comunicación que facilita la expresión de conflictos internos, emociones, pensamientos e intenciones presentes en el sujeto. Son una excelente forma de comunicación para aquellas personas que tienen dificultades para expresarse de forma verbal.

7) Reconstitución de la imagen corporal

Todo este proceso de creación y simbolización, permite al sujeto ponerse en contacto con su cuerpo, ser consciente de sus emociones, pensamientos y experiencias. La acción de crear o construir en el arte da paso al proceso de introyección/proyección que permite generar en el sujeto la delimitación de la realidad externa con su realidad interna.

Aunque a nivel general, no existen categorías establecidas para la aplicación este tipo de psicoterapia, Andrea Troc Moraga (2015) en su tesis "*La pintura: una salida de*

escape para la esquizofrenia”, se refiere a las siguientes etapas en las cuales clasifica las sesiones de intervención:

- **Etapa 1) Inicio y construcción del vínculo**

En esta etapa se realiza el establecimiento del encuadre y la forma en la que se va a trabajar en las sesiones. También se inicia la construcción de un vínculo/transferencia entre el terapeuta y el paciente.

- **Etapa 2) Autocontrol**

Se comienza a estimular el sentido de responsabilidad sobre el proceso y el autocontrol o límites que el paciente debe comenzar a establecer.

- **Etapa3) Restauración**

Una vez establecida la noción de responsabilidad sobre la terapia, se comienza a restaurar y estimular el reconocimiento de las capacidades y habilidades que tiene el sujeto. Dándole a conocer que posee herramientas que le permitirán responder de forma adaptativa ante situaciones estresantes.

- **Etapa 4) Consolidación y cierre**

En esta etapa final, se hace reconocimiento del progreso y habilidades que ha adquirido el sujeto durante el trabajo terapéutico, y se le da vía libre para que comprenda que puede hacer uso de esta técnica de forma personal, para seguir reforzando sus capacidades e identificando aspectos de sí mismo en relación con la enfermedad.

Por último, para alcanzar resultados terapéuticos eficaces, es necesario también de la intervención de campos que sobrepasen a la psicoterapia, como lo son: psiquiatría, medicina, enfermería, trabajo social, etc. Por lo cual, es necesario que se realice un tratamiento interdisciplinario que garantice un mayor bienestar en el sujeto (Aranguren y León, 2011).

Importancia de la transferencia

En el arteterapia, así como en otras técnicas de intervención, es importante que se realice un encuadre sobre las sesiones. Uno de los factores primordiales para la eficacia del proceso terapéutico en el arteterapia, es la relación que se da entre el paciente-terapeuta-obra (Ruiz, 2014). Ya que, a partir de la forma en la que se estructure esta triada, se sentirá confiado y comprendido por el terapeuta, sintiéndose calmado y contenido por las palabras que este le brinden (Pérez, 2012).

El encuadre que se establezca en las sesiones y el tipo de relación que se desarrolle entre terapeuta-sujeto, se verá mediado por aspectos como (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010):

- Rasgo de personalidad.
- Mecanismos defensivos y adaptativos.
- Habilidades sociales.
- Estilo de afrontamiento y atribución.

Una de los aspectos generales a la hora de establecer esta relación, es que no debe de basarse en conductas distantes o frías, se debe de mantener una neutralidad que satisfaga las necesidades del paciente, pero que no genere una dependencia hacia el terapeuta (Pérez,

2012). El rol del terapeuta en el proceso se estará direccionado por las problemáticas e inquietudes que surjan, por lo cual no es adecuado mantener una actitud estática ante la evolución del paciente (Aranguren y León, 2011).

Cuando el terapeuta, con una actitud de aceptación, empatía y acompañamiento, es capaz de recrear un espacio seguro donde el sujeto pueda explorarse a sí mismo, se generan espacios de realización, crecimiento y aprendizaje (Troc, 2015), favoreciendo el establecimiento de un vínculo con lo externo, y desarrollando un lazo con lo social, en el cual el sujeto pueda incorporar aptitudes que evolucionen sus mecanismos de adaptación (Aranguren y León, 2011).

Para lo anterior, es necesario que el terapeuta cumpla una función de Yo Auxiliar del paciente, ya que en las sesiones se podrán presentar cargas emocionales ansiosas, que el sujeto con sus recursos psicológicos no pueda manejar. Uno de los objetivos principales del profesional, debe ser el promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad del paciente, fortaleciendo la capacidad de autonomía y autoestima, aspectos que le ayudarán a hacer uso de mecanismos adaptativos para la satisfacción de sus necesidades (Pérez, 2012).

Debido a eso, el terapeuta deberá tener conocimiento respecto a (Aranguren y León, 2011):

- a) Técnicas de las actividades plásticas.
- b) Psicología de la representación.
- c) Significado e historial.

Esto último es debido a que “Cada una de las comunicaciones del paciente tiene un significado importante; por irracional que parezca” (Pérez, 2012, p. 139). El terapeuta

ayudará a reemplazar aquellas racionalizaciones distorsionadas por representaciones acordes con la realidad. Todas estas dinámicas relacionales y posiciones ante la terapia, dan paso en el paciente a un proceso de maduración y transformación (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Efectividad

El arteterapia ha sido una técnica de intervención que ha resultado beneficiosa en el tratamiento de diferentes patologías mentales, por sus diferentes ejes de aplicación posee la capacidad de estimular la recuperación de funciones neurológicas y capacidades de afrontamiento (Pérez, 2012). A pesar de esto, desde la medicina existen pocas investigaciones bien documentadas que respalden su eficacia (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Además, en una revisión ejecutada a por Cochrane (2006) se encontró que, de entre 61 investigaciones realizadas sobre el arteterapia en la esquizofrenia, sólo 2 de estas tenían la suficiente rigurosidad para ser validadas, aunque los datos aportados por estas investigaciones eran difíciles de establecer debido a que se presentaban datos confusos y contradictorios, por lo cual eran necesarias futuras investigaciones que evalúen la efectividad de esta técnica (Menéndez y Romero-Neiva, 2010).

No obstante, en la actualidad existen publicaciones que validan la eficacia del arteterapia en el tratamiento de psicopatologías, de forma más específica, en la esquizofrenia (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). Estudios han dado base de evidencia sobre la efectividad del arteterapia en la mejora del estado mental en la esquizofrenia, en especial,

en la reducción de los síntomas generales de la patología (Menéndez y Romero-Neiva, 2010).

Estos estudios proponen que, por medio del arteterapia, se pueden tratar sintomatologías negativas propias de la esquizofrenia, interviniendo y mejorando síntomas como la abulia, el aplanamiento emocional y la apatía (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). Ahora, “una de las principales fuentes de discapacidad la constituyen los síntomas negativos de la psicosis” (Ruiz, 2014, p.20), los cuales pueden ser generados como efecto secundario de la medicación o debido al deterioro cognitivo que se presenta en el desencadenamiento, dentro de estos efectos también pueden aparecer, la falta de objetivos, motivación e interés.

También, el uso de esta técnica también permite el fortalecimiento de las funciones del yo, dando sentido a la realidad personal y del mundo por medio del lenguaje, mejorando la autoestima, la capacidad de insight, la clarificación emocional y el proceso creativo para la solución de problemáticas relacionadas con ansiedades psicóticas (Aranguren y León, 2011).

Además, permitiría el desarrollo y creación de defensas y habilidades de adaptación más maduras, y ya sea en el trabajo grupal o individual, la interacción con el terapeuta y los compañeros más la actividad creativa, permite reaprender y ensayar habilidades sociales en el sujeto con esquizofrenia

Por otro lado, el National Institute for Clinical Excellence, de Inglaterra, publicó en el 2009 la Guía de Tratamiento de la Esquizofrenia, donde se realiza una revisión de las

investigaciones sobre las terapias artísticas en referencia a su efectividad y viabilidad económica, esta guía concluye que:

Ejercida por profesionales acreditados, la terapia por el arte es efectiva en la reducción de síntomas negativos en la esquizofrenia, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados, haciendo notar que, hasta la fecha, es la única intervención que ha demostrado efectividad en esa área sintomática. Además, los cálculos económicos muestran que, si se utiliza un formato grupal, la intervención [es beneficiosa a nivel de] coste-eficiente (Menéndez y Romero-Neiva, 2010, p. 378)

Del mismo modo, la Guía Práctica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente de España, en el 2009 manifiesta que “Investigaciones más recientes permiten recomendar la aplicación de técnicas expresivas (con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia, etc.) realizada por profesionales con formación especializada acreditada en pacientes con sintomatología negativa” (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010).

Además, hay evidencia de que por medio del arteterapia se pueden lograr *insights*⁸ que no pueden ser logrados por medio del discurso (Pérez, 2012). Igualmente, a partir de una revisión bibliográfica realizada, se pudo evidenciar otros efectos que puede tener el arteterapia en el tratamiento de la esquizofrenia, como (Aranguren y León, 2011):

- Conectar la experiencia subjetiva con la realidad externa.
- Promover orden, armonía, ritmo y proporción.

⁸ Capacidad de introspección y entendimiento de una situación o problema.

- Producir catarsis y favorecer la clarificación emocional.
- Orientar y dar sentido a la realidad personal y al mundo por medio de la utilización de símbolos y metáforas.
- Estimular la imaginación y el potencial creativo.

La eficacia de esta técnica también se ve influida por el tipo de relación que se establezca entre el paciente y el terapeuta (Pérez, 2012), esta puede permitir el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y la autoestima del sujeto (Aranguren y León, 2011). Además de eso, el uso de imágenes y del arte favorece el desarrollo y estimulación de la capacidad de simbolización (Pérez, 2012), también se puede lograr favorecer “la flexibilidad de pensamiento, la búsqueda de soluciones diferentes a los problemas y la capacidad de tolerar la ambigüedad” (Aranguren y León, 2011), habilidades que se encuentra afectadas debido a los síntomas de la psicopatología.

Por otro lado, diversos estudios han señalado que el arteterapia también es efectiva en el tratamiento a pacientes que se ven afectados por la demencia, fortaleciendo la capacidad visoespacial, visoperceptiva y visoconstructiva, facilitando la reconexión del sujeto con el mundo (Ceballo, De Vasconcelos, y Ferreira, 2012).

Actualidad

En la actualidad, el arteterapia no suele ser valorada dentro de la intervención terapéutica. El uso de esta no es tomada como una práctica terapéutica específica, sino como una actividad facilitadora del proceso (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). Esta técnica se utiliza como potenciador del proceso terapéutico, y es utilizada no solo en pacientes con

psicopatologías, sino también en la recuperación de enfermedades físicas y terminales, debido a los efectos de alivio y mejoría que presentan los pacientes (Pérez, 2012)

Por lo anterior, es utilizada por psiquiatras, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionales y enfermeros, como una actividad complementaria dentro del proceso de psicoterapia (Del Río y Sanz-Aránguez, 2010). Sus aplicaciones más comunes son como:

- Vía de descarga y/o relajación.
- Material proyectivo.
- Instrumento diagnóstico.
- Herramienta rehabilitadora.
- Actividad de ocio.
- Vía de expresión o comunicación personal.

Y muchos hospitales psiquiátricos y grupos de arteterapia han comenzado a coleccionar las producciones de sus pacientes, esto con el fin de identificar puntos comunes que ayuden a interpretar y relacionar símbolos con los significados de estos (Pérez, 2012).

Conclusión

A partir de lo expuesto en estos trabajos, se puede evidenciar que la arteterapia es una técnica poco utilizada los tratamientos prescritos para la esquizofrenia, y sólo es tenida en cuenta como una técnica adicional de apoyo y facilitadora del proceso.

Aunque existen diversos estudios que validan su eficacia a la hora de tratar síntomas negativos de la esquizofrenia (Menéndez y Romero-Neiva, 2010), aún son necesarias más investigaciones para evaluar la permanencia de los resultados. Además, también es

necesario realizar investigaciones que cuente con muestras poblacionales mayores, debido a que tal característica es un límite a la hora de evaluar la validez a nivel general.

Terapia familiar.

La terapia familiar es una técnica caracterizada por la inclusión y la participación activa de la familia en el proceso familiar. En comparación con otras técnicas, esta se centra en realizar intervenciones directas con la familia del paciente con esquizofrenia, generando impacto en el entorno inmediato. Sus actividades están centradas en la educación, reflexión y sensibilización respecto a los síntomas y problemáticas que conlleva el cuidado de una persona con esquizofrenia.

Además de esto, permite un espacio en donde las familias pueden compartir sus temores, dudas, estrategias y demás experiencias que pueda necesitar una solución y que ayuden a otras familias a conocer y adoptar hábitos que faciliten la convivencia con una familiar que padece esquizofrenia.

¿Qué es?

La terapia familiar es una modalidad de intervención que comprende el acompañamiento de todos los miembros de la familia, y no solo del paciente (Sánchez, Cruz, y Machado, 2011). Esta intervención busca brindar apoyo en la convivencia a la familia, intentando facilitar el proceso de adaptación y la calidad de vida de sus integrantes (Soto, 2011).

Es necesario que se trabaje con la familia en el desarrollo de un modelo educativo de afrontamiento/adaptación; la educación dentro de esta terapia, procura fomentar la

comprensión por parte de los familiares de la enfermedad, de modo que posibiliten un espacio de bienestar y progreso en el paciente con esquizofrenia (Glynn, 2013).

Para esto, Sánchez, Cruz y Machado exponen que es necesario que la familia del paciente tenga contacto con el sistema y el tratamiento, de forma que esta alcance un entendimiento del proceso que les permita desarrollar esas mismas estrategias en el hogar (2011). Teniendo en cuenta que el ambiente familiar en el que está inmerso el sujeto influirá de forma importante en el pronóstico de la esquizofrenia (Glynn, 2013).

Así mismo, la terapia familiar busca "cambiar o modificar las interacciones, estilos relacionales y patrones de comunicación disfuncionales que se producen en la familia" (Mayoral Cleries, 2014). Para lo anterior, se debe de ofrecer a la familia información respecto a la enfermedad, aspectos a mejorar en la dinámica familiar y potencializar la adquisición de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflicto (Fénandez, 2010). Además, la socialización en conjunto de un plan de prevención de recaídas (Glynn, 2013).

La terapia familiar se sirve de muchos enfoques para su intervención, entre estos están: el enfoque "el psicodinámico, terapia racional emotiva, terapia conductual, entre otros" (Sánchez, Cruz, y Machado, 2011). Con el fin de lograr dotar a la familia de variadas herramientas para enfrentar situaciones estresantes.

Antecedentes históricos

La terapia familiar surgió a mediados de los años 50, debido a que en la época se tenía a la familia como la principal causa de la enfermedad. Durante ese tiempo, se pugnó

por una mayor aceptación del enfermo, y no en la modificación del funcionamiento familiar. En 1960, Murray Bowen propone que “el origen de la esquizofrenia radica en la perpetuación de conflictos a través de las generaciones” (Sánchez, Cruz y Machado, 2011, p. 69). Por lo tanto, los conflictos emocionales que pasaban al menos tres generaciones, posibilitaban el desarrollo de una psicosis en algún miembro de la familia.

Desde este punto de vista, la familia era un agente patógeno que impedía la cura o mejoramiento del paciente. Debido a esto, el tratamiento que se aplicaba era el de alejar al enfermo del ambiente familiar y se procedía a internar en algún centro psiquiátrico (Soto, 2011). Se utilizaban conceptos como: madre esquizofrenogena, mistificación, cisma y sesgo marital, para referirse a la familia como sistema patógeno (Sánchez, Cruz y Machado, 2011), específicamente a la madre como cuidadora principal, lo cual se puede evidenciar en la teoría del Doble Vínculo⁹ (Soto, 2011).

Con el cambio de un modelo de trabajo institucionalizado al de una atención ambulatoria, en las décadas de 1960 y 1970, se produce un desplazamiento de los pacientes internos en asilos psiquiátricos a los hogares y la comunidad, debido a los pocos conocimientos que se tenían sobre la enfermedad mental, lo cuidados brindados a los enfermos en los hogares no eran los apropiados. Este hecho, facilitaba la presencia de recaídas, fugas del hogar y problemas de orden público (Soto, 2011).

Debido a esto, muchas familias comenzaron a desarrollar de forma intuitiva planes de afrontamiento y de manejo de la enfermedad, comenzando a implementar técnicas y

⁹ Esta teoría explica la situación en la cual existen dos personas que se comunican, pero que una de ellas envía dos mandatos o mensajes contradictorios, uno al nivel de la relación comunicativa y el otro a nivel del contenido del mensaje (Roiz, 1989).

estilos de relación para atender al familiar enfermo. Este grupo de familias exigían mayores y mejores cuidados, dando un giro al papel de la familia dentro de la enfermedad; de ser el agente causante, pasó a ser un agente proveedor de cuidados fundamentales para la rehabilitación, la evolución y mejora de los síntomas.

A raíz de esto, en la década de los 70 surge el enfoque familiar sistémico¹⁰ como forma de organización (Sánchez, Cruz y Machado, 2011). Con la aparición de los fármacos y el surgimiento de discursos e investigaciones que revelaban que la medicación psiquiátrica no era suficiente para la recuperación, se evidenció la necesidad de un tratamiento integrado, que tuviera acciones a nivel biológico (medicación) y psicosocial (como la intervención familiar) (Soto, 2011).

La familia como herramienta de intervención terapéutica en la esquizofrenia es un concepto relativamente nuevo (Sánchez, Cruz y Machado, 2011). Estudios realizados en el año 1981 proponían que el lograr que la familia conozca respecto a la enfermedad, y entienda el efecto de esta en el sujeto, junto con el aprendizaje de estrategias de resolución de conflictos y cambios en las dinámicas disfuncionales, contribuía en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y en la reducción del riesgo de recidiva del paciente (Fénandez, 2010).

Desde entonces, la familia pasó a ser un eje central a la hora de realizar investigaciones, con el surgimiento del concepto de *Emoción Expresada*¹¹, y a partir de la

¹⁰ Este enfoque se caracteriza por la inclusión de la familia, la comunidad y las políticas públicas del entorno el sujeto como factores que influyen en su funcionamiento global.

¹¹ Implica la demostración en el ambiente familiar de: Sobre-estimulación, dominio, sobreprotección, rechazo, criticismo y mensaje contradictorias (Soto, 2011)

observación de la atmosfera familiar, se asoció la expresión de esta con un aumento de la sintomatología y recaídas, debido a que este tipo de relación expone al sujeto a situaciones con alta carga de estrés.

Junto con el establecimiento de la terapia familiar, surgieron otras técnicas y modelos de intervención como la psicoeducación, la resolución de problemas y la terapia conductual familiar, las cuales se encuentran inscritas dentro de las herramientas utilizadas en la terapia familiar, pero que individualmente también tienen diferentes efectos en la intervención de diversas patologías (Soto, 2011).

¿Cómo se desarrolla?

La terapia familiar asume el abordaje de la patología desde el ambiente familiar, valorando el papel que tiene la familia en el pronóstico de la enfermedad y la posibilidad de cambio que se presenta del progreso del diagnóstico ante la modificación de dinámicas familiares disfuncionales (Navarro, 2013). Brindar a los familiares habilidades para apoyar el cuidado del paciente facilita el trabajo a los profesionales de la salud mental en la recuperación del bienestar del sujeto. Existen varios programas de terapias familiares en función de mejorar la efectividad de estos y cubrir las necesidades o dificultades presentes en el sujeto, es necesario que dichos programas cuenten con servicios como (Glynn, 2013):

- Divulgación y educación sobre la enfermedad: consiste en compartir con el paciente y la familia información de la enfermedad respecto a: etiología, desarrollo, consecuencias, causa, tratamiento y factores que influyen en su agravamiento.
- Entrenamiento de habilidades para resolución de conflictos: se le brindarán al paciente estrategias para el manejo de situaciones conflictivas.

- Habilidades de afrontamiento a la persona enferma: por medio de ejercicios se estimulará el desarrollo de técnicas para que el paciente pueda enfrentarse a situaciones que le resultan sobre-estresantes.
- Conducta de apoyo a los familiares: se realizarán trabajos reflexivos y de sensibilización, en donde se promocionará que la familia genere un ambiente de confianza, seguro y estable, también se brindarán técnicas para el cuidado del paciente.
- Plan de prevención de recaída: con paciente y familia se desarrollará un plan de emergencia en donde se identifiquen los síntomas previos a una recaída, los puntos de salud a los que pueden acudir ante la sospecha de una recaída y el cuidado que se le debe brindar a sujeto durante este proceso.
- Consulta con profesionales que apoyen problemas específicos (cambio de modos de vida, problemas en la adherencia al tratamiento, etc.).

Con lo anterior, “la familia supone un foco potencial en la intervención” (Navarro, 2013), como contexto principal en el que se desenvuelve el sujeto, dando paso al abordaje de la psicopatología de forma integral.

Estos programas tienen una duración de aproximadamente 9 meses, y las intervenciones tienen variación de acuerdo a intensidad horaria, modalidad (individual o grupal) y la presencia o ausencia del paciente en las intervenciones familiares (Glynn, 2013). Además, se integran diferentes estrategias de aprendizaje como incitación, coaching, modelado y simulaciones. A continuación, se expondrán algunos de los modelos de intervención existentes dentro de la terapia familiar.

Modelo de Anderson

Está conformado principalmente por técnicas educativas. Sus bases se encuentran en la teoría de la vulnerabilidad, la emoción expresada y la comunicación desviada (Féandez, 2010). Comprende el desarrollo de una guía educativa amplia sobre la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación, con el fin de promover que la familia pueda brindar un ambiente tranquilo, en donde se pueda reintegrar al paciente a las labores y rutinas habituales en el hogar (Soto, 2011).

Objetivos

- Generar en la familia expectativas realistas respecto a la recuperación del sujeto.
- Reducir la vulnerabilidad de la persona afectada antes estímulos amenazantes o ambientes sobre-estresantes.
- Evitar el riesgo de recidiva.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Evitar la estigmatización y aislamiento social de la familia.

Este modelo, busca favorecer la adherencia al tratamiento, los factores protectores del ambiente y procurar un ambiente emocional equilibrado.

Fases

Está compuesta por distintas fases, cuya estructura debe ser desarrollar de forma ordenada, esas fases son:

Fase 1. Conexión con la familia: el interés de esta primera fase es el establecer una alianza terapéutica con el paciente y la familia, indagando respecto a la experiencia de la

familia con la enfermedad, evaluando las estrategias de afrontamiento familiar y se recogen los intereses de la familia. Con esta información, se elabora un contrato terapéutico con pasos objetivos y prácticos. Estos buscarán reducir el sentimiento de culpa y controlar el estrés familiar (Féandez, 2010).

Fase 2. Taller psicoeducativo o seminario de habilidades de supervivencia: sin la presencia del paciente/persona afectada, se trabaja psicoeducación con los familiares teniendo en cuenta el siguiente contenido: información sobre la enfermedad, información sobre la medicación, manejo eficaz de situaciones difíciles y reconocimiento de la importancia del autocuidado.

Fase 3. Reintegración en la comunidad: se indaga respecto a la forma en la que los miembros de la familia y el paciente, de forma individual, llevan a la práctica los contenidos tratados en la psicoeducación. Se busca incentivar la realización de actividades en ambientes protegidos como la casa, de forma que progresivamente el sujeto pueda reintegrarse a la comunidad (Soto, 2011).

En esta fase se asignan tareas a los participantes, se habla respecto a situaciones que generen preocupación y se evalúan las tareas asignadas en la sesión anterior. Los contenidos a trabajar en las sesiones son (Féandez, 2010):

- Tratamiento farmacológico: manejo de la medicación, efectos secundarios, cómo funciona en el organismo y aspectos interaccionales con medicaciones de otras patologías que pueda padecer el paciente.

- Detección de pródromos: identificación de síntomas que preceden a una recaída, situaciones o sucesos sobre-estresantes para el paciente y déficits que presente a nivel de funcionamiento global.
- Pautas de convivencia: conductas aceptadas socialmente, habilidades comunicativas y normas establecidas para integrarse a la comunidad.
- Límites interpersonales e intergeneracionales: identificaciones de roles sociales entre sus familia y comunidad.
- Responsabilidad del paciente en el tratamiento: para la generación de adherencia al paciente, es necesario que se sensibilice al paciente respecto a la importancia del tratamiento y las consecuencias que tiene no seguir adecuadamente el proceso de intervención.

Fase 4. Rehabilitación social y profesional: esta fase se centra en el desarrollo potencial laboral en relación a las capacidades y habilidades del sujeto. Está constituida por tres tipos de tareas:

- Actividades sociales y de esparcimiento coordinadas a reintegrar al sujeto a la comunidad.
- Actividades pre-laborales, formativas y laborales, dirigidas a que el sujeto pueda trabajar.
- Actividades que faciliten a sus familiares el recuperar una vida social no permeada por la enfermedad del afectado.

Fase 5. Fin del tratamiento: una vez alcanzados y conservados los objetivos propuestos en el contrato, se da inicio a esta fase. La evaluación de los logros puede resultar

en la reestructuración los objetivos propuestos por la familia y el paciente, o en la disminución progresiva de la frecuencia de las sesiones, para hacer seguimiento de las metas logradas.

Este modelo incluye actividades en donde se trabajan temáticas relacionadas con (Soto, 2011):

- Técnicas de resolución de problemas.
- Manejo conductual.
- Afrontamiento de contingencias que se presente en el proceso de intervención.
- Rehabilitación social y vocacional.

Modelo de Leff

Este modelo está dirigido a la intervención del clima familiar y de la emoción expresada, constructo basado en el hipercriticismo, hostilidad y sobre-implicación emocional¹² (Féandez, 2010). Las intervenciones se realizan en el hogar, de forma que sea fácil para la familia el continuar con las conductas enseñadas (Soto, 2011).

Objetivos

- Reducir la emoción expresada y el contacto con el paciente.
- Aumentar las redes de apoyo sociales de la familia.
- Reducir las expectativas no realistas respecto a la recuperación del paciente.
- Mejorar la comunicación.

¹² Estas tres características conforman la conducta de victimización del paciente por la enfermedad, la generación de relaciones agresivas entre miembros de la familia y el auto-sabotaje por parte del paciente.

Fases

Fase 1. Programa educativo: se incitará a la familia a buscar información respecto a la etiología, síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo de la esquizofrenia, con el objetivo de “aumentar conocimientos acerca de la enfermedad y cambiar las actitudes hacia el paciente” (Féandez, 2010).

Fase 2. Grupos interfamiliares: el grupo está conformado por siete miembros entre los cuales no puede participar el paciente, los niveles de emoción expresada serán de alto y bajo rango. Lo anterior, con el fin de que los participantes con emoción expresada baja sirvan de ejemplo para cambiar estilos de afrontamiento. Se utiliza la técnica de resolución de conflictos como metodología de trabajo, en la cual la familia plantee un problema (real o potencial) que pueda generar el paciente y se busquen estrategias eficaces de afrontamiento de la situación. Las metas principales de esta fase, son modificar las actitudes negativas que tenga la familia hacia el paciente y aprender a manejar el estrés.

Fase 3. Sesiones unifamiliares: En el grupo de trabajo se incluye al paciente como participante, en cada sesión, se hablan de problemáticas familiares que no puedan ser habladas en grupos. Es esta se tratan temas como:

- Naturaleza de la emoción expresada
- Sentimientos de culpa
- Resentimientos

Al final de cada sesión se evalúan los objetivos planteados y se realiza una discusión respecto a los logros obtenidos.

Modelo de Fallon

Enfocado en la terapia conductual, este modelo se basa en la teoría de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia. Fortaleciendo las habilidades de afrontamiento del sujeto, le brinda competencias para darle solución a retos que se presenten durante su vida cotidiana. Además, este modelo supone en la familia una incapacidad de socialización de problemas y de expresión de sentimientos positivos y negativos (Soto, 2011), por lo que pretende mejorar la comunicación dentro de la familia, facilitando la expresión de estos sentimientos. Se prioriza el trabajo con la familia, y se desarrolla en el hogar del paciente, incluyendo actividades como (Féandez, 2010):

- Evaluación de capacidades y déficit de cada miembro de la familia: se indagará con cada familiar cuales son las dinámicas relacionales y las formas de interacción que tiene con el paciente, de qué forma la enfermedad de su familiar lo ha afectado y qué estrategias utiliza para manejar el estrés, solucionar conflictos y ayudar al paciente en su recuperación.
- Definición de objetivos de trabajos: de acuerdo a las dificultades y déficits identificados en la entrevista, se establecerán una serie de temáticas de trabajo personalizadas con cada uno de los cuidadores, esto en función de trabajar y reforzar las estrategias de afrontamiento y brindar herramientas para el cuidado del paciente.
- Psicoeducación: este trabajo se realiza de forma grupal con todos los cuidadores del paciente, aquí se comparte información sobre la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, así como de factores que pueden empeorar los síntomas u obstaculizar la recuperación del paciente.

- Modelado: en esta técnica, se le muestra al paciente escenario y situaciones actuadas por otras personas, con el fin de que el paciente imite, analice y aprenda cuales son las conductas de reacción apropiadas en las interacciones con el otro.
- Ensayo conductual: por medio de este, se le enseñan al paciente conductas adecuadas en la interacción con el otro, por medio de la actuación. El paciente es quien actuará las situaciones y analizará sus actos y formas de respuesta, esto con el fin de identificar qué aspectos debe mejorar y el reforzar las habilidades ya adquiridas.
- Reforzamiento y asignación de tareas en las sesiones: para que el trabajo de recuperación no se entre en las sesiones, se le asignan al paciente actividades o competencias que puede reforzar en casa o por fuera del hospital, estas tareas permiten que el paciente ponga en práctica las habilidades y estrategias adquiridas en contextos naturales, y que desarrolle nueva ante el surgimiento de contingencias no ensayadas en terapia.

La duración del tratamiento es variable en cada caso, aunque en todas se comenzará con sesiones intensivas que irán disminuyendo progresivamente hasta el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Objetivos

- Ayudar a que la familia y el paciente comprendan la enfermedad.
- Cambiar las actitudes ante la enfermedad.
- Desarrollar un clima familiar poco estresante.

- Brindar a los miembros de la familia habilidades para resolver situaciones problemáticas.

Fases

Fase 1. Evaluación conductual de la unidad familiar: Se realiza un análisis de la forma en la que la familia se comunica, resuelve sus problemas y se identifican las necesidades y déficits presenten en cada familiar. Esta información se recoge por medio de: entrevistas estructuradas, observaciones, cuestionarios y auto-registros

Fase 2. Educación sobre la enfermedad: se realiza una educación práctica en donde se expone información básica sobre la enfermedad, etiología, evolución y tratamiento. Además, se realizan debates y se comparten experiencias personales relacionadas con la enfermedad.

Fase 3. Entrenamiento en comunicación: se brindan a la familia habilidades de comunicación (verbal y no verbal) con la finalidad de reducir y evitar tensiones en el contexto familiar y ayudar a una mejor adaptación social de la familia. En esta se discuten formas en las que se pueden desarrollar las siguientes actividades:

- Iniciar una conversación.
- Discutir constructivamente.
- Clarificar mensajes.
- Expresar sentimientos.
- Hacer peticiones.
- Realizar preguntas claras.

- Escuchar activamente.

Fase 4. Entrenamiento en solución de problemas: se trabaja en grupos, enseñando la técnica de resolución de conflictos, que contienen los siguientes pasos:

1. Identificación del problema: en esta primera fase se hace un sondeo de la situación, y se identifica cual es la problemática central o la más grave.
2. Listado de soluciones: una vez identificado del problema, se realiza una lluvia de ideas con posibles estrategias que pueden dar solución a esta problemática.
3. Ventajas e inconvenientes de cada una: se procede a hacer comparaciones entre las estrategias teniendo en cuenta las ventajas y los contras de cada una, haciendo un balance entre costo-beneficio.
4. Elección de la solución, de acuerdo a la que tenga más ventajas: se escogerá la solución que poseo la menor maleficencia o produzca el menor daño para el paciente.
5. Planificación de su aplicación: se diseña un plan de acción donde se reconozcan lo que se necesita para llevar a cabo el plan.
6. Evaluación de resultados: una vez ejecutada la estrategia, se hará una evaluación de las ganancias y sacrificios, así como de la dificultad de aplicación y la efectividad de la misma.

Fase 5. Estrategias conductuales específicas: se brindan otras estrategias conductuales que pueden ser útiles a la familia, por ejemplo:

- Manejo de operantes.
- Fijación de límites.

- Habilidades sociales.
- Contrato de contingencias.
- Terapia sexual y de pareja.
- Relajación.

Modelo de Tarrier

Este modelo se adapta a las necesidades y dificultades presentes en la familia, busca dar respuesta a los conflictos que se presentan en la unidad familiar y en cada uno de los miembros. Se prioriza la reducción de la emoción expresada, reducción del estrés familiar y la forma de reacción de los familiares. Contiene los siguientes componentes:

- Programas educativos.
- Manejo del estrés.
- Programas de establecimiento de metas.

Modelo psicoeducativo en crisis de Goldstein

Se considera el modelo de tratamiento pionero en intervenciones psicoeducativas, este modelo se lleva al cabo inmediatamente después de la hospitalización. Permite abordar desde el inicio los primeros signos de la enfermedad y orientar a la familia, con la meta de reducir el riesgo de recaída y brindar un ambiente protector que facilite la recuperación del paciente (Soto, 2011). La metodología de trabajo utiliza actividades como:

- Intervención en crisis.
- Resolución no estructurada de problemas.
- Educación para identificación y prevención de recaídas.

Objetivos

- Generar un sentimiento de aceptación de la enfermedad.
- Identificar elementos estresores para minimizar sus efectos.

Los anteriores modelos de intervención poseen diferentes metodologías de trabajo, pero todo poseen estos tres componentes en común: se define el tipo de relación que habrá entre el terapeuta y la familia, en el trabajo cada participante tiene un rol que cumplir y se deben fijar unas metas a alcanzar (Soto, 2011). Para el desarrollo de planes de intervención, es necesario que se contemplen aspectos como:

- Formato (Unifamiliar, multifamiliar).
- Estructura.
- Duración e intensidad.
- Encuadre.
- Tipo de énfasis en la intervención.
- Momento en el que se puede realizar este plan de intervención (primer episodio, fase aguda, hospitalización o en cualquier momento.)

El desarrollo y aplicación de modelos de intervención educativa familiar deben contemplar:

- Aumentar el conocimiento de la familia sobre la enfermedad.
- Brindar a la familia habilidades y estrategias de afrontamiento.
- Desarrollar el sentido importancia responsabilidad por el tratamiento a la familia.
- Desarrollar actividades que favorezcan la adherencia a la mediación.

- Establecer expectativas reales respecto a la recuperación del paciente.
- Indagar sobre la armonía existente entre la educación y los demás servicios brindados por el terapeuta y la institución.

Además, los programas de intervención están contemplados dentro de diferentes modalidades de organización, las cuales varían por las organizaciones o poblaciones que las coordinen. A continuación se hablará sobre algunas de estas modalidades:

a) Programas dirigidos por profesionales.

Estos programas están estructurados a partir de temáticas relacionadas con la enfermedad: diagnóstico, etiología, tratamiento, pronóstico, etc. Pueden desarrollarse en casa o en la institución, y tienen una duración de 8 a 15 horas; “investigadores han informado de que cada uno de estos programas educativos dirigidos profesionalmente consigue cierta mejora en el conocimiento del cuidador, el afrontamiento, o las actitudes” (Glynn, 2013, p. 18).

b) Programas dirigidos por iguales

Muchos de estos programas han sido organizados por familias de pacientes con esquizofrenia, con el objetivo de brindar ayuda, apoyo y servicios sociales a personas con esquizofrenia. Están compuestos por actividades educativas cuyos participantes son la familia del paciente, los pacientes no harán parte de la fase de educación, y la intervención se desarrolla en un aproximado de 8 a 12 sesiones.

Importancia de la transferencia

Uno de los principios básicos de la terapia familiar es el rol que asume el terapeuta a lo largo de las intervenciones, este no debe actuar como un agente externo que llegue a intervenir las problemáticas familiares de forma aislada. Es importante que el terapeuta participe en las dinámicas familiares del paciente, que realice intervenciones a partir de los símbolos, códigos y canales de comunicación propios de la familia (Sánchez, Cruz y Machado, 2011).

Para lo anterior, Fernández Blanco propone una serie de aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de trabajar con la familia del paciente (2010):

- Aproximarse a la familia con una actitud positiva, empática y reconociendo la carga que la familia soporta.
- Realizar un encuadre estable y compatible con la familia para el trabajo terapéutico.
- Establecer metas para realizar las intervenciones.
- Establecer una alianza sólida con la familia.
- Promover la independencia del paciente siempre que sea posible
- Comprometer a la familia con el tratamiento.

El sistema familiar es visto como una estructura compleja que posee sus propias dinámicas relacionales, costumbres, símbolos e identidad. Es óptimo que el terapeuta tome una posición neutral en las intervenciones y que responsabilice a la familia sobre el proceso terapéutico, movilizándolo los recursos activos propios de la familia (Sánchez, Cruz y Machado, 2011).

Eficacia

Investigaciones en la actualidad avalan la efectividad de la combinación de esta técnica de intervención con los fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia, generando interés en el desarrollo y perfeccionamiento de las herramientas de corte psicológico existente para la intervención de la esquizofrenia (Sánchez, Cruz y Machado, 2011).

Además, diferentes estudios realizados señalan que la eficacia de este tipo de intervención está ligada a la temporalidad y duración de la misma, siendo el tiempo adecuado mínimo de nueve meses y el óptimo para la fijación de los resultados, de dos años. Del mismo modo, para lograr los efectos del tratamiento, es necesario que la familia y los pacientes estén dispuestos a tener un contacto prolongado con los servicios de atención (Soto, 2011). Además, una vez terminado el tratamiento, se debe realizar un seguimiento progresivo para la evolución de la posibilidad de volver a implementar la estrategia de intervención (Féandez, 2010).

La terapia familiar en la esquizofrenia, tiene una fuerte incidencia en la disminución del riesgo de recaídas y mejora de forma progresiva la toma de la medicación (adherencia al tratamiento farmacológico). La participación en estos programas de intervención reducen el riesgo de recaída por lo menos de un 20%, fundamentándose este porcentaje en intervenciones realizadas por más de seis meses (Glynn, 2013). Así mismo, estudios demuestran que los efectos de una intervención familiar psicoeducativa pueden resultar beneficiosa en la disminución y eliminación de síntomas negativos, mejoramiento en la red social hasta de un 74%, y el porcentaje de re-hospitalización fue de 13% en comparación con el grupo de control el cual fue el 33% (Mayoral, 2014).

Además, la terapia familiar mejora el bienestar de los familiares del paciente, interviniendo en aspecto como “la disminución de los niveles de ira, depresión y ansiedad” (Navarro, 2013). También, las intervenciones familiares han demostrado resultados en el mejoramiento de los niveles de *emoción expresada* en las familias de los pacientes con esquizofrenia (Sánchez, Cruz y Machado, 2011).

Por otro lado, la psicoeducación disminuye la cantidad de días de hospitalización, reduce el deterioro social generado por la enfermedad, favorece la capacidad de trabajo de los pacientes y disminuye los costos en el tratamiento de la esquizofrenia para la familia (Soto, 2011).

Aunque los estudios realizados para validar la eficacia de la terapia familiar en la esquizofrenia están incrementando, muchos de ellos cuentan con fallas de metodología que impiden la generalización de los resultados, la incapacidad de hacer comparaciones a nivel intercultural y la población/muestra reducida son unos de los factores que afectan la metodología de estas investigaciones (Sánchez, Cruz y Machado, 2011). Esto plantea la necesidad de seguir trabajando en estudios sobre el tema, enriqueciendo la teoría sobre el método de intervención y evaluando de forma adecuada la efectividad de la misma (Navarro, 2013).

Actualidad

En la actualidad, la importancia que ha tomado el papel de la familia en la evolución del tratamiento en la esquizofrenia ha generado una gran producción académica al respecto (Navarro, 2013). El abordaje de esta psicopatología desde un enfoque educativo familiar, se

ha convertido en una necesidad debido a que este sistema (la familia) forma un papel importante a la hora de reducir el riesgo de recaídas (De la Higuera y Ramírez, 2011).

Además, con los procesos de desinstitucionalización, el sistema familiar ha sido tomado como un recurso importante terapéutico, influenciando también en la duración de las estancias hospitalarias del paciente durante una recidiva (Sánchez, Cruz y Machado, 2011). Las investigaciones y avances de literatura se centran en el desarrollo o evaluación de programas o planes de intervención específicos, en donde se combinen modelos de intervención psicoeducativos y modelos de intervención que den solución a las problemáticas presentes en el ambiente familiar (Soto, 2011).

Así mismo, los planteamientos actuales sobre el sistema familiar, lo consideran como un ambiente propiciador de crisis o un ambiente que facilita la rehabilitación del miembro que padece la esquizofrenia, rescatando el papel que tiene la familia como agente protector (Sánchez, Cruz y Machado, 2011).

A pesar del interés por generar literatura sobre la terapia familiar, el desarrollo en dispositivos de atención de estos métodos de intervención es bajo. La presencia de dificultades de acceso a este tipo de intervención se debe a la poca utilización y el desconocimiento que existe respecto a los modelos educativos ligados al plan de intervención. Por otra parte, el temor a la estigmatización de la familia, el desgaste emocional y económico, y el tiempo que requieren este tipo de intervenciones, son factores que influyen en acceso a la terapia familiar (Soto, 2011).

Conclusión

A partir de las investigaciones y estudios realizados a lo largo de la historia, se ha identificado que el componente familiar es un constructo clave en el desarrollo, evolución y recuperación de un trastorno mental. Es necesario que se tenga una perspectiva biopsicosocial a la hora de establecer un método de intervención o de iniciar un tratamiento con un paciente.

La terapia familia es un técnica que no sólo interviene la sintomatología características de la esquizofrenia en el paciente, sus componentes abarcan también las implicaciones familiares y sociales que estos síntomas conllevan, y ante todo, tiene en cuenta los fenómenos que pueden despertarse en la familia a causa del paciente, las dinámicas relacionales que se han establecido entre el paciente y entre los miembros y el clima familiar en el cual se integrará al paciente una vez estabilizado los síntomas.

Además de lo anterior, debido a la responsabilidad por el cuidado del paciente, la familia como sistema puede sufrir consecuencias directas que afectarán a cada uno de los miembros, y que si no se tienen en cuenta pueden generar problemáticas de salud física o mental, es por esto que se identifican y brindan herramientas a la familia para el cuidado del paciente, y en casos necesarios, se intervienen las preocupaciones, dudas y sintomatologías que desarrollen los miembros de la familia ante esta situación.

A pesar del trabajo que se realiza con las familias, aspectos como la vergüenza y la estigmatización pueden ser obstáculos para el desarrollo adecuado de esta intervención, del mismo modo, estos factores han entorpecidos los procesos de validación de la eficacia de esta intervención. Por esto, es necesario que se amplíen los campos de intervención a

sistemas culturales más amplios, para que se permita el desarrollo de la conciencia de la enfermedad, no como algo de que apenarse, sino como una situación a la cual se le debe hacer frente e intervenir para facilitar la rehabilitación del paciente.

Terapias sociales-comunitarias

Este grupo de técnicas permiten el trabajo de un entorno más amplio en la vida del sujeto, la comunidad. Esto es importante ya que, una vez estabilizados los síntomas, es necesario que el sujeto se reintegre a su círculo social y reconstruya los lazos sociales con sus redes de apoyo externas a la familia.

Por medio de las terapias sociales-comunitarias, se puede realizar un trabajo de psicoeducación, sensibilización, discusión, reflexión y construcción de conocimientos y herramientas que faciliten al paciente la re-adaptación a su entorno social.

¿Qué son?

Las terapias sociales-comunitarias son un conjunto de técnicas de intervención que buscan la comprensión de los pensamientos, acciones y sentimientos que los pacientes tienen sobre sí mismos y sobre su entorno en el espacio de trabajo grupal (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013).

Este conjunto de técnicas abarca diversas actividades que se complementan entre ellas, y que buscan minimizar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones sobre-estresoras, procura facilitar el proceso de adaptación y el funcionamiento familiar, social y laboral; reestructurando los mecanismos de adaptación en función de la prevención de las recaídas y la adquisición de habilidades sociales (Calvo, 2014)

Para lograr el anterior objetivo, las temáticas de trabajo en las intervenciones se centran en la discusión del manejo de los síntomas esquizofrénicos, el mejoramiento de relaciones interpersonales, adaptación al entorno social y demás temas relacionados con el aquí y ahora del proceso de recuperación y rehabilitación social (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010). Estas técnicas utilizan el modelo de aprendizaje interpersonal como eje de trabajo, haciendo uso de discusiones grupales en donde se habla sobre experiencias personales, de forma que los participantes compartan si han tenido experiencias similares y qué estrategias han utilizado para dar manejo a estas situaciones.

El trabajo grupal es un espacio que permite la interacción y el intercambio interpersonal, equiparable a cualquier otro espacio social como lo es: la familia, los amigos, el ambiente de trabajo y demás grupos sociales. Constituyendo un factor básico que complementa las demás intervenciones terapéuticas (Tratamiento farmacéutico y asesoramiento individual) (Silvestre, Ingelmo, y García-Ordás, 2013). Se enfoca también en la solución de problemas psicológicos y sociales presentes en el entorno, y prioriza la participación activa de los sujetos para la solución de estas problemáticas (Ahunca, García, Bohórquez, Jaramillo y Palacio, 2014).

Las actividades planteadas dentro de la intervención, permiten al sujeto mejorar su independencia en relación con la comunidad, fortalecer las habilidades personales y facilitar el mejoramiento de la calidad de vida del sujeto. Además, trabajan en “mejorar las habilidades sociales e individuales y el funcionamiento ocupacional; reducir el estigma social; apoyar a las familias; apoyar al individuo socialmente en relación sus necesidades básicas y, por último, lograr una mejor autonomía” (Alvarez, 2014, p.13). Las técnicas de trabajo más utilizadas en las intervenciones grupales son: psicoeducación, intervenciones

familiares, entrenamiento de las habilidades sociales y rehabilitación cognitiva (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010)

Antecedentes históricos

Las técnicas de intervención psicosociales-comunitarias nacen en la década de los setenta en los Estados Unidos y España, puesto que era necesario

(...) instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. (González y Rodríguez, 2010, pág. 319)

Surgieron como una forma de responder a los interrogantes sobre cómo ampliar la forma de intervención del paciente con esquizofrenia por fuera de la institución, y de qué forma se podía facilitar el proceso de adaptación del sujeto. Esto debido a que con la aparición de los medicamentos, los síntomas se controlaban y no había necesidad de tenerlos internados en la institución, integrando a los pacientes a la comunidad con las herramientas necesarias para re-adaptarse al ambiente (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2016).

Este modelo de intervención emerge como respuesta a los fracasos de la comunidad psiquiátrica centrada en recluir a los pacientes, proponiendo técnicas de intervención enfocadas en la inclusión del sujeto con esquizofrenia a la comunidad de forma paulatina, por medio de actividades centradas en brindar herramientas de adaptación y rehabilitación social (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2016).

¿Cómo se desarrolla?

Las terapias sociales-comunitarias son un grupo de técnicas que se basa en la integración de los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales en la vida del paciente con esquizofrenia, y que de una forma u otra influyen en la producción sintomática y recuperación/rehabilitación de la psicopatología (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013). El eje de trabajo de esta técnica, es el “promover los recursos de la persona en relación a su medio” (Alvarez, 2014, p. 14).

Estos métodos de intervención favorecen el análisis y la identificación de mecanismos de defensa o adaptación disfuncionales para su posterior modificación. Dentro de estas metodologías de trabajo, se encuentra el *Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)*, el cual se caracteriza por estar conformado por un equipo de expertos del área de psiquiatría, enfermería y especialistas en áreas determinadas como la rehabilitación social y abuso de sustancia (Calvo, 2014), el TAC es un modelo de intervención integral, intensivo y comunitario, que busca facilitar el proceso de adaptación del paciente en la comunidad por medio de (1) la identificación de la gravedad diagnósticas del paciente, (2) evaluación del deterioro en el funcionamiento global del paciente y en la comunidad e (3) indagar sobre la cronicidad de los síntomas (López-Santiago, Blas, y Gómez, 2012).

Además, las bases de trabajo se sustentan en derivados teóricos de los principios de aprendizaje y la modificación de la conducta, los cuales son adaptados a las particularidades de los síntomas esquizofrénicos. Algunas de las adaptaciones que realizan a la metodología de intervención, son (González y Rodríguez, 2010):

- Establecer un plan de trabajo compuesto por varias técnicas de intervención que aborden diferentes problemáticas que se puedan presentar durante el tratamiento.
- Elaborar un plan de intervención personalizado que se adapte a las necesidades y sintomatologías de cada paciente.
- Las intervenciones no van encaminadas a dar solución absoluta a las problemáticas del paciente, estas sólo brindarán herramientas al sujeto para que pueda actuar ante esas situaciones. Favoreciendo el desarrollo de habilidades propias y de la auto-observación de sus conductas.

A la hora de comenzar un trabajo de intervención con este grupo, es importante tener en cuenta, que esta población cuenta con características particulares que influirán en las metodologías y planes de trabajo. Algunos de estos pacientes tienen alteraciones del lenguaje, del pensamiento, conducta desorganizada, dificultades en la expresión emocional y en la percepción, y de la expresión de muchas ideas, conductas y emocionales se puede llegar a dar de forma muy procedimental¹³ (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013), por lo cual:

1. Las apreciaciones verbales deben ser expresadas de forma simple, sencilla y concisa, en un lenguaje claro y de acuerdo al nivel educativo, la cultura y el entorno en donde se vaya a desenvolver el paciente.
2. Los contenidos a tratar en las sesiones deben estar encaminados a integrar “a los pacientes en la realidad, mediante el análisis y la comprensión dinámica de las

¹³ Aplanamiento emocional.

distorsiones que hacer sobre ella” (Silvestre García, Ingelmo Fernández y García-Ordás Álvarez, 2013, p. 298).

3. Hay que ocuparse de los pensamientos, tratando de dar sentido y comprender el contenido delirante del paciente.
4. El terapeuta debe brindar una actitud cercana y afectiva, pero estableciendo límites claros y definidos en la relación terapéutica.
5. El terapeuta debe mostrarse como un ente activo y de contención, el cual permita el desarrollo de las sesiones disipando aquellas cargas afectivas de orden psicótico (paranoica, depresiva, desorganizada, etc.).
6. Hay que trabajar y enfocarse en el “aquí y ahora” durante las sesiones, centrándose en el análisis de las formas de interactuar dentro del grupo, la convivencia, los tipos de vínculos que han formado y las conductas o emociones que genera el otro.

Por lo cual, en los primeros encuentros, se deben realizar dos sesiones de capacitación/introducción con una duración de 60 minutos, en las cuales se debe tener en cuenta el número de personas que participarán en el grupo, ya que el número máximo de integrantes oscila entre seis y ocho personas, o se ajusta de acuerdo a las características de los pacientes. En las dos primeras sesiones deben tener las siguientes características (González y Rodríguez, 2010):

- Repaso de tareas estipuladas en la sesión anterior (segunda sesión): antes de entrar en contenido, se realizará un breve sondeo sobre las experiencias o resultados obtenidos con las tareas asignadas en la sesión anterior, esto se hará en cada sesión siempre antes de entrar en materia.
- Repaso de temas pactados en la sesión anterior (segunda sesión): del mismo modo que en el anterior, cada uno de los participantes estará encargado de realizar un

breve resumen de los temas discutidos en la sesión anterior, y en qué importancia tienen para la continuación de las sesiones.

- Exposición de los contenidos de la sesión presente: se realiza una breve introducción de las temáticas y actividades que se realizarán en la sesión.
- Modelado.
- Ensayo de conducta (role playing): cada uno de los miembros deberán participar en esta actividad, al menos una vez durante la sesión. Durante esta, se recrearán situaciones sociales cotidianas, las cuales los miembros del grupo deberán actuar y analizar.
- Feedback: a partir de las actividades y ejercicios realizados en las sesiones, una vez ejecutados los ejercicios, los participantes darán sus aportes respecto a la experiencia. Además de esto, el terapeuta realizará apreciaciones respecto a las situaciones observadas por él en las recreaciones.
- Programación de tareas y actividades para futuras sesiones: al finalizar la sesión, se programarán actividades y tareas para la próxima sesión. Dichas tareas se pueden asignar para realizar en la cotidianidad.
- Programación de temas.

Con la generación de un grupo de contención y confianza se proporciona un espacio privilegiado que posibilita el acercamiento humano, y el establecimiento de relaciones interpersonales con sujetos que tienen experiencias similares relacionadas con la esquizofrenia. Además de poder compartir y reflexionar sobre pautas de interacción más funcionales para la adaptación (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013). Este espacio también permite la valoración de las necesidades de cada uno a nivel social.

Esta terapia se compone de diferentes técnicas y actividades que tratan de abordar e intervenir de forma integral las problemáticas y necesidades que surgen en el paciente durante el tratamiento. A continuación, se hará un breve abordaje de algunas técnicas utilizadas en esta terapia (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010):

Grupo de habilidades sociales.

Las técnicas diseñadas en este programa se centran en hacer frente a las deficiencias de carácter social. Estas técnicas difieren de formato de aplicación, duración y contenido, pero se enfocan en la enseñanza y el ensayo de habilidades sociales (Calvo, 2014). Su objetivo es el de “mejorar las competencias y habilidades relacionadas con la interacción social” (González y Rodríguez, 2010, p. 324), esto lo hacen utilizando métodos como: la instrucción, el modelamiento, ensayo, retroalimentación y trabajo en casa, con el objetivo de afianzar las habilidades transmitidas en las sesiones (Ahunca, García, Bohórquez, Jaramillo y Palacio, 2014).

Esta técnica contiene las siguientes temáticas de enseñanza (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010):

- Manejo de la medicación.
- Manejo de los síntomas.
- Tiempo libre y recreación.
- Habilidades básicas de conversación.
- Reinserción en la comunidad.
- Control del abuso de sustancias.
- Amistad e intimidad.

- Habilidades básicas en el ámbito laboral.

Además, en las cuales los pacientes con esquizofrenia puedan adquirir las siguientes habilidades (González y Rodríguez, 2010):

- Repertorio de comunicación verbal, no verbal y paralingüístico.
- Habilidades de recepción y percepción de estímulos lingüísticos sociales.
- Habilidades asertivas: críticas, expresión y defensa de opiniones, pedir favores, etc.
- Expresión de emociones positivas y negativas.
- Resolución de problemas interpersonales.

Este grupo de técnicas contienen una serie de actividades que deben ser realizadas de una forma estructurada de forma que se garantice la efectividad y de fácil aplicación para profesionales de la salud mental que decidan ejecutarlas en sus intervenciones.

Grupos psicoeducativos e intervención familiar.

Las temáticas relacionadas con la psicoeducación y la intervención familiar, se centran en la promoción de un ambiente positivo en el vínculo existente entre el paciente y su familia, e incluye un conjunto de estrategias de intervención para el trabajo con la familia del paciente con esquizofrenia (Calvo, 2014). En este grupo se trabajarán componente como: apoyo familiar, intervención en crisis, construcción de alianza con la familia, disminución de ambientes sobre-estresores en la familia y resolución de problemas (Ahunca, García, Bohórquez, Jaramillo y Palacio, 2014).

Se plantea la programación de sesiones grupales inicialmente con la familia y, posteriormente la realización de sesiones grupales con las familias y los pacientes. En estas sesiones se transmitirá conocimientos sobre: etiología biológica de la enfermedad, manejo

de los síntomas, adherencia al tratamiento, fortalecimiento de redes sociales y estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes. Además, esta técnica brinda el apoyo social al paciente y a su familia (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

Grupos de compensación de las deficiencias cognitivas.

En esta forma de intervención se desarrolla un programa grupal llamado *Terapia Psicológica Integrada*, es un programa de intervención grupal cuya base teórica es la terapia conductual, su objetivo es el de mejorar las habilidades cognitivas y sociales del sujeto con esquizofrenia y tratar las deficiencias cognitivas y conductuales presentes en el paciente (Fuentes, Cangas, Castillo, y Roder, 2010). Este programa trabaja en base a los siguientes módulos:

- Diferencia cognitiva y Percepción social: estos dos módulos se enfocan el a intervención de los procesos atencionales, perceptivos y cognitivos. Centrándose en actividades que estimulen las áreas de concentración, formación de conceptos, capacidad de abstracción y memoria.
- Comunicación verbal: este módulo es un punto intermedio de entrenamiento de la interacción con el medio social y la respuesta a situaciones sociales.
- Habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales: estos módulos están centrados en la intervención del área social del sujeto, facilitando la adquisición de habilidades sociales, interactivas y comunicativas, así como de la adopción de estrategias que simplifiquen el enfrentarse a situaciones conflictivas o sobre-estresantes.

Debido a los aspectos biopsicosociales desde los cuales se desarrolla la esquizofrenia, este grupo de técnicas es un gran apoyo para la rehabilitación del sujeto. Es

decir, la esquizofrenia es una psicopatología que afecta de forma directa el área neurológica del paciente, debido a esto, el paciente con esquizofrenia comienza a presentar déficits al nivel del procesamiento y análisis de la información a causa de una falla neurológica y no por la presencia de sesgos a la hora de recibir la información.

Es por esto, que este grupo de compensación de déficits cognitivos es una forma de rehabilitación del funcionamiento cognitivo del sujeto, una vez adoptadas estrategias compensatorias para estas, se facilita el proceso de adaptación y la sintomatología se ve disminuida.

Grupos cognitivos y cognitivos-conductuales

Una de las bases de trabajo de esta técnica, es que “los síntomas de la enfermedad pueden ser modificados mediante intervenciones psicológicas” (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010, p. 153). A partir de esto, el objetivo de las intervenciones es el de brindarles al paciente herramientas para adquirir el control sobre sus síntomas, y sobre los efectos secundarios de estos.

Las intervenciones están enfocadas en la reducción de la gravedad de los síntomas y en potenciar el funcionamiento del paciente, esto se hace por medio de la educación respecto a la sintomatología, los factores que pueden propiciar una recaída y el fomentar (la comprensión del paciente sobre su enfermedad) la facilitación del habla sobre la enfermedad, con el fin de reducir el aislamiento y la vergüenza/estigma que se tiene de la enfermedad (Calvo, 2014).

Los métodos más utilizados en las sesiones son: desafío verbal, testeo de realidad para la modificación de las creencias, “normalización” de la experiencia psicótica, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de exposición y prescripción de tareas (Fontao, Ross, Quiroga y Hoffmann, 2010).

Abordajes terapéuticos de orientación psicodinámica

La metodología de trabajo en esta técnica es el manejo de grupo con mínimo de tres personas y un máximo de ocho, el cual se reunirá tres veces a la semana durante 45 minutos. En las primeras sesiones, en los grupos conformados por pacientes internados, se realiza una sesión introductoria de presentación y exposición de sus síntomas de acuerdo a una guía predeterminada, al final de las presentaciones, los terapeutas realizarán apreciaciones respecto a las similitudes de síntomas que pueden presentarse del grupo (Fontao, Ross, Quiroga y Hoffmann, 2010).

En caso de que el grupo se conforme por paciente ambulatorios, el grupo inicial no cambiará miembros y no se aceptarán nuevos miembros a lo largo del proceso, esto debido a que esto puede interferir en la dinámica relación y avances que se ha tenido. Los temas pueden retomarse a lo largo de las sesiones lo que permite darle continuidad y cierre a temáticas que son de extenso trabajo. En las primeras sesiones, se definen los objetivos de trabajo y se garantiza un espacio de cohesión y confianza, para posibilitar esto se les recomienda a los terapeutas mantener un espacio libre de conflictos y ansiedades.

Una de las características de esta técnica, es que las temáticas a trabajar durante las sesiones se tratan por medio de discusiones abiertas entre los participantes. Los terapeutas se encargan de encaminar el tema y promover la participación de todos los pacientes en las charlas. La forma de coordinar la discusión durante las sesiones se basa en dos preceptos (Fontao, Ross, Quiroga y Hoffmann, 2010):

1. Cada discusión debe ir de lo general a lo particular: en cada charla se debe dar una percepción y base general sobre el tema a trabajar, luego se realiza un énfasis de

este, a partir de las experiencias personales que han tenido los pacientes en relación con dicho tema.

2. Incluir a todos los pacientes: durante las charlas, se anima a cada uno de los pacientes a dar su opinión respecto al tema que se está trabajando.

Otros grupos de trabajo

A parte de los anteriores, también existes distintos grupos y programas enfocados en la intervención de problemáticas como (González y Rodríguez, 2010):

- Programa de autocuidado y actividades de la vida diaria.
- Programa de ocio y tiempo libre.
- Programa de integración comunitaria.
- Programas de inserción laboral.

Al inicio de las sesiones es necesaria la evaluación del funcionamiento del sujeto y de su entorno para identificar los focos atencionales de intervención y establecer los objetivos a obtener en el transcurso del tratamiento; los dos formatos de intervención (grupal e individual), deben estar presentes como complemento. Además, es óptima que dicha intervención sea acompañada de actividades relacionadas con educación, rehabilitación y ocio (González y Rodríguez 2010).

La efectividad de las intervenciones realizadas en las sesiones, dependerá de que en los planes de trabajo aparezcan las siguientes temáticas (González y Rodríguez, 2010):

- Énfasis en la educación respecto a la enfermedad.

- Una relación sustentada en confianza, sinceridad y cercanía entre el paciente y el terapeuta.
- Tener como base teórica el modelo de vulnerabilidad-estrés.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo del sujeto.
- Refuerzo de las habilidades propias del paciente.
- Personalización de las intervenciones.
- Establecimiento de metas realistas.

Es importante que durante el tratamiento también se tenga en cuenta la intervención de la familia y la comunidad del paciente, esto con el objetivo de fortalecer la conciencia sobre la enfermedad y el estigma, y de esta forma prevenir recaídas y generar una adherencia al tratamiento (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2016).

Además, la familia funciona como principal apoyo al reingreso a la comunidad, este sistema funciona como red primaria al brindar los cuidados y tratar de satisfacer las necesidades del paciente durante el proceso de adaptación. En los modelos de intervención comunitaria es importante el apoyo y articulación que se establece con los familiares del paciente, esto facilita el proceso de seguimiento desde el inicio del diagnóstico (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016).

En este sentido, el modelo grupal es una metodología de trabajo enriquecedora, beneficiosa y efectiva en trabajo con pacientes con esquizofrenia, esto es debido a que el formato grupal cuenta con las características necesarias para el desarrollo de un trabajo adecuado y seguro (Silvestre, Ingelmo, y García-Ordás, 2013). Por ejemplo, el trabajo grupal debe ser un espacio para la interacción e intercambio de experiencias, el cual puede

asimilarse como cualquier otro espacio social o familiar, posibilitando el establecimiento de relaciones interpersonales entre los miembros, lo que facilita el expandir el círculo social y de apoyo del paciente.

Debido a lo anterior, la existencia de varios miembros facilita que las interacciones entre los participantes y el terapeuta no se sobrecarguen emocionalmente, lo que evita el establecimiento de lazos cargados con ansiedades paranoides o de dependencia. Además, las características similares entre los miembros facilitan el intercambio, análisis y cuestionamiento de mecanismos de defensa o adaptación ante ciertas situaciones, aunque es importante que para que este tipo de interacciones se puedan desarrollar. Es necesario el establecimiento de un espacio de contención y seguridad que pueda servir de apoyo en medio del proceso de recuperación y rehabilitación.

Importancia de la transferencia

Para el desarrollo de un adecuado trabajo en el tratamiento de la esquizofrenia, es necesario que exista una estrecha relación terapéutica entre el paciente y el personal de salud. Las políticas públicas de la institución deben ir a la par con el trabajo con la comunidad y con la formación de capacidades laborales para la población con enfermedad mental (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016).

El terapeuta debe tener en cuenta la sintomatología presente en los pacientes con esquizofrenia: dificultad de expresión y comprensión verbal, conducta desorganizada, poca expresividad de sus afectos y la confusión entre lo que es propio y lo que es del otro, esto puede dificultar el proceso de transferencias que debe darse en el marco de este tipo de

tratamientos. A partir de esto, el establecimiento de una transferencia afectiva y cercana, debe ser el eje de interacción entre el terapeuta y los participantes (Álvarez, 2014).

Debido a que el trabajo de intervención se hace de forma grupal, es imposible que se desarrolle el proceso sin el establecimiento de relaciones inter-transferenciales múltiples¹⁴, a partir de las diferencias y similitudes experienciales que han vivido y de las cuales han adquirido herramientas importantes para su recuperación mental (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013). Para que estas relaciones se den de forma saludable y productiva, es necesario que el terapeuta tenga una actitud activa y directiva, en donde haga intervenciones breves y precisas, que faciliten la creación de un espacio de contención que permita que el mismo grupo discuta de forma conjunta una temática interpersonal centrada en el proceso de adquisición de herramientas de adaptación (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

Además, el terapeuta debe tener la capacidad de generar un espacio de intercambio, cuestionamiento, análisis y corroboración de las experiencias emocionales y vitales compartidas. La creación de un espacio de contención y seguridad facilita de forma significativa el tratamiento de la esquizofrenia y la recuperación del paciente, ya que garantiza un espacio de estabilidad en donde el sujeto podrá refugiarse o buscar herramientas antes situaciones estresoras (Silvestre, Ingelmo, y García-Ordás Álvarez, 2013). El terapeuta se centrará en el cumplimiento de los objetivos terapéutico-grupales propuestos, de forma que los conflictos y niveles de ansiedad se encuentren al mínimo en el transcurso de las sesiones (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

¹⁴ Relaciones entre el paciente y el terapeuta y entre los participantes del grupo de intervención.

Eficacia

Las terapias sociales-comunitarias han demostrado eficacia en el tratamiento a pacientes con trastornos mentales severos (como la esquizofrenia), incluso en el servicio de salud de Colombia, país en donde se presentan debilidades en la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente mental grave (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016).

Son un grupo de técnicas que permiten que el paciente aprenda a identificar cuando hay aumento de síntomas, de forma que pueda acudir al centro de salud y pedir atención especializada antes de la recaída. A partir de esto, se han obtenido buenos resultados en la disminución sintomática y reducción en los gastos por hospitalizaciones (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga, y Correa, 2016).

Este grupo de técnicas, han posibilitado que los pacientes tengan una mayor facilidad de adaptación y funcionalidad en la comunidad, aun con la presencia de síntomas. También han garantizado una mayor adherencia al tratamiento, y en centros de salud en donde el paciente tiene facilidad de acceso a los servicios y recursos se disminuye de forma considerable el riesgo de recaída (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016).

El complementar los tratamientos básicos (medicación y psicoterapia individual) con un programa de intervención social-comunitario, potencializa y refuerza los resultados positivos de las terapias que atienden las diferentes afecciones que se pueden presentar en la esquizofrenia (González y Rodríguez, 2010). A continuación, se expondrá la efectividad que tienen estas psicoterapias sociales-comunitarias a partir de las diferentes técnicas y actividades que la componen:

- *Grupos de habilidades sociales*

En un estudio comparativo entre los efectos de un programa de habilidades sociales (HB) frente a un grupo control, al final de 18 meses de tratamiento, el grupo en donde se aplicó el programa de HB demostró una mayor capacidad de adaptación social que el grupo de control. Y, en comparación a una terapia ocupacional, el grupo de HB mostró un alto índice de autonomía en la vida cotidiana frente al grupo intervenido con la terapia ocupacional (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010). Estos pacientes, los participantes del grupo de HB, también mejoraron de forma significativa en las puntuaciones de habilidades cotidianas y funcionamiento psicosocial, conformada esta última por aspectos como: autoestima, capacidad de adaptación, calidad de vida y sintomatología.

En este estudio, se puede observar que los resultados apoyan la noción de esta intervención como una técnica efectiva. Los programas de intervención sí estimulan y potencializan el desarrollo de estrategias y habilidades sociales, facilitando el proceso de integración del paciente en la comunidad.

- ***Grupos psicoeducativos e intervención familiar***

Durante la investigación de los efectos de una terapia multifamiliar con contenido psicoeducativo, frente a una terapia unifamiliar en crisis (modalidad de intervención familiar cotidiano), se realizó el registro de las tasas de ingreso asociados a recaídas del paciente, aumento de intensidad sintomática y estrés familiar durante 24 meses en las familias y pacientes participante en las intervenciones. Al final se evidenció que “ambos grupos de pacientes exhibieron una reducción significativa de las tasas de re-internación y de la sintomatología” (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010, pág. 152), mejorando también el nivel de estrés familiar y el vínculo con el paciente.

En una investigación posterior se hizo una comparación entre un grupo con intervención familiar (IF) y un grupo control, en donde se evidenció que los pacientes vinculados a la IF registraban índices de hospitalización por recaídas menores a los del grupo de control. Debido a esto, y a otros estudios, las terapias familiares enmarcadas en trabajo grupal han demostrado una alta tasa de efectividad en la reducción de hospitalizaciones.

- ***Grupos de compensación de deficiencias cognitivas***

Enmarcados dentro de la terapia grupal llamada Terapia Psicológica Integrada (TPI), se realizó el seguimiento de tres grupos de trabajo en donde el grupo A fue expuesto a un programa de TPI, el grupo B se centró en la realización de actividades que ocuparan su atención y, el grupo C, fue expuesto al modelo de intervención de rutina. Tres meses después se realizó una evaluación de los resultados en el área cognitiva y sintomática.

El grupo A, presentó mejores resultados en comparación de los otros dos grupos control, en relación con las áreas atencionales y con la reducción significativa de síntomas. También se pudo evidenciar, en un estudio posterior, que los grupos expuestos a un programa de TPI, arrojaban resultados significativamente superiores en el área de resolución de problemas interpersonales. Lo que evidenciaba que el enfoque en mejoramiento y rehabilitación de las áreas cognitivas puede propiciar la adquisición de habilidades sociales (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

- ***Grupos cognitivos y cognitivos-conductuales***

En relación con las terapias grupales cognitivas y cognitivas conductuales, la exposición a paciente con esquizofrenia a esta técnica de intervención se encuentra

asociada a una mejoría en la sintomatología positiva y la adherencia al tratamiento en comparación a un grupo control (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

- ***Abordajes terapéuticos de orientación psicodinámica e interpersonal***

Las investigaciones encontradas, cuyas muestras han sido pequeñas y la metodología ha sido poco estricta, han arrojado que, en experiencias clínicas, los pacientes que recibieron psicoterapia y medicación “exhibieron una disminución significativa de la sintomatología negativa y una mayor adherencia a la terapia medicamentosa” (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010, p. 156), esto en comparación con pacientes que recibieron como forma de tratamiento sólo la medicación.

El mayor reto que ha tenido la comunidad terapéutica para la validación de la efectividad del grupo de técnicas ha sido la de registrar los resultados de investigaciones donde se compruebe la eficacia empírica de la técnica, para luego realizar comparaciones con otros tipos de psicoterapias. Ya que, aunque se tiene evidencia experiencial sobre la eficacia y eficiencia de la técnica, es necesario el seguimiento y registro del funcionamiento de estas técnicas para el establecimiento de políticas públicas que apoyen su implementación (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010). Otros aspectos a evaluar son la variedad de técnicas y actividades utilizadas en esta terapia, durante los procesos de tratamiento e investigación de su efectividad, es difícil realizar una diferenciación y adjudicación sobre cuál de los componentes de intervención tiene el mayor efecto o influencia en el mejoramiento de los síntomas.

Uno de los aspectos que asegura la efectividad de este tipo de terapia, es que todo tipo de programas que trabajen la rehabilitación social del paciente con esquizofrenia de

forma grupal, aseguren que se pueda acompañar dicha intervención con distintos programas globales que puedan mediar en las diferentes problemáticas y necesidades psicosociales que se puedan presentar con los pacientes (González y Rodríguez, 2010).

Los abordajes grupales han formado parte de las formas de intervención integral en tratamiento de la esquizofrenia, asumiendo este tipo de técnicas como algo que ofrece un beneficio adicional en relación con las demás técnicas (psicoterapia individual, medicamentos y hospitalización). A pesar de esto, para la comunidad científica aún existe muy poca información y datos suficientes que validen su efectividad. Para el desarrollo de esta información, y la validación de estas técnicas, es necesario que se respondan preguntas como: ¿Tipo de población que se beneficia más con esta técnica de intervención? y ¿Qué duración e intensidad debe tener esta intervención para garantizar su efectividad? (Fontao, Ross, Quiroga, y Hoffmann, 2010).

Actualidad

En la actualidad, los tratamientos *integrales* (psicofármacos, psicoterapia y trabajo grupal) componen la prescripción específica para el tratamiento de la esquizofrenia, integrándose todos los aspectos (biológicos, psicológicos, familiares y sociales) a la hora de realizar una intervención (Silvestre, Ingelmo y García-Ordás, 2013). Desde hace más de 10 años existen intervenciones comunitarias implementadas por individuos y gobiernos locales (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2016).

No obstante, aún existen dificultades para acceder a los servicios de salud mental de forma integral, a pesar de la creación de políticas públicas que garanticen estos servicios (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016). El trabajo en psiquiatría comunitaria apenas

está en sus etapas iniciales en Colombia, y aunque ya existe un enfoque conceptual acertado de intervención, no ha tenido una cobertura nacional los programas generados (Taborda, Montoya, Gómez, y Correa, 2016).

Aunque en Colombia se han realizado varias investigaciones sobre la importancia que tiene la familia y la comunidad en el tratamiento del sujeto, recalcando la importancia de la generación de redes de apoyo sociales que provean seguridad y estabilidad, y que participen en el cuidado del enfermo mental, no existe una documentación completa y profunda sobre estas técnicas de intervención, lo que resulta en falta de evidencias que justifiquen la importancia de la presencia de servicios en salud mental de esta índole para la esquizofrenia (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2016).

Conclusión

Estas técnicas poseen constructos y bases centradas que se especializan en facilitar la adaptación del paciente. El factor comunidad ha sido un tópico de estudio en relación a la influencia que tiene para el desarrollo de patologías mentales, así como también que aspectos del grupo social del paciente son factores de protección que facilitarían la recuperación de este.

Además de esto, es una técnica que busca generar un sentido de independencia y auto-valía ejecutando actividades o técnicas centradas en la formación para el trabajo y en la adaptación para el auto-cuidado. La inclusión de la comunidad que hace esta técnica, es un factor protector que se debería de desarrollar en todos los ambientes. En algunos casos de pacientes con esquizofrenias, su sintomatología no es el factor principal que les impide regresar a su vida cotidiana, el estigma y la vergüenza sobre la salud mental es un

componente delicado que sirve como obstáculo o déficits para un adecuado desarrollo del proceso de rehabilitación del paciente.

Entrenamiento en habilidades sociales.

El desarrollo de la psicosis es un proceso que atrofia y genera afectaciones en las habilidades sociales y de interacción del sujeto, esto puede ser debido a los síntomas propios de la enfermedad, patologías comorbiles o por efectos secundarios de la medicación. El entrenamiento de habilidades sociales es una técnica que permite la rehabilitación y reforzamiento de las estrategias interaccionales y conversacionales del sujeto. De este modo, facilita el proceso de adaptación al medio familiar, social y laboral, y genera estrategias de solución a problemáticas que se puedan presentar en la vida cotidiana del sujeto.

Esta técnica está conformada por una serie de ejercicios y actividades que permiten al paciente estar preparado para reaccionar de una forma adecuada a situaciones sociales concurrentes o que le produzcan estrés. Además, está acompañada por tareas que permitirán al paciente realizar un análisis de su entorno social, de modo que pueda conocer las necesidades y exigencias que este le supone.

¿Qué es?

El entrenamiento en habilidades sociales (EHB), es un conjunto de procesos que utilizan metodologías de modificación y corrección de la conducta, para el aprendizaje de nuevas habilidades. Su objetivo es facilitar el desarrollo de conjuntos de comportamientos dirigidos a posibilitar la autonomía a independencia de un paciente con esquizofrenia (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015). Las habilidades sociales

(HB), son aquellas habilidades que posee cada sujeto para la expresión y comunicación de sus ideas, sentimientos, emociones y posturas frente a otras personas, y de responder de forma asertiva ante la comunicación de estos aspectos por otra persona hacia él (Navarro, 2009).

El entrenamiento en HB puede ser definido también, como la acción de ejecutar varios ensayos y ejercicios de destrezas que facilitan el óptimo funcionamiento interpersonal, en el cual se puedan expresar, de forma verbal o no verbal, los sentimientos, actitudes, opiniones y pensamiento del sujeto de forma asertiva (Hernández, 2009). Este tipo de intervención está diseñada con la pretensión de recuperar o afrontar los déficits del paciente, fortalecer sus potenciales de forma que este pueda realizar modificaciones sobre su propio entorno; la personalización e individualización del proceso son características del entrenamiento en habilidades sociales, además de la participación activa del sujeto y de la actitud del profesional de salud que realice la intervención (Navarro, 2009).

Este entrenamiento va dirigido principalmente a pacientes ambulatorios, que presentan estabilidad sintomática y con dificultades en el establecimiento de relaciones, con tendencias de aislamiento. Incluye criterios de exclusión para pacientes que presenten sintomatologías o síndromes de carácter neurológico como los son las demencias, retraso mental y epilepsia (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017), y es un componente fundamental en los programas de rehabilitación psicosocial para pacientes con esquizofrenia (Navarro, 2009). Es un conjunto de técnicas estructuradas, de tipo psicosocial, fundamentada en la teoría del aprendizaje social y está orientada a mejorar el área personal, disminuir el estrés y las dificultades en experiencias

sociales (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015). La teoría del aprendizaje social postula que

(...) el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión partiendo de los principios de la teoría del Aprendizaje pues si somos capaces de especificar la historia de aprendizaje de un individuo, también comprenderemos su forma de manejar las situaciones. (Hernández, 2009, p.3)

Esta teoría se apoya en los principios del condicionamiento instrumental u operante, resaltando el factor importante que tienen o tuvieron los factores ambientales en el mantenimiento de una conducta y sus posibles consecuencias. A partir de esto, se considera que las habilidades sociales se adquieren como resultado de varios procesos de aprendizaje, entre estos están: experiencias de aprendizaje vicario o por observación, retroalimentación personal e interpersonal, refuerzo positivo o negativo directo a las conductas relacionada con la habilidad y el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a situaciones interpersonales (Hernández, 2009).

Con lo anterior, el EHS supone que un paciente, a pesar de haber establecido una serie de conductas que provean una interacción social adecuada, tiene la posibilidad de aprender competencias y pautas de conducta social más efectivas si se desarrollan de forma clara y concisa, y si se cambian las experiencias cognitivas referentes a la interacción social.

Para el inicio de esta intervención se debe realizar una evaluación donde se indaguen por los siguientes aspectos: comportamiento, habilidades de comunicación (verbal

y no verbal), capacidad de percepción, interpretación y respuesta a situaciones cotidianas (Morian, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015). Asimismo, la evaluación de la percepción es un eje importante a la hora de realizar un análisis de la forma en la que el sujeto interactúa en lo social, esto debido a que esta habilidad es lo que permite al sujeto “atender y percibir de forma adecuada la información social relevante que aparece en una determinada situación social” (Navarro, 2009, p. 120), lo que determinará la escucha hacia el otro, el análisis de su comportamiento y la identificación de emociones y sentimientos en el discurso del otro.

Por otro lado, el análisis de la interpretación y respuesta del sujeto da atisbos de las alternativas de acción del sujeto ante situaciones sociales. Este procesamiento de información también permite el establecimiento de objetivos en la interacción social y el establecimiento del vínculo, y el contenido sobre el cual se va a tratar en la respuesta, lo que quiere decir que el sujeto supone “la puesta en marcha de las conductas directamente implicadas en la interacción social” (Navarro, 2009, p. 120).

De modo que, por medio de este diagnóstico de las HB, (1) se identifiquen los déficits conductuales sujetos a modificación en la intervención, (2) se evalúe la capacidad de adquisición, mantenimiento y globalización de las habilidades trabajadas, y (3) se podrá realizar una evaluación al final del tratamiento, con el objetivo de determinar la relación existente entre el deterioro social y la enfermedad de la esquizofrenia.

Así mismo, con esta información las actividades y metodologías utilizadas se adaptarán a las necesidades que tiene el individuo. Estas intervenciones no sólo se enfocan en rehabilitar el área social del sujeto, estas también van dirigidas al mejoramiento de los

síntomas propios de la esquizofrenia, tanto sus síntomas positivos como los negativos, los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, estrés, ansiedad y déficit cognitivos (Morianana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015).

En efecto, la rehabilitación debe ser tomada como el objetivo de intervención durante el proceso, ya que este también potencia el crecimiento de mecanismos personales de carácter adaptativo y protector ante el estrés resultante de la vida cotidiana, lo que contribuirá en la disminución de futuras recaídas y el deterioro social (Navarro, 2009).

En la literatura sobre el EHS aparecen varios formatos de contenido a trabajar en las sesiones, lo cual dependerá de la necesidad del paciente, algunos de estos son (Hernández, 2009):

- Instrucciones: en esta actividad, se le relatará al paciente al pie de la letra cuales son las reglas o pautas de análisis y respuesta que se deben tener en cuenta en medio de una interacción social.
- Role Play: se ejemplificará una escena de la vida real en su totalidad, en el cual el paciente-actor y los pacientes espectadores realizarán un análisis de las dinámicas de interacción que se desarrollaron en las escenas para su posible refuerzo o modificación.
- Feedback: este proceso es el acto de análisis y devolución de los patrones conductuales observados en el paciente en sus intervenciones, ya sea por medio del trabajo grupal o por la representación de escenas de interacción que ha experimentado el sujeto.

El EHB ha estado vinculado a la prescripción del trabajo multidisciplinar en el contexto cotidiano del sujeto, este aspecto es un aspecto importante debido a que las formas de interacción y respuesta del sujeto se ven mediadas por factores culturales, por problemas en su entorno o por el poco acceso que podría llegar a tener de los servicios de salud o la dificultad de satisfacer sus necesidades básicas.

Esta técnica, propende por la modificación de pautas de interacción poco asertiva o desorganizadas, simpatizando con el desarrollo de nuevas conductas de análisis y respuestas que garanticen en el paciente con esquizofrenia una capacidad de autonomía, auto-valía e independencia.

Antecedentes históricos

Desde el surgimiento de los movimientos de reformas psiquiátricas en los años 50 y 60, se han generado distintos cambios en los modelos de intervención de la enfermedad mental. A partir del nacimiento del modelo “anti-psiquiátrico”, en el cual se discute respecto al papel de la familia y de la institución mental en el área social-comunitario y en la rehabilitación del paciente mental (Navarro, 2009), se dio comienzo al desarrollo de diferentes técnicas de intervención que abordan al paciente como una sujeto biopsicosocial, el cual está rodeado de variables económicas, sociales y políticas que influyen en el desarrollo y recuperación de su enfermedad.

Durante los años 70 y 80, el desarrollo de técnicas de rehabilitación centradas en las habilidades sociales del paciente, estuvo en su cúspide (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015). Comenzándose a incluir en los Modelo de Apoyo Social, la categoría de habilidades sociales como un factor relacionado al acceso y mantenimiento del

apoyo social, necesario a trabajar para la recuperación integral del paciente (Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejon, y Vázquez Morejon Jiménez, 2007). A mediados del 1985, se inicia el establecimiento de la rehabilitación psicosocial como factor clave de tratamiento de la enfermedad mental y, en especial de la esquizofrenia, constituyéndose como una atención en la salud mental, que propende por la resolución de conflictos y problemas que se puedan presentar con el enfermo mental en el área familiar y social (Navarro, 2009).

A partir de esto, se identifican los componentes psicosociales como factores que pueden alterar e influyen en la recuperación del paciente y se generaron teorías y modelos explicativos en los cuales se trataban variables como: “etiología, génesis, mantenimiento, curso y pronóstico de estas alteraciones” (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015, p. 6).

Así mismo, se dio el paso al desarrollo del EHB como un tratamiento centrado en la disminución de las dificultades sociales que generaba la esquizofrenia. Además de la aparición de otros métodos como: “la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario, la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno, la rehabilitación cognitiva, los programas de empleo protegido y el entrenamiento en habilidades sociales” (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015, p. 6). Técnicas centradas en la recuperación y rehabilitación de áreas afectas por la sintomatología de la enfermedad o como respuesta secundaria a la medicación. Al final, esta intervención que fueron evaluadas y validadas en relación a la efectividad que tenían en el tratamiento de la esquizofrenia.

¿Cómo se desarrolla?

El EHS pugna por la individualización y adaptación del tratamiento en cada paciente, evaluándose las características del entorno del paciente, de la fase de la enfermedad en la que se encuentre en paciente (fase aguda, estabilización progresiva, fase de estabilización y recuperación-rehabilitación) y de las características personales de cada sujeto (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015). Esta técnica posee una estructura para su aplicación, la cual puede irse ajustando a lo largo del proceso, dicha estructura contiene los siguientes procedimientos (Navarro, 2009):

- Instrucciones: durante distintos ejercicios se instruirá al paciente cuales son las conductas o respuestas sociales que se pueden responder en distintos casos. Esta debe realizarse al inicio de cada sesión, exponiendo contenidos como comportamientos adecuados e importancia de los mismos.
- Modelado: en esta actividad se representarán distintas situaciones sociales que se pueden presentar en el entorno del sujeto, las cuales el paciente deberá observar y realizar un análisis de las dinámicas interaccionales que se desarrollaron en la escena.
- Ensayo conductual: se centra en la práctica constante de comportamientos, conductas y respuestas sociales adecuadas, para su posterior valoración y refuerzo. Está se puede centrar en las áreas sociales o situaciones que le procuran mayor dificultad al sujeto.
- Feedback: consiste en proveer información sobre la ejecución de las conductas efectuadas por el sujeto, esta apreciación de la conducta debe realizarse de forma

inmediata a su ejecución y debe realizarse en un lenguaje comprensible (Navarro, 2009).

- Tareas para realizar en la casa: para un mayor reforzamiento y facilitar la adaptación del paciente a su entorno, se le asignarán al paciente actividades ejercicios que realizará por fuera de las sesiones.

Esta estructura permite que las temáticas y actividades a realizar se puedan organizar en módulos que permiten al profesional de salud mental entrenado y con experiencia, la ejecución de forma flexible y personalizada de los planes de intervención de acuerdo a cada necesidad que presente el paciente (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

Además, la estructura de los módulos está organizada de forma que el paciente pueda participar en distintas actividades, ya sean de desarrollo individual o grupal, en función de sus necesidades y características. Los grupos no deben pasar las 14 personas, están dirigidos por 1-2 terapeutas y las sesiones duran entre 45 y 90 minutos, la temporalidad de los encuentros depende del nivel atencional del paciente, los síntomas y la fase en la que se encuentra y la actividad a desarrollar.

A continuación se realizará un esbozo de la primera y última fase del proceso terapéutico y de los módulos que pueden incluirse en el tratamiento. Estos módulos conforman la parte central de las intervenciones y, de acuerdo a los diagnósticos que se realicen en la primera fase, variarán de orden, temática e intensidad. La primera y última fase siempre deben desarrollarse en cualquier modulo o programa que se aplique en el EHS:

Fase de valoración.

Para el inicio de la intervención, se debe realizar una detallada evaluación por medio del análisis funcional de la conducta y auto-informes y observaciones sobre las habilidades sociales que necesita el sujeto para desenvolverse en su entorno. A partir de esto, se diseña un protocolo de intervención en donde se usa el refuerzo positivo, el establecimiento de metas, el role-playing, el modelado, las tareas en casa, etc. como principales actividades y métodos para el aprendizaje y globalización de las habilidades adquiridas (Morian, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

Por lo cual, se debe realizar una valoración para reconocer e identificar en el paciente debilidades, habilidades, fortalezas, capacidades y por qué no ha podido desarrollar las habilidades necesarias para su entorno. Para esto, se realiza una entrevista al paciente y a la familia de este, en casos en donde el paciente esté hospitalizado, se deberán realizar entrevistas al personal de salud que tenga contacto con él o que lleve el proceso de intervención (Hernández, 2009).

Por último, a partir de la información recolectada, se diseñan distintas metodologías y escenarios que se acerquen a las situaciones en las que el paciente tiene dificultad de desenvolverse de forma adecuada, dichos escenarios pasarán a formar parte de las situaciones que se desarrollarán durante los role-playing, el modelado y las tareas en casa.

Fase de generalización

Para la indagación y el alcance de la generalización de la habilidad que se adquirió, se deben realizar cambios de variables en los escenarios que se ejercitan con el paciente y en los cuales ya ha alcanzado un dominio, estas variables pueden estar conformadas por

preguntas nuevas, cambio de personalidad del interlocutor o cambio del espacio en donde se desarrolla la escena. Estas pequeñas modificaciones en los escenarios, permitirán en el sujeto el desarrollo y potenciación de estrategias para afrontar nuevas situaciones (Hernández, 2009).

Módulo de habilidades básicas de conversación

Para el EHS es importante que el sujeto posea unas habilidades básicas de comunicación para el desarrollo de componente claves de las habilidades sociales, se ejercita pro medio de la promoción de la participación del paciente en las sesiones, en espacios que se consideren seguros y agradables. En este módulo se trabaja la comunicación verbal y no verbal, cómo iniciar una conversación, cómo mantener una conversación y cómo dar desenlace a una interacción social.

Módulo de control/manejo de la medicación

En este módulo se trabajan todos los asuntos relacionados con la toma de la medicación, se tratan temas como “efectos secundarios, interacciones, dosis, interrupción de tomas, baja adherencia, etc.” (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015, pág. 12). Esto con el objetivo de entrenar al usuario de forma activa y generar una adherencia al tratamiento farmacológico, la estabilidad de los síntomas es uno de los criterios para la aplicación de cualquier técnica psicoterapéutica.

Módulo de control/manejo de síntomas y prevención de recaídas

Permite al paciente la percepción e identificación de signos prodrómicos que advienen a una recaída. Esto con el objetivo de la generación de un plan de emergencia

personalizado que incluyo todos los pasos a seguir ante los signos de exacerbación de síntomas que preceden a una crisis.

Módulo de re-integración a la comunidad

Este módulo se centra en los pacientes que están en hospitalización, está estructurado por 16 sesiones sistematizadas. En este se manejan temáticas relacionadas con el manejo del estrés para la vida en la comunidad, la planificación del día a día, resolución de problemas relacionados con la medicación, identificación de signos de alarma de recaídas, conexión del pacientes con los servicios de salud y planificación del alta hospitalaria.

Módulo de control/manejo del abuso de sustancias

Este módulo se desarrolla en paciente que tienen una patología dual o antecedentes de abuso de sustancias, propende por la toma adecuada de la medicina y por el manejo de medicamentos de diferentes patologías, de forma que no se genere una sobredosis, o que los medicamentos no se contrarresten entre sí.

Módulo de implicación de las familias en los servicios de salud

Este módulo subraya la importancia que tiene la inclusión de las familias en la intervención de los pacientes, debido a que la familia puede llegar a ser una agente sobre estresor o protector que influya en el proceso de recuperación/rehabilitación del sujeto.

Módulo de relaciones interpersonales e íntimas

Aquí se tratan temas de importancia relacionados con el establecimiento de relaciones e interacciones sociales, también se habla respecto a la sexualidad vinculadas

con conductas sexuales apropiadas, cómo proporcionar placer o cómo reconocer señales de que una persona está o no interesada en tener relaciones sexuales.

Ahora, para el diseño del plan de intervención, se deben tener en cuenta los siguientes preceptos (Hernández, 2009):

- Se debe tener en cuenta el marco cultural en el cual se desenvuelve el sujeto para la identificación y desarrollo de escenarios.
- Las actividades, metas y el ritmo de la intervención deben fijarse de acuerdo a la tolerancia del estrés del paciente, déficit de habilidades, deterioro de aprendizaje, características motivaciones y demás limitaciones que presente el sujeto.
- La tolerancia del entorno del sujeto a cambios a nivel de competencia social, y la disponibilidad de los sujetos que conviven con el paciente o interactúan mayormente.

Dentro de los contenidos a trabajar, la técnica de EHS posee una serie de temáticas que deben ser desarrolladas en proceso, estas temáticas son (Navarro, 2009):

- Habilidades conductuales básicas: en esta temática se desarrollan y trabajan aspectos relacionados con la expresión corporal, contacto ocular, postura, tono de voz, etc. Aspectos relacionados con la forma en la que se emite un mensaje o respuesta.
- Habilidades conversacionales: se realizan ejercicios relacionados con las dinámicas de interacción social, aquí se tratan aspectos cómo iniciar y mantener conversaciones, expresión de ideas, búsqueda de ayuda, peticiones, etc.

- Habilidades de solución de problemas sociales: se trabajan temáticas relacionadas la evitación y desenlace de percances que pueden llegar a presentarse en interacciones sociales, aquí se trabajan temas como percepción correcta de la situación y la selección de respuestas apropiadas.

Las distancias entre las sesiones y la duración de las mismas, estarán determinadas por la funcionalidad del paciente, la complejidad de la habilidad social que se desea desarrollar y el nivel de dificultad que esta supone para el paciente (Hernández, 2009).

Uno de los programas desarrollado para la intervención de la esquizofrenia por medio del EHS es el Programa de entrenamiento de habilidades sociales orientado a la metacognición (o MOSST, sus siglas en ingles), el objetivo de este programa es el desarrollo de conductas sociales específicas y efectivas, también ayuda a los pacientes a comprender mejor sus estados mentales y el de los demás (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017). Este programa se centra en que sus participantes entiendan correctamente los procesos mentales que se desarrollan en los escenarios de interacción social, los roles que cumple cada persona en una conversación y en la comprensión de sus propios pensamientos como experiencias subjetivas.

El programa MOSST pretende (1) entrenar la función meta-cognitiva, (2) enseñar a los participantes como identificar sus propios estados mentales, esto con el objetivo de que se facilite la identificación de sus necesidades y deseos y, (3) reforzar en el terapeuta y el paciente la habilidad de discutir respecto a sus funcionamientos mentales a través del desarrollo de las sesiones. Las condiciones para el desarrollo de este programa son:

1. El espacio donde se ejecuten las actividades debe ser seguro y libre de interrupciones de otros pacientes o personal de la institución.
2. Los terapeutas deben generar un ambiente de confianza, en donde se promueve la expresión sosegada y adecuada de las emociones. Cualquier signo de inseguridad entre los participantes de las sesiones, deberá ser intervenido ya que este imposibilitará el desarrollo de la meta-cognición.
3. Los terapeutas deben hacer un uso estructurado de la participación y la comunicación, ya que por medio de estos se pueden realizar análisis de la relación terapéutica generada entre el paciente, el terapeuta y los demás participantes.
4. Se debe evitar el uso de metáforas, ironías o sarcasmos, la comunicación debe darse de forma clara, sencilla y directa.

Este programa se desarrolla en un formato grupal y se recomienda que las sesiones sean dirigidas por al menos dos terapeutas con experiencia en el manejo de grupos. Las habilidades entrenadas en MOSST están divididas en tres grupos: (1) habilidades de conversación, (2) habilidades de asertividad y (3) habilidades para el manejo de conflictos (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gaínza-Tejedor, 2017). A continuación, se hará un listado de las habilidades que se entrenan en este programa:

- Saludar a otros.
- Escuchar al otro.
- Pedir información.
- Iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- Recibir y dar elogios.
- Hacer y rechazar peticiones.

- Sugerir ideas.
- Responder a críticas negativas.
- Pedir disculpas.
- Expresar sentimientos desagradables y positivos.

El EHS es una técnica estructurada y organizada, pero que posee flexibilidad a la hora de diseñar y ejecutar los módulos o planes de intervención, de acuerdo al paciente y a su entorno. Al tener en cuenta el factor subjetivo de cada comunidad y cada cultura, brinda al paciente la posibilidad de adaptarse y desarrollar habilidades sociales propias de su entorno, que le facilitarán la re-integración con su comunidad.

Importancia de la transferencia

Durante la intervención el terapeuta encaminará de manera estructurada el espacio de trabajo, de forma que los cambios que se establezcan durante la situación problemática faciliten la generación y aprendizaje de habilidades que pueda poner en práctica en conflictos que tengan lugar en la cotidianidad (Hernández, 2009).

El manejo de estrategias estructuradas por parte del terapeuta permite que los espacios de retroalimentación, sobre el desempeño del paciente en las actividades, se puedan potenciar. Además, fortalecerá el establecimiento de un vínculo con el terapeuta, lo que aumenta el sentimiento de seguridad, igualdad y cooperación (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017).

También, es necesario que la actitud del terapeuta se centre en ser un facilitador del proceso de rehabilitación del paciente, en especial en aquellos sujetos que muestran dificultades en realizar introspección respecto a sus propios estados mentales y conductas.

Para esto, el terapeuta debe realizar retroalimentaciones e indicaciones que estimulen el desarrollo de esta capacidad de reflexión sobre sí mismo, a partir de narraciones escritas u orales sobre distintos episodios interpersonales, ya que el desarrollo de esta habilidad, ha dado resultado efectivo en el desarrollo de niveles superiores de metacognición en interacciones individuales y grupales.

Efectividad

El entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva conductual y la rehabilitación cognitiva son las técnicas que tienen mayor efectividad y apoyo empírico en el tratamiento de la esquizofrenia, destacándose en el número de estudios realizados que validan la efectividad en sus intervenciones (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015). A partir de esto, el EHS se ha establecido como factor esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y se recomienda su incorporación a los diferentes modelos de intervención (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor 2017). Incluso, organismos como la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association reconocen su efectividad y las incluyen dentro de los planes de intervención que estas ejecutan (Navarro, 2009).

Los resultados de esta técnica no sólo implican un factor protector ante situaciones sobre-estresoras, sino que también permite la estabilización de los síntomas, la adherencia al tratamiento y la rehabilitación y recuperación del área social del sujeto. La efectividad de esta intervención, en general, requiere de más tiempo y garantiza mejores resultados ante sesiones más intensa y estructuradas de entrenamiento (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

El EHB produce una mejoría en el funcionamiento social cuando se utilizan técnicas conductuales, como lo son la ejecución de ejercicios de role-playing, las interacciones grupales, etc. Además, permite la mejora de la imagen que tiene el paciente con esquizofrenia sobre sí mismo y la habilidad asertiva en la interacción social, influenciando de forma moderada en la reducción de la sintomatología positiva (Navarro, 2009).

Esta técnica de intervención también tiene apoyo sobre su eficacia en relación a reducción de la sintomatología psicótica (delirios y alucinaciones), a la disminución de la tasa de recaídas y a las hospitalizaciones (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017). También, Navarro (2009) sostiene que hay suficiente evidencia empírica que valida la utilidad del EHS para:

- Potencialización de habilidades conductuales de los participantes.
- Disminución de la ansiedad social.
- Reducción de las recaídas.
- Reducción en el tiempo de hospitalizaciones.

Ahora, dicha evidencia también expone que el EHS no es la solución a todas las sintomatologías que se presentan en la esquizofrenia y que esta técnica es sólo un componente que debe estar acompañado por toda una serie de mecanismos de intervención que abarquen las distintas áreas a trabajar en el tratamiento. Dichos resultados de efectividad se basan en comparaciones realizadas con grupos control, entre técnicas de intervención y entre tratamientos alternativos (Morian, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015). La terapia cognitiva-conductual demostró efectividad en la

disminución de la sintomatología negativa en más del 60% de los pacientes, mientras que en el EHS demostró tener efectividad en sólo un 40% de los participantes.

Por otro lado, a pesar de la cantidad alta de estudios que hay sobre el EHS, estas investigaciones han presentado defectos a nivel metodológico, como la ausencia de un grupo control, la falta de aleatorización de los casos, la elección de participantes con características heterogéneas, la diversidad temporal de evolución y las dificultades para encontrar población para las investigaciones (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015).

También se debe tener en cuenta la escasa delimitación conceptual que hay en las investigaciones, en donde conceptos como habilidad, competencia y funcionamiento social pasan a definirse como un mismo fenómeno, lo que genera la elección de instrumentos no específicos para la evolución de la habilidad social en el sujeto (Jiménez, Vásquez, y Morejon, 2007). Y los meta-análisis actuales, apoyan la aplicación de esta técnica, aunque el análisis realizado a investigaciones arrojan resultados discrepantes, debido a que

(...) si bien la mayoría obtiene resultados positivos en lo que respecta a la adquisición de habilidades, todavía no alcanzan la potencia suficiente el mantenimiento de las mismas a largo plazo o el efecto en la mejora de algunos síntomas como los negativos. (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015, p. 17)

Por ejemplo, un meta-análisis realizado por Kurt y Mueser (2008) demostró que el EHS tiene un efecto moderado sobre el funcionamiento social ($d=0,52$) y pequeño en la reducción de las recaídas ($d=0,23$), aunque no queda claro si dicha técnica proporciona

mejores resultados que los cuidados convencionales (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gaínza-Tejedor, 2017).

Ahora, en relación a la incidencia que tienen las HS sobre el apoyo social, se ha explorado poco la influencia que tiene un constructo sobre el otro, limitándose sólo a evaluar aspectos estructurales del apoyo social (Jiménez, Vásquez, y Vásquez, 2007). Además, a pesar de la existencia de literatura respecto a esta técnica de intervención, se siguen presentando cuestionamientos sobre la efectividad y las limitaciones que posee en entrenamiento en habilidades sociales, centrándose en la dificultad que existe para la globalización de los resultados en un contexto cotidiano y a influencia que posee esta técnica en la reducción de la sintomatología negativa de la esquizofrenia (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

Actualidad

La investigación respecto a la efectividad de las intervenciones va dirigida a la evaluación del uso de métodos combinados (farmacología, psicoterapia individual, intervención psicosocial y terapias de rehabilitación de habilidades), esto con el fin de incrementar los resultados de los tratamientos en el contexto ambulatorio (domiciliario y comunitario). Debido a esto, actualmente muchos modelos de intervención han estado sujetos a procesos de valoración de su efectividad, resultado en la validación de estos brindando resultados satisfactorios a largo plazo (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

Además, dichas investigaciones sobre la eficacia y efectividad de estos tratamientos, están orientados en el fortalecimiento del entrenamiento social, con el fin de incrementar

los recursos personales de adaptación, socialización y afrontamiento, así como de la red de apoyo social de los pacientes con esquizofrenia (Hernández, 2009). Este objetivo ha sido difícil de alcanzar, debido a que la conceptualización de la teoría y los preceptos de las habilidades sociales no son muy claros y cada definición dependerá del autor al que se consulte.

A pesar de esto, en los últimos años se han generado considerables tratamientos y modelos de intervención para el entrenamiento de la habilidades meta-cognitivas, la invención de psicoterapias orientadas a la reflexión sobre uno mismo, al mejoramiento de la capacidad de identificar y corregir estilos disfuncionales de razonamiento y el desarrollo de conductas concretadas estipuladas como formas de respuesta, son los diferentes tratamientos que se han estado explorando (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gaínza-Tejedor, 2017).

A partir de lo anterior, los tratamientos disponibles en la actualidad para la intervención del funcionamiento personal del paciente con esquizofrenia se han dividido en dos grupos:

1. Tratamientos derivados del conductismo: en este grupo el trabajo se centra en la modificación de las conductas de interacción social por medio del entrenamiento sistemático de conductas socialmente efectivas, el cual se basa en la teoría del aprendizaje social y la teoría de la modificación conductual (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gaínza-Tejedor, 2017).
2. Tratamientos basados en el entrenamiento de la cognición social: este grupo de intervenciones se enfoca en el entrenamiento de distintas áreas relacionadas con la

cognición social, con el objetivo de enriquecer el funcionamiento personal de los pacientes. El término *cognición social* hace referencia al conjunto de habilidades psíquicas requeridas para las interacciones sociales efectivas. Estas intervenciones se han basado en la teoría de la mente, el reconocimiento emocional y los estilos de atribución, como base teórica para el desarrollo de sus intervenciones (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017).

Por último, aunque existen varios módulos de intervención para el entrenamiento de habilidades, dichas técnicas no se han extendido por todos los países, de forma que uno de los principales retos del futuro es el globalizar e implementar en los servicios de salud los tratamientos que garanticen mejores resultados dentro del ámbito científico (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas y Alós, 2015).

Conclusión

Debido a las afectaciones que se generan en el área de interacción social en el paciente con esquizofrenia, ya sea por factores sintomáticos propios de la enfermedad o por efectos secundarios de la medicación, el entrenamiento en habilidades sociales es un componente fundamental en el tratamiento integral de la esquizofrenia (Hernández Lira, 2009), en especial si los elementos trabajados en las sesiones están relacionados con el uso del tiempo libre y el ocio, las relaciones interpersonales y las habilidades laborales (Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, y Alós, 2015).

Los anteriores son factores importantes que garantizan una adecuada adaptación del sujeto e la comunidad, y que, además, desarrollan actitudes y capacidades de independencia y auto-valía en el sujeto. Esta técnica permite que el paciente desarrolle estrategias para la

modificación o confrontación de aspectos estresores de su entorno, otorgándole un papel activo en relación a su recuperación y posibilitándole la construcción de su medio social (Hernández, 2009).

A partir de los estudios documentados, se puede identificar la dificultad existente para la validación de este tipo de intervenciones, y que, a pesar de poseer estructuras para su ejecución fijas y establecidas, los distintos contenidos que se pueden tratar y las diferentes actividades y herramientas que utilizan para la estimulación de estas áreas juegan un papel importante en la dificultad existente para comprobar su eficacia.

Rehabilitación cognitiva.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta todas las áreas del sujeto, entre estas, áreas relacionadas con la recolección, procesamiento y análisis de la información. Capacidades como el razonamiento, el lenguaje, la memoria y la atención, se ven significativamente afectadas y disminuidas. Debido a esto se presenta distorsión en la percepción que tiene el sujeto de su entorno y de su desenvolvimiento en la vida cotidiana, lo cual supone un obstáculo para la readaptación y recuperación del bienestar que tenía antes de que la enfermedad se agravara.

Con esta necesidad, se han generado estrategias de intervención que rehabilitan y recuperan estas habilidades de forma que el sujeto pueda reintegrarse a la sociedad y valerse por sí mismo. Muchas de estas actividades están centradas en la repetición y aprendizaje de técnicas que le ayudarán a mejorar sus capacidades cognitivas e identificar puntos clave de su enfermedad.

¿Qué es?

La rehabilitación cognitiva es un conjunto de técnicas y actividades que buscan mejorar o recuperar los déficits existentes en el área cognitiva del paciente con esquizofrenia, causados por la sintomatología o su inadecuado desarrollo (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016). Sus fundamentos teóricos se basan en que (1) es posible la mejora y recuperación del área neurocognitiva afectada por la esquizofrenia, (2) existe una relación entre el déficit neurocognitivo y la disminución del funcionamiento social en el paciente con esquizofrenia y (3) el fortalecimiento a nivel cognitivo puede influenciar el mejoramiento de las áreas sociales y la disminución de la sintomatología esquizofrénica (Sánchez, 2012).

Estas técnicas son diversas en estructura y metodología, por lo cual aportan diversas variables y puntos de vista que permiten una recuperación significativa en el funcionamiento del sujeto. Además, desde el modelo cognitivo-conductual se tienen las premisas de que:

- El paciente tiene áreas que no han sido afectadas por la sintomatología esquizofrenia y que pueden ser objeto de intervención.
- Por medio de la terapia se pueden regular o eliminar algunos síntomas relacionados con los delirios y las alucinaciones.
- Aspectos ambientales y sociales son un gran agente que pueden influir en la exacerbación o atenuación de la sintomatología del paciente.

Para el desarrollo de los planes de intervención, este modelo tiene en cuenta la evaluación de la gravedad, el curso o estadio de la enfermedad y el pronóstico de la

esquizofrenia, así como de la constante observación de factores como: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento (Muñoz y Ruiz, 2007). Este modelo desarrolla planes de intervención donde se entrena los tipos de atención (focalizada, selectiva, sostenida, etc.), las praxias (construcciones visuales) y las funciones ejecutivas (procesamiento y análisis de información, memoria de trabajo, habilidades verbales y secuencia espacio-temporal) (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016).

Todo esto con el objetivo de permitir que el sujeto incremente o mejore sus habilidades cognitivas para un funcionamiento más adecuado en la cotidianidad. Para esto, intenta enseñar o entrenar en distintas actividades dirigidas a la rehabilitación y estimulación de estas áreas cognitivas afectadas, de forma que se facilite la adaptación familiar, laboral y social (Torres, 2010). Se parte de que hay una adherencia farmacológica del paciente y que, por lo tanto, su sintomatología se encuentra estable (Fuertes, 2014). La rehabilitación cognitiva puede llegar a proporcionar

Cambios en los patrones de activación cerebral, asemejándose más a un patrón perteneciente a un sujeto sano, lo cual implicaría una restitución de la función cognitiva, así como también la compensación de la misma a través de distintas estrategias utilizadas por los sujetos. (Sánchez, 2012, p. 31)

Por medio de este modelo de intervención, el paciente establece un vínculo que lo empuja a indagar y razonar sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones en relación a sus síntomas. Este proceso implica que el sujeto comience a llevar un registro de pensamientos, sentimientos y conductas respecto a las manifestaciones de la esquizofrenia, el apoyo de nuevas formas de enfrentar dichos fenómenos y la reducción del estrés

(Fuertes, 2014). Además de la ejecución de actividades que rehabiliten el área, estas actividades pueden ser:

Presentación cruzada, lluvia de ideas, técnicas de demostración, exposición psicoeducativa y participativa, ejercicios específicos para la atención, memoria visual, verbal de trabajo, velocidad de procesamiento de la información, ejercicios de diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, planeación y refuerzo; buzón de consultas. (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016)

De acuerdo a sus efectos, estas actividades están divididas en dos grandes grupos: actividades de restitución y actividades de compensación. Las actividades de restitución, son aquellos ejercicios que tienen como objetivo la rehabilitación y recuperación de una función cognitiva o de la recuperación del funcionamiento total cognitivo del sujeto a un nivel previo a la aparición de la esquizofrenia (Sánchez, 2012).

Por otro lado, las actividades compensatorias son acciones centradas en brindar al paciente herramientas y estrategias que le permitan subsanar los déficits que presenta a nivel cognitivo. Para esto, se hace uso de técnicas de carácter interno (apoyos mentales o interiorizados) y de carácter externo (herramientas y dispositivos físicos). Este tipo de actividades suelen ofrecer mejores resultados que las acciones enfocadas en la restitución.

Estas tareas se pueden realizar en las sesiones individuales o en las grupales, dependiendo de las necesidades de los individuos, las características de los participantes y que tan beneficiosas pueden resultar (Loubat , Gárate , y Cuturrufo, 2016). Los objetivos de esta intervención se encaminan a disminuir la vulnerabilidad del paciente ante situaciones y

eventos sobre-estresantes, reducir el riesgo de recaídas, mejorar la comunicación, fortalecer las habilidades de afrontamiento y aumentar la adherencia al tratamiento (Fuertes, 2014).

Sin embargo, la rehabilitación cognitiva posee algunos inconvenientes debido a que algunas áreas cognitivas afectadas por algún déficit son de alta importancia para la funcionalidad del sujeto y requieren mejorías altas para la recuperación del paciente, pero dichas áreas poseen un rango de recuperación bajo debido a la base neurobiológica de la enfermedad (Sánchez, 2012).

Una de las teorías neurobiológicas aceptadas es la dopaminérgica, en la cual existe una falla en la sensibilidad del neurotransmisor encargado de la segregación de la dopamina, esta falla origina la presencia de un exceso de esta hormona, lo que genera un hiperactividad dopaminérgica y ocasiona la aparición de los síntomas positivos de la esquizofrenia (Alucinaciones, delirio, pensamiento y discurso desorganizado) (Saiz, Vega, y Sánchez, 2010).

Otro de los inconvenientes que se presenta en la intervención, es la dificultad que hay para la globalización de la mejora obtenida en una habilidad al conjunto de habilidades del área cognitiva, debido a esto, se recomiendan rehabilitaciones cognitivas que sea poco focalizadas en una sola área de trabajo y que también se enfoquen en la intervención de aspectos como las habilidades sociales, el área laboral y la autonomía personal, este tipo de intervenciones han tenido mejores resultados.

Antecedentes históricos

La terapia cognitiva-conductual comenzó inicialmente como una forma de intervención para trastornos afectivos, demostrando eficacia en la reducción sintomática de

estos. En 1952 se realiza el primer intento de aplicación de una psicoterapia cognitiva-conductual sobre una sintomatología psicótica, Beck comienza una terapia con un paciente que había generado resistencia al tratamiento farmacológico. El tratamiento de este paciente consistió en una serie de treinta encuentros durante ocho meses, en la cuales se logró desarrollar en el paciente el sentido de cuestionamiento y razonamiento sobre los síntomas paranoicos que presentaba (Muñoz y Ruiz, 2007).

Luego de esto, en 1979, se realizó una investigación sobre los efectos de la intervención cognitiva en ocho pacientes con ideación delirante. Al final del estudio, se reportó que los pacientes “empezaron a asumir sus delirios como hipótesis sobre el significado de ciertos eventos, en lugar de ser verdades rígidas y absolutas” (Muñoz y Ruiz, 2007, p. 99).

¿Cómo se desarrolla?

Al iniciar, es necesario que se realice una evaluación de permita la localización de las áreas cognitivas afectadas para, posteriormente, la construcción de un plan de intervención acorde a las necesidades de rehabilitación del sujeto (Torres, 2010). Esta primera evaluación debe contar con información de (Fuertes, 2014):

- Entrevista con el paciente y la familia.
- Relaciones familiares.
- Capacidades cognitivas.

La intervención tendrá una duración de seis meses y estará compuesta por diez sesiones previamente estructuradas y planificadas. El orden que se tiene como guía para la planeación de los se fundamenta en la intervención de las alucinaciones; por medio de la

aplicación de técnicas operantes, parada de pensamiento, procedimientos distractivos, auto-observación y terapia aversiva. Por lo general, este tipo de actividades se encuentran reunidas en tres grupos (Fuertes, 2014):

- ***Actividades centradas en la distracción de las voces.***

Esta área se encuentra enfocada en la supresión verbal de las voces, es decir en la eliminación o desconocimiento atencional de las voces, esto se hace por medio de la escucha de música, contar mentalmente o entablar una conversación con alguien de confianza.

- ***Actividades centradas en la focalización de las voces.***

En estas actividades se le pide al paciente que dirija su atención a las características y contenido físico de las voces (número, intensidad, volumen, etc.). Se motiva al paciente a realizar un registro de los sucesos relacionados con las voces, el contenido de las voces mismas, los pensamientos y sentimientos que estas le genera, este análisis realizado será discutido durante las sesiones, con el fin de encontrar un sentido al contenido de las voces.

- ***Actividades centradas en la reducción de la ansiedad.***

El estrés y la ansiedad son dos factores de riesgos para la aparición de recaídas sintomatológicas, debido a esto, se hace necesario de la ejecución de actividades en las cuales se brinden herramientas para la frotación de situaciones sobre-estresoras.

Una vez identificadas las actividades a ejecutar en las primeras sesiones, es necesario que se indaguen y se seleccionen sub-temáticas a trabajar durante los encuentros, estas temáticas pueden ser (Muñoz y Ruiz, 2007):

- **Terapia familiar conductual:** el objetivo de esta intervención es disminuir al máximo el estrés presente en los vínculos que tiene el sujeto con otras personas, las cuales pueden influir en la recuperación o entorpecimiento del tratamiento para el paciente. Va dirigida a tratar asuntos comunicacionales en la familia y en la potenciación de las habilidades de resolución de conflictos.
- **Entrenamiento en habilidades sociales y afrontamiento de los síntomas esquizofrénicos:** en esta intervención se realiza un registro y análisis de los síntomas psicóticos presentes, intentando identificar las condiciones en las cuales el síntoma emergió, las reacciones del paciente ante el síntoma y las consecuencias del mismo. Posteriormente, se realiza un reconocimiento de las habilidades de afrontamiento que se ha utilizado el sujeto y la eficacia de estos. En las actividades se enseñan estrategias como: iniciar una conversación, dar un paseo, habla positiva con uno mismo, distracción de la atención y la modificación de estímulos sensoriales.
- **Tratamiento de abuso de sustancias psicoactivas:** esta intervención está enfocada en la reflexión respecto a la importancia que tiene que el sujeto se responsabilice del tratamiento, discutiendo las implicaciones negativas que tiene el consumo de sustancias psicoactivas para la salud y el riesgo de recaída.
- **Tratamiento de los delirios:** las temáticas a trabajar se centran en el manejo de la preocupación y situaciones estresantes. Se debe realizar un análisis del contenido de los delirios, con el fin de entender las creencias del paciente que pueden evidenciar las preocupaciones diarias de la vida subyacente, por ejemplo: “Un paciente con ideación megalomaniaca puede valerse de ésta para intentar compensar sentimientos de inferioridad, minusvalía o soledad” (Muñoz y Ruiz Cala, 2007, p. 103). Este tipo

de abordaje intentar entender como el paciente construye su realidad y asigna significado a sus experiencias partiendo de sesgo cognitivo.

- Tratamiento de las alucinaciones: igual que con el tratamiento de los delirios, se realiza una indagación sobre la frecuencia, intensidad, variabilidad, el contenido, las creencias que tiene el paciente sobre las alucinaciones, su reacción ante estas y eventos externos e internos que pueden precipitarlas. Posteriormente, inicia a cuestionar las creencias que tiene el paciente y a brindar explicaciones alternativas que pongan al sujeto en una posición de análisis y discutir la veracidad de estas.

La teoría cognitiva-conductual posee muchas ramas que han desarrollado sus estilos de intervención, una de las terapias más reconocidas es la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Beck. Esta terapia está conformada por una serie de pasos estructurados y vinculados el uno con el otro, posee un orden establecido y permite una intervención sistematizada y ordenada. Los pasos para la ejecución de esta intervención son:

1. ***Establecimiento de la alianza terapéutica:***

Durante la primera sesión, el terapeuta generará un espacio de confianza para el paciente, esto con el fin de que durante las sesiones el paciente se sienta aceptado y apoyado. Durante estas sesiones también se desarrollará una actitud de colaboración por parte del paciente hacia la terapia.

2. ***Desarrollar y priorizar:***

Una vez establecida una relación terapéutica, es necesario que se realice una identificación de los síntomas del paciente, el contenido de sus delirios y alucinaciones, los comportamientos que ha adoptado el paciente durante la enfermedad y las creencias que ha establecido a partir de esta. Se tomarán algunas

sesiones para identificar las metas vitales del sujeto en relación al trabajo, formación/estudio, relación con el otro e independencia.

3. ***Psicoeducación y normalización de los síntomas:***

Se tendrán sesiones psicoeducativas, en las cuales se discutirá con el paciente como diferentes aspectos (como el estrés) pueden incrementar o disminuir sus sintomatología, a partir de esto es importante que el paciente comience a tomar una actitud responsable ante el tratamiento.

4. ***Desarrollar una conceptualización cognitiva:***

Además del trabajo psicoeducativo en relación con la enfermedad, también se realiza una indagación respecto a los sistemas de creencia del paciente, las conexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas, se discuten y comparten las situaciones o problemáticas específicas que puedan estar afectando y entorpeciendo el proceso de recuperación del paciente.

5. ***Tratamiento de los síntomas negativos y positivos y de las demás enfermedades mentales que pueden tener comorbilidad con la esquizofrenia (depresión, ansiedad, etc.):***

Para la intervención de los síntomas positivos y negativos, se ejecutan principalmente ejercicios de cuestionamientos, evaluación y reformulación del síntoma. En relación a la presencia de enfermedades comorbiles, se discuten y analizan las creencias relacionadas con la enfermedad (ansiedad o depresión) y en el brindar explicaciones alternativas a las situaciones.

Los ejes centrales para la intervención del paciente con esquizofrenia desde la rehabilitación cognitiva son: la evolución, diagnóstico de las dificultades que presenta y el

cuestionamiento de los síntomas con un tono reflexivo. Dichos ejercicios son suscitados para que el paciente tenga un papel activo en su recuperación y para la elaboración de un plan de intervención en el cual se realice una adecuada selección de las temáticas a tratar.

Importancia de la transferencia

En la rehabilitación cognitiva, la relación entre el paciente y el terapeuta es una base importante para el inicio del tratamiento, esto debido a que el terapeuta es concebido como un guía del proceso, apoyando al paciente a entender la forma en la que sus pensamientos influyen sus emociones y como estos pueden influir en conductas desadaptativas. El terapeuta también es aquel agente motivacional que promueve el aprendizaje de habilidades adaptativas (Muñoz y Ruiz, 2007).

Además, esta técnica de intervención se constituye soportada en una relación terapéutica cercana, con apoyo, comprensión de la experiencia del paciente y de rol activo ante la búsqueda de soluciones para las problemáticas que se presenten en el proceso de rehabilitación.

Efectividad

La rehabilitación cognitiva es una técnica efectiva que tiene la relación adecuada entre el costo-beneficios de su aplicación, teniendo logros moderados en la generalización del mejoramiento cognitivo en la sintomatología (positiva y negativa) que se presenta en la esquizofrenia (Sánchez, 2012). También muestra mejorías en el cese de la disminución de materia gris en el cerebro y en el mejoramiento de las habilidades sociales.

Ahora, con la relación existente entre la rehabilitación cognitiva y la disminución de la sintomatología esquizofrénicas, hay evidencias que apunta que este efecto se ve

principalmente en la sintomatología positiva de la enfermedad (Muñoz y Ruiz, 2007). Esta intervención también puede suscitar la recuperación de funciones relacionadas con la memoria y el desarrollo de estrategias que compensen la existencia de déficits en otras áreas, demostrándose en un estudio que el 83% de los participantes de una intervención cognitiva, había disminuido el daño de severo a moderado (Torres, 2010).

Por otro lado, esta técnica ha enfocado su área de trabajo a las funciones cognitivas generales y específicas, principalmente de los déficits o afectaciones que pueden presentarse en estas, obteniendo la posibilidad de ampliar los beneficios de sus intervenciones extendiendo sus beneficios no sólo en el área cognitiva, sino también en lo sintomática, en la disminución de la medicación y las recaídas, autoestima, independencia y calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia (Sánchez, 2012). Es una técnica recomendada a pacientes no agudos, aunque en pacientes crónicos ha sido validada su eficacia.

Ahora, independientemente del programa de intervención utilizado en el tratamiento, siempre se observan efectos positivos, demostrando la eficacia significativa que tiene en el funcionamiento cognitivo y psicosocial en los pacientes, así como en la incidencia que tiene sobre los fenómenos psicopatológicos propios de la enfermedad (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016). Así mismo, algunas características de los pacientes permiten pronosticar los efectos beneficiosos que puede llegar a tener una técnica, posibilitando la selección y personalización de programas que trabajen las necesidades del sujeto (Sánchez, 2012).

Por ejemplo, en un estudio realizado sobre los efectos que tiene la rehabilitación cognitiva aplicada a un grupo en comparación a un grupo control, se pudo encontrar al final del proceso, que el grupo sujeto a intervención presentó diferencias clínicamente significantes, viéndose un aumento en la atención focalizada visual, la velocidad de procesamiento de información verbal y demás funciones relacionadas con el dominio ejecutivo (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016).

Además, en un meta-análisis realizado sobre la rehabilitación cognitiva, se abstrae que esta técnica tiene efectos significativos sobre el funcionamiento social, el funcionamiento social y la sintomatología (Sánchez, 2012). También se encontró poca relación entre la duración del tratamiento y el nivel de mejoría post-intervención, aunque sí contribuye significativamente en la persistencia de los efectos de la misma a largo plazo.

La efectividad de la rehabilitación cognitiva ha garantizado la instalación de este modelo en los planes de intervención generales para los sujetos, lo que posibilita el cese del deterioro cognitivo, facilitando el proceso de recuperación y adaptación del sujeto (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016). Además, se recomienda la inclusión de otra metodología de intervención en el proceso como, por ejemplo, la adaptación al medio, entrenamiento en habilidades sociales o afrontamiento de situaciones estresoras, ya que esto aumenta la eficacia y efectos del programa (Sánchez, 2012).

Las mayores dificultades que se han encontrado para la validación de la efectividad de la rehabilitación cognitiva, han sido las características de las poblaciones sobre las cuales se han realizado los estudios, ya que los participantes de estas presentan características homogéneas, lo que no garantiza la efectividad global de la técnica en otras

poblaciones con diferentes estilos de vida y socialización. Además de esto, la rehabilitación cognitiva posee diferentes variables y actividades que son aplicadas en el proceso y que, al final, hace difícil la diferenciación e identificación de cual modalidad aplicada es la que está generando mayor efecto en el tratamiento (Sánchez, 2012).

Actualidad

Actualmente, las investigaciones en el campo de la rehabilitación cognitiva, se encuentran enfocadas en la revisión de los efectos de la presencia de un déficit cognitivo en la vida cotidiana, de forma que se puedan detectar las áreas en las cuales se necesitan enfocar los programas de intervención. También buscan la delimitación de los déficits cognitivos que pueden ser objeto de intervención y su nivel de recuperación, con el fin de optimizar la relación costo-beneficio (Torres, 2010).

Por otro lado, los crecientes avances tecnológicos, su facilidad de acceso y la presencia de personal capacitado para su uso, han posibilitado el desarrollo de métodos de intervención asistidas por computadora (Sánchez, 2012). Con esto ha surgido el desarrollo de estrategias como el programa CACR, que es una rehabilitación cognitiva realizada por medio del computador, y que ha demostrado eficacia en la disminución de la sintomatología positiva y negativa, el reconocimiento emocional facial y potenciando el área cognitiva.

Además, los avances en la teoría y en las herramientas de intervención, han brindado un conjunto extenso de variables y técnicas que pueden ser utilizadas para la rehabilitación cognitiva, haciendo modificaciones, no sólo a nivel metodológico de las mismas, sino también en los niveles de efectividad de estas.

Conclusión

La esquizofrenia es una enfermedad mental en la cual representa un deterioro significativo en el área cognitiva, afectando potencialmente la funcionalidad del sujeto, su calidad de vida y la adaptación con el medio (Loubat, Gárate, y Cuturrufo, 2016). La rehabilitación cognitiva, promete ser un método de intervención que fomenta la adaptación del paciente, el control de sus síntomas y el mejoramiento de su funcionamiento global (Muñoz y Ruiz, 2007).

Las investigaciones relacionadas con la rehabilitación cognitiva y la esquizofrenia son escasas en Latinoamérica y España (Sánchez, 2012). Los estudios relacionados con la eficacia y validación de esta técnica han arrojado resultados variables, por lo cual no ha sido posible el establecimiento de la rehabilitación cognitiva como una técnica de intervención que provea una mejora sustancial en comparación con otras técnicas ya validadas (Muñoz y Ruiz, 2007).

Técnicas psicoterapéuticas emergentes.

Además de las psicoterapias desarrolladas anteriormente, en la actualidad están surgiendo novedosas técnicas de intervención psicológica para la esquizofrenia, las cuales hacen uso de la tecnología y medios electrónicos para la ejecución de sus planes de trabajo. A continuación se desarrollarán algunas de las técnicas encontradas durante la búsqueda de información:

PsicoED

Debido a la presencia de pacientes que viven por fuera de la zona urbana o que no tienen fácil acceso a los programas de intervención de los hospitales centrales, se han

creado modelos de intervención que cubran estos problemas de accesibilidad (Soto-Perez y Martín, 2014). Aunque estos modelos son aún considerados experimentales, han sido un gran apoyo a la hora de generar adherencia al tratamiento y seguimiento de programas de intervención en el paciente.

La PsicoED, es una plataforma o programa que posibilita el desarrollo del tratamiento de forma virtual, está compuesto por

Un apartado de noticias en donde los terapeutas pueden alojar información de interés; así como una biblioteca multimedia en donde es posible disponer de material tales como videos, presentaciones, libros digitales u otros. Asimismo, existen espacios para el intercambio y apoyo mutuo como un foro de preguntas y respuestas con la participación de profesionales; un foro de usuarios; y junto con ello, PsicoED permite direccionar correos desde los usuarios a los profesionales que les atienden. (Soto-Perez y Martín, 2014, p. 120)

Este programa también cuenta con una sala de ciber-terapia para realizar videoconferencias individuales o grupales con profesionales de la salud u otros participantes del programa. La plataforma cuenta con un diseño moderno y simple, que brinda la sensación de intimidad y privacidad.

Para la implementación de una ciber-terapia de este tipo, es necesario del seguimiento de unos puntos que garanticen la ejecución del programa de una forma efectiva y adecuada. A continuación se desarrollarán los pasos para la aplicación de esta técnica (Soto-Perez y Martín, 2014):

1. Es importante el entrenamiento y formación de los profesionales de la salud que estarán vinculados al programa, también es importante la configuración de una plataforma que se adapte a la población y problemática a intervenir. Además, se

deben identificar las actividades virtuales a realizar y las características del entorno en el cual se desarrollará el tratamiento.

2. Se debe escoger un modelo de financiamiento y sostenimiento económico de la plataforma. A partir de eso, se comienza a hacer una difusión y sensibilización del programa con los profesionales de salud y la comunidad inmersa en la problemática. También se realiza un primer acercamiento sobre su funcionamiento y de las bases teóricas que se utilizaron para construir la plataforma.
3. Es adecuada la ejecución de una prueba para identificar fallas, errores y efectividad de la plataforma.
4. En esta fase se realiza la instalación del programa para acceder a la plataforma en los equipos electrónicos de la familia. La primera vez que la familia ingrese a la plataforma, debe de estar presente un profesional que lo guíe para acceder a las actividades programadas.
5. Por último, se comienza el proceso de intervención ciber-terapéutica, en el cual habrá un constante seguimiento y monitoreo de las problemáticas logísticas y de programación que puedan aparecer en la plataforma.

Para terminar, es importante que se tenga en cuenta que esta técnica es relativamente reciente, y que aun presenta fallas de diseño y accesibilidad que no permite realizar una evaluación completa y adecuada de su efectividad. Además, su instalación y validación supone un uso de tiempo y tecnología por parte de los terapeutas para su comprensión.

Discusión.

El estado del arte de la producción de literatura científica sobre los métodos psicoterapéuticos en el tratamiento de la esquizofrenia entre los años 2007 y 2017 en Latinoamérica y España, ha sido un trabajo que ha permitido un acercamiento limitado al estado actual de la literatura relacionada con las técnicas de intervención de la esquizofrenia. Este trabajo, también permitió conocer diferentes aspectos relacionados con los fundamentos teóricos, actividades, criterios, procedimientos, efectividad y estado actual de cada una de las técnicas desarrolladas en el estudio.

Ahora, a partir del análisis de la información encontrada, se pudo identificar (1) la escasez de artículos relacionados con el estudio de la efectividad de las técnicas en el tratamiento de la esquizofrenia en Latinoamérica y (2) en los estudios encontrados, se reconocieron la presencia de fallas a nivel metodológicas en la evaluación del costo-beneficio de estas técnicas. Durante la investigación surgieron temáticas necesarias a discutir en función del análisis respecto al estado actual de los métodos de intervención psicoterapéuticos para la esquizofrenia, que conlleva la información encontrada en la realidad actual del paciente y la influencia que tiene la producción literaria en la construcción e institucionalización de planes y programas de intervención.

A continuación, se discutirán los hallazgos encontrados en relación a la eficacia de las técnicas trabajadas, y su relación con la integración de estas a los modelos de intervención en los centros de salud. También se desarrollará la existencia del concepto de *sujeto esquizofrénico* para la psicoterapia general y para cada una de las técnicas.

Técnicas y metodologías

A partir del análisis y recolección realizada, se pudo identificar la existencia de distintas técnicas psicoterapéuticas para la esquizofrenia, las cuales se especializan en la intervención de sintomatologías o problemáticas puntuales que aparecen durante el desarrollo de esta enfermedad. Esta variedad de técnicas son un factor importante a la hora de elaborar un plan de intervención, ya que es significativo reconocer que la esquizofrenia no es un trastorno que se presenta de forma igual en todos los sujetos. Esta enfermedad afecta de forma diferente a cada paciente, lo que hace necesaria la existencia de diferentes métodos que se enfoquen en la recuperación de las diferentes áreas afectadas por la esquizofrenia o por problemáticas que se puedan generar por la medicación o problemáticas que se desprendan por el diagnóstico.

Ahora, en relación a cuál podría ser la técnica más efectiva, se encontró que una de las técnicas que posee mayor respaldo en lo que respecta a la validez de sus resultados en la literatura encontrada es la rehabilitación cognitiva. En los estudios encontrados se manifiesta que la aplicación de esta técnica permite la obtención de logros moderados en el mejoramiento cognitivo (Sánchez, 2012) y recuperación de la memoria, también tiene efectos en la disminución de la sintomatología positiva (Muñoz y Ruiz, 2007), reduciendo la gravedad del diagnóstico de severo a moderado (Torres, 2010).

La existencia de estos estudios ha garantizado la creación y ejecución de planes de intervención con esta técnica, instaurándola como una pieza clave en el tratamiento de la esquizofrenia. De igual modo, ha permitido que estos planes se institucionalicen y se lleven a cabo, facilitando el acceso y personalización del método terapéutico.

Por su parte, la técnica que tiene menor evidencia es el arteterapia debido a que, a pesar de tener evidencias empíricas de su efectividad en la disminución de síntomas negativos (Del Río y Sanz-Aránquez, 2010), recuperación de las funciones neurológicas y la capacidades de afrontamiento. Y contar con estudios que manifiestan que el arteterapia estimula la capacidad de simbolización (Pérez, 2012), mejora la capacidad visoespacial, visoperceptiva y visoconstructiva (Ceballo, De Vasconcelos, y Ferreira, 2012). A nivel científico, es difícil establecer de forma valida la efectividad que tiene el arteterapia como técnica de intervención para la esquizofrenia, debido a que los estudios realizados no presentan la rigurosidad suficiente a nivel metodológico, presentan poca evidencia confiable en sus resultados, y proveen datos confusos y contradictorios.

Como consecuencia de esto, esta técnica no ha sido tomada en cuenta como un método de intervención para la esquizofrenia, y en la comunidad médica es utilizada sólo como una herramienta de apoyo y entretenimiento en el proceso de recuperación del paciente, desaprovechando las características psicoterapéuticas que esta posee, sí se realiza de una forma adecuada.

Con base a la información encontrada, se reconoce que es necesaria la ejecución de estudios rigurosos en los cuales se evalúen la efectividad que tiene el arteterapia en el tratamiento de la esquizofrenia y que arrojen resultados confiables para el establecimiento del costo-beneficio de estos métodos de intervención.

Ahora, la existencia de experimentos y estudios que evalúen la efectividad de una técnica, no es un factor totalmente determinante para la validación de la eficacia de una técnica, ya que muchas de estas investigaciones se hacen de forma necesaria en un

ambiente controlado y con unas características poblacionales específicas. Lo anterior, puede ser un problema a la hora de replicar los mismos resultados en un ambiente natural, en donde variables externas a la técnica o al plan de intervención pueden ser factores obstaculizadores del mejoramiento del paciente.

Por otro lado, durante la investigación también se identificó que existe un eclecticismo teórico en el uso de las técnicas, a pesar de que muchas de estas surgieron a partir de los postulados bases de intervención de diferentes corrientes teóricas, como los son la psicología humanista, la psicología dinámica, el psicoanálisis y la psicología cognitiva-conductual. Este eclecticismo se caracteriza por el uso de la técnica como una herramienta práctica que se puede ejecutar para la intervención, sin tener en cuenta las premisas teóricas que conlleva la aplicación de esta, lo que puede resultar en la construcción y ejecución de programas de intervención como una serie de actividades sin ninguna profundidad terapéutica y rehabilitadora.

Lo anterior, puede evidenciar una falta de fundamentos epistémicos que respalden la construcción de planes o programas de intervención eficaces, lo cual, a su vez, es un obstáculo para la validación y establecimiento de modelo de intervención estables y estructurados, cuyas bases teóricas y prácticas aseguren la efectividad y funcionamiento del tratamiento en la disminución de síntomas y rehabilitación del sujeto.

Sujeto esquizofrénico

A partir del análisis de la información encontrada de cada técnica y de la bibliografía consultada respecto a las teorías sobre las cuales estas se construyeron, se podría decir que existe un tipo establecido de sujeto propicio para las técnicas desarrolladas

en el estado del arte. Es decir, para cada técnica hay un tipo “ideal” de paciente el cual se vería más beneficiado de ser intervenido con este tipo específico. La técnica que posee una construcción más delimitada y específica de paciente “ideal a intervenir”, es el entrenamiento en habilidades sociales.

En el caso del entrenamiento en habilidades sociales, esta técnica tiene estipulado que, para garantizar un adecuado desarrollo de las actividades propuestas, se necesario que el paciente esté en una fase del tratamiento farmacológico ambulatorio, con estabilidad sintomática, y que presente problemáticas relacionada con la dificultad en el establecimiento de relaciones y tendencias al aislamiento (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gaínza-Tejedor, 2017). Además, en los criterios de exclusión se incluyen a pacientes con sintomatología o síndromes de carácter neurológico o con diagnósticos de demencia, epilepsia, Alzheimer o retraso mental.

Igualmente, otra técnica que posee una definición delimitada del paciente que se vería más beneficiado con su metodología de trabajo, es el arteterapia. Esta técnica no manifiesta un interés obligatorio en la estabilidad sintomática del paciente y afirma que el proceso terapéutico se puede iniciar en pacientes hospitalizados o que hayan iniciado tratamiento farmacológico, dichos pacientes pueden presentar dificultades en la expresión verbal de sus pensamientos, emociones e ideas (Pérez, 2012).

Por otro lado, la construcción de la concepción de “paciente” no se ha limitado sólo a cada una de las técnicas por separado. A nivel general ha surgido el concepto de *Sujeto Esquizofrénico*, el cual es un sujeto que posee las características adecuadas y necesarias para el comienzo de un trabajo psicoterapéutico. Cuando se refiere a un sujeto

esquizofrénico, se alude a aquel paciente cuyo diagnóstico de esquizofrenia está confirmado, lleva seguimiento por psiquiatría, su sintomatología es estable debido a los fármacos y posee cierto equilibrio para mantener interacción con los demás (Moriana, y otros, 2015).

La construcción del concepto de sujeto esquizofrénico, favorece la ejecución de planes de intervención eficientes, de acuerdo a las necesidades y características que posea el paciente. Dichas manifestaciones determinan qué tipo de pacientes se verían más beneficiados con la aplicación de x o y técnica, y cuáles sujetos quedarían excluidos de la posibilidad de recibir algún tipo de tratamiento con dichos métodos.

Falta de publicaciones y programas pocos estructurados.

Durante la búsqueda de información se pudo identificar una escasez de investigaciones y escritos respecto a la historia, características de los métodos y estado actual de las técnicas de intervención. Del mismo modo, se manifestó la falta de estudios en donde se evaluara la efectividad y validez que tienen las técnicas de intervención para la esquizofrenia. Aunque se encontraron estudios con metodologías estructuradas y encuadradas, muchos de los estudios encontrados contaban con fallas metodológicas que obstaculizan la confianza de sus resultados.

Lo anterior, puede ser uno de los motivos por los cuales la construcción e institucionalización de planes y programas de intervención son escasas. Es necesaria la existencia de datos que respalden la efectividad de la generación e implementación de una estrategia de intervención psicoterapéutica que incluya alguna de las técnicas trabajadas en la revisión realizada.

Además, esta falta de estudios deja a la comunidad científica y a los afectados sin recursos para (1) garantizar la eficacia de las técnicas en la rehabilitación y recuperación del bienestar del sujeto con esquizofrenia, (2) justificar la necesidad de la generación e implementación de planes de intervención a nivel de la comunidad que incluyan técnicas de intervención como el arteterapia, la psicoeducación y las terapias sociales-comunitarias, psicoterapias importantes para la re-integración del sujeto a su entorno-comunidad, y (3) gestionar el mejoramiento de los métodos de intervención que utilizan actualmente en los centros de salud, y que se beneficiarían con la inclusión de diferentes metodologías de tratamiento.

Dado que, para los centros de salud y entes gubernamentales, enfocados en las políticas de salud pública, es imprescindible la existencia de estudios que evalúen el costo-beneficio de la ejecución de este tipo de programas, esto con el fin de justificar la inversión de dinero en la creación y promoción de estos planes de intervención para la comunidad. Esta falta supone un obstáculo a la hora de mejorar las políticas de atención y la calidad de la salud mental de los sujetos inmersos en esta problemática.

Ahora, aunque hay registro de planes y programas relacionados con la intervención de la esquizofrenia, en los cuales se hace inclusión de áreas como la medicina, psiquiatría, trabajo social, enfermería y psicología, algunos de estos programas carecen de criterios de estructuración que aseguren que la integración y complementación de estas disciplinas la una con la otra. Lo que resulta en una serie de guías de intervención que no poseen las bases teóricas y prácticas suficientes para asegurar la efectividad del tratamiento.

Dichos programas carecen de estructuras que definan los objetivos de intervención, delimiten las actividades, establezcan la población a la cual va dirigida y continúen un proceso de seguimiento después de ejecutado el programa, características necesarias para la construcción, evaluación e instauración de un modelo de intervención que pueda ser institucionalizado y promocionado en la comunidad. Además, dichos programas de intervención, en algunos casos, dejan por fuera las necesidades particulares del sujeto, y son ejecutados de una forma en la que no se pueden personalizar las temáticas, tareas y objetivos de intervención.

Esta problemática, también fue un obstáculo nivel metodológico en los estudios realizados para evaluar la efectividad de las técnicas. Al no estructurarse una guía de intervención delimitada y con bases teóricas estipuladas es difícil la ejecución de estos planes de intervención, ya que no cuentan con soportes que justifiquen su impacto terapéutico. Estos programas dejan por fuera (1) variables que aparecen durante el proceso y que pueden afectar de forma positiva o negativa los resultados de los estudios, y (2) son programas que no cuentan con un segundo plan que se adapte a las necesidades y avances que tenga el paciente.

Programas de intervención en Colombia.

En relación a los métodos de intervención de la esquizofrenia, Colombia no es un país que se libre de problemáticas relacionadas con la falta de estudios sobre la efectividad de estas técnicas y de programas poco estructurado que no garantizan la mejora de los síntomas del sujeto ni la solución de problemáticas relacionadas a este. Los estudios encontrados (1) desarrollan la temática de una forma superficial, (2) son publicados en revistas científicas de otros países, lo que dificulta el acceso a estos y/o (3) se centran en el

análisis y juicio de la calidad del sistema de salud, asunto importante de tratar, pero poco pro-activo para el cambio de los modelos de intervención actuales.

Otra de las problemáticas identificadas, es el uso de estudios internacionales para la estructuración de programas de intervención a nivel nacional. Este factor obstaculiza la generación de programas compatibles con las necesidades y capacidades de la población colombiana y del sistema de salud, ya que deja de lado factores como las características culturales, la calidad de vida, calidad del sistema de salud y sostenibilidad económica por parte del sujeto y de las instituciones mentales para la promoción y mantenimiento de este tipo de programas.

Además, dicha falta de investigaciones a nivel local, puede ser una de las causas por las cuales pocos centros de salud han institucionalizado o manejan alguna guía de intervención para el tratamiento de la esquizofrenia, utilizando sistemas de atención poco organizados e incompletos, en donde no hay un acompañamiento interdisciplinar. Generalmente, estos modelos de atención se centran en el tratamiento farmacológico, dejando de lado disciplinas como la psicología, trabajo social, enfermería, entre otras, que pueden facilitar y acelerar el proceso de recuperación, además de dar atención a problemáticas que los fármacos no pueden solucionar.

Con lo anterior, se evidencia la necesidad que existe de (1) ejecutar investigaciones respecto a la efectividad de estas técnicas en el contexto colombiano, (2) generar planes de intervención de acuerdo a las capacidades de los centros de salud que puedan ser evaluados y modificados para mejorar la atención y (3) generar conciencia respecto a la importancia que hay en la inclusión de otras disciplinas de salud y sociales para la atención y

tratamiento de los síntomas propios de la esquizofrenia, enfermedades comerciales y problemáticas sociales que se desprendan del proceso terapéutico.

Limitaciones.

Este estado del arte pretende hacer una recopilación y análisis de las producciones existentes sobre las psicoterapias para la esquizofrenia en la literatura científica, para esto fue necesaria la búsqueda, recopilación y análisis de la información y datos encontrados en los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. Durante el desarrollo de la investigación, se presentaron una serie de fenómenos que dificultaron los anteriores procesos y que establecieron límites a la hora realizar el estudio. A continuación se realiza un esbozo y descripción de las particularidades que se presentaron durante la realización del estado del arte:

- **Poca accesibilidad.**

Durante la recolección de la información y documentos fichados, cuyo contenido era compatible con los criterios de inclusión del estudio, se encontró que varios pertenecían a plataformas cuya accesibilidad era limitada. Las plataformas de este tipo de documentos exponían información como resumen y comentarios, los cuales permitían la identificación de sus temáticas, pero para obtener el documento y la totalidad de la investigación, era necesaria la posesión de una cuenta vinculada a esta plataforma o una clave de acceso.

Además, durante el proceso de análisis de los resultados de los estudios realizados para la validación o comparación de la eficacia de las técnicas, se presentaron ciertas

características de las investigaciones que impedían la identificación o comprobación de la funcionalidad y validez de la técnica. Estas características fueron:

- **Falta de seguimiento en los estudios.**

Aunque la metodología de algunas investigaciones fueron claras y encuadradas en el momento de la ejecución de los programas planteados, en muchos de estos no se realizaron procesos de seguimiento que identificaran los efectos permanentes que generaron estos planes de intervención o que tanto perduraban en el tiempo los resultados de la aplicación de la técnica en el estudio.

- **Poca claridad en las características de la población a estudiar.**

En algunos estudios se identificó una falla en el momento de captar las poblaciones a las cuales se les aplicaría los planes de intervención, esto debido a que (1) existía poca limitación de las características de las personas que formarían parte del estudio (edad, estrato social, sexo, etc.), (2) no hay una claridad respecto a la gravedad y tipo de patología a intervenir en los grupos (Evolución de la enfermedad y patología diagnosticadas, los grupos de estudio de una de las investigaciones encontradas estuvo conformado por personas diagnosticadas con diferentes patologías que no poseen relación directa con la esquizofrenia).

Recomendaciones

Este estudio realiza una recopilación y análisis de la información publicada respecto a los métodos de intervención psicoterapéuticas en el tratamiento de la esquizofrenia durante el año 2010 y 2017, en Latinoamérica y España. El rastreo bibliográfico de la información se realizó de una forma abierta y general, lo que permite que dicha investigación se replique de una forma más delimitada. Ya sea enfocando la búsqueda de información sobre una región geográfica específica, una técnica de intervención particular o sobre uno de los parámetros establecidos para el desarrollo de la investigación (¿qué es? antecedentes históricos, ¿cómo se desarrolla?, importancia de la transferencia, efectividad o hallazgos en la actualidad).

Para futuras investigaciones, se recomienda la búsqueda de información en las bases de datos vinculadas a las instituciones de educación superior, entes nacionales que trabajan dicha problemática, y la remisión y solicitud de material bibliográfico con antelación a las fuentes principales.

Además, para la ejecución de futuros estudios en donde se pretenda identificar la efectividad que tiene una técnica psicoterapéutica en el tratamiento de la esquizofrenia, y se deseen obtener resultados útiles para validar el plan e intervención, es importante tener en cuenta la creación y ejecución de:

- **Mecanismos de evaluación a largo plazo.**

Es importante que durante estos estudios, se realice un seguimiento a largo plazo de los efectos obtenidos en la aplicación del plan de intervención o técnica escogida. Esto con el fin de identificar la perdurabilidad y estabilidad del impacto que ha generado el

tratamiento en la disminución o eliminación de los síntomas. Y así, determinar la efectividad que tiene y las condiciones en las cuales sería más adecuada la aplicación de esta técnica.

- **Desarrollo y evaluación de programas de intervención.**

Para la validación de la técnica, es necesario que se construya un plan de intervención en el cual se aclaren y limiten las actividades a realizar durante el proceso. Esto con el fin de acotar y definir las áreas que se verán beneficiadas con la ejecución de este, y los posibles efectos que se obtendrán. Esto es importante debido a que establece unas condiciones de intervención para la técnica, y determina el tipo de pacientes que se verán mayormente beneficiados con estos programas.

Referencias

- Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, 151-172.
- Addington, D. E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de toxicomanias*(49), 17-24.
- Ahunca, L. F., García, J., Bohórquez, A. P., Jaramillo, L. E., y Palacio, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(51), 75-89.
- Aldama, E., y Bolado, C. (2000). Experiencia grupal con esquizofrenicos en un centro de salud mental. *GOZE*, 3(8), 45-50.
- Alvarez, V. (2014). *Rehabilitación psicosocial y esquizofrenia*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.
- Amador, T. (2013-2014). *Concepto y tratamientos para la esquizofrenia a lo largo de la historia de la psicología*. (Trabajo de pregrado). Universitat de les Illes Balears, España.
- American Psychiatric Association (APA). (1996). Evaluación multiaxial. En A. P. (APA), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR* (págs. 27-37). Barcelona: Massom.
- Aranguren, M., y León, T. E. (2011). Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII* (págs. 13-17). Buenos Aires: MECOSUR.

- Artcoaching. (11 de Mayo de 2010). *SALUDTERAPIA*. Obtenido de SALUDTERAPIA:
<https://www.saludterapia.com/glosario/d/6-arteterapia.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatria.
- Azer Psicólogos Mostoles. (2014). *Aplicación del modelo diatesis-estrés a la práctica clínica*. Azer Psicologos Mostoles.
- Baéz, J. (Noviembre de 2007). Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis. *Tesis Psicológica*(2), 101-107.
- Balbuena, F. (2011). R. D. Laing: un "rebelde" que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 679-691.
- Ballesteros, D., y Ulises, R. (2011). *Conocimientos que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide y su influencia en el funcionamiento psicosocial de pacientes egresados con este diagnóstico del Hospitas psiquiátrico Cruz del Norte de Hermosillo, Sonora en 2009*. Mexico: Universidad de Sonora .División Ciencias Biológicas de la Salud.
- Battista, J. D. (2011). Orientaciones En El Tratamiento Psicoanalitico De La Esquizofrenia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (págs. 212-216). Buenos AiresUniversidad de Buenos Aires.

- Becerra, J. A. (2009). Emocion expresada y uso de drogas en jóvenes. *Salud y drogas*, 9(2), 209-221.
- Berdullas, P., Malahud, M., y Ortiz Zavalla, G. (Diciembre de 2010). Psicosis y significación en Freud. *Anuario de investigaciones*, 17, 41-46.
- Bernal, H. A. (Diciembre de 2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. *Poiésis*(18), 1-6.
- Bernardo, M., y Surgoná, M. G. (2008). Esquizofrenia y medicina de familia. Implicaciones en atención primaria. *Jano: Medicina y humanidades*(1714), 37-46.
- Bion, W. R. (2000). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Bodi, D. R. (1998). Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia. En D. R. Bodi, *Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia* (p. 15-20).
- Buisán, E. (31 de Enero de 2012). *Esquizofrenia: avances en el tratamiento biológico y psicosocial*. Recuperado de :
<http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/reportajes/esquizofrenia-avances-en-el-tratamiento-biol%C3%B3gico-y-psicosocial>
- Cabeza, I. G. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 9-25.
- Calvo, A. B. (2014). *Estudio de la eficiencia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares*:(Tesis de doctoral). Universidad complutense de Madrid, Madrid.

- Ceballo, Y., De Vasconcelos, J., y Ferreira, A. (2012). Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 207-222.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Colombiana de Salud S.A. (2009). *Guías de manejo: esquizofrenia*. Colombiana de Salud S.A.
- Cordoba, C. E. (1937). *Comentarios a la Estadística Manicomial del Departamento de Antioquia*. (Tesis de grado) Universidad de Antioquia, Medellín.
- Cuavas-Yust, C., y Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y salud*, 13(3), 307-342.
- CuidatePlus. (06 de Noviembre de 2015). *Esquizofrenia*. Recuperado de:
<http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/esquizofrenia.html>
- De Battista, J. (2011). Orientaciones en el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (págs. 212-216). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- De la Higuera, J., y Ramírez, R. M. (2011). Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica: análisis de un experiencia. *Apuntes de psicología*, 29(1), 71-85.
- Del Río, M., y Sanz-Aránguez, B. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de psiquiatría*, 73(2), 1-18.
- Díaz-Zuluaga, A. M., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J. D., Agudelo, Y., y otros. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56-64.
- Domínguez-Toscano, P. M., Román-Benticuaga, J. R., y Montero-Dominguez, M. d. (2017). Evaluación del efecto de un programa de arteterapia aplicado a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias seniles. *Arte, Individuo y Sociedad*, 29(3), 255-278.
- Espina, A., y Pumar, B. (2000). Emoción expresada y variables contextuales en padres de esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 49-64.
- Fernández, Ó. V., y Giráldez, S. L. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Fernández, Ó. V., y Giráldez, S. L. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

- Flores, R. E., Vera, T. d., y Guitart, R. A. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental*, 34(5).
- Fontao, M. I., Ross, T., Quiroga, S. E., y Hoffmann, K. (2010). Terapia Grupal en el Tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XIX(2), 151-162.
- Fuentes, I., Cangas, A. J., Castillo, M., y Roder, V. (2010). Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (ipt) y programa residencial, laboral y de ocio y tiempo libre (waf). En A. J. Cangas, *Nuevas Perspectivas en el Tratamiento del Trastorno Mental Grave* (págs. 41-70). Autor-Editor.
- Fuertes, P. M. (2014). *Terapia cognitiva para esquizofrenia*. INTERPSIQUIS 2014.
- George Mason University. (3 de marzo de 2017). *Roy Rosenzweig Center for History and New Media*. Obtenido de Who We Are:
<https://rrchnm.org/>
- Glynn, S. M. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanza y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de toxicomanías*(70), 15-23.
- Gobierno de Chile. (2000). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*. Recuperado de:
www.minsal.cl

- Gómez, G. R., Flores, J. G., y Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe.
- González, J., y Rodríguez, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Granados, J. D., Giraldo, C. A., y Barros, M. A. (2011). Terapia psicológica para la esquizofrenia. *Duazary*, 8(1), 93-98.
- Guevara, R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Folios*(44), 165-179.
- Hemsley, D. R. (2009). La esquizofrenia: modelos explicativos. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos, y C. Sánchez (Ed.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, págs. 397-420). Madrid: McGrawHill.
- Hernández, N. A. (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia*. Mexico D.F.: INCOSAME.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J., y Gaínza-Tejedor, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para paciente con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 204-215.
- Instituto nacional de salud mental. (2015). *Esquizofrenia*. Instituto Nacional de Salud Mental.
- JANO.es. (4 de Diciembre de 2014). *Los pacientes con esquizofrenia que abandonan el tratamiento farmacológico tienen 5 veces más probabilidades de recaer*.

Recuperado de: <http://www.jano.es/noticia-los-pacientes-con-esquizofrenia-que-23372>

Jiménez, R., Vásquez, A. J., y Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.

Londoño, N. H. (2011). *Predictores cognitivos, de personalidad y estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior e impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático*. (Tesis doctoral). Universidad del Norte, Barranquilla.

López-Santiago, J., Blas, L. V., y Gómez, M. (2012). Efectividad de un tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastornos mental grave. *Revista de Psicoptología y Psicología clínica*, 17(1), 1-10.

Loubat O, M., Gárate M, R., y Cuturrufo A, N. (2016). La rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia de larga data: un desafío para los equipos de salud. *Revista Chilena Neuro-psiquiátrica.*, 54(5), 299-308.

Lundbeck. (08 de Marzo de 2013). *Psicosis*. Recuperado de:

<http://www.lundbeck.com/co/comunidad/pacientes/psicosis/esquizofrenia>

Malaver, C. (21 de Octubre de 2014). *Así es el drama de la enfermedad mental en Bogotá*.

Recuperado de:

<http://www.eltiempo.com/multimedia/especiales/salud-mental/14715516>

- Martínez, L., y Posada, A. (2018). *El Modelo de diátesis-estrés y su relación con la depresión*. Medellín-Universidad EAFIT.
- Martorell, J. L. (2008). La psicología humanista. En J. L. Martorell, y J. L. Prieto, *Fundamentos de psicología* (págs. 155-165). Madrid: Editorial centro de estudios Ramón Areces, S. A.
- Mayoral, F. (2014). *Efectividad de un programa de intervención familiar psicoeducativa en Esquizofrenia. Un estudio multicéntrico y aleatorizado en España*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Malaga.
- Menéndez, C., y Romero-Neiva, F. D. (2010). Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas*, 201(3), 367-380.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de Octubre de 2013). *En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>
- Molina, F. J., y Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 98-110.
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Mueka, J. A., y Godoy, J. F. (2001). Importancia de los componentes de la emoción expresada. *Clínica y salud*, 12(2), 179-197.
- Muñoz, F. J., y Ruiz, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110.

- Navarro, S. A. (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrenicos: validación de un programa para pacientes crónicos*. (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia.
- Navarro, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 139-150.
- Ocampo, M. V., Gutiérrez, C., y Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 37(1), 164-174.
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Ospina, J. P., Martínez-Villalbaba, A. M., y Valencia, J. G. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44(3), 143-149.
- Pachón-Basallo, M., Olarte-Afanador, M., López-López, W., y Santolaya-Ochando, F. J. (2013). Estudio Bibliométrico Sobre Intervenciones Psicológicas para la esquizofrenia. *Terapia psicológica*, 31(3), 325-333.
- Packer, M. (2010). La investigación hermenéutica en el estudio de la conducta humana. *American Psychologist*, 40(10).
- Pérez, E. (2012). Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa. *Revista de psicología*, 30(1), 129-168.

- Pérez-Alvarez, M., García-Montes, J. M., y Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233.
- Pienkos, E., y Sass, L. S. (2014). Empatía y Alteridad: Enfoques humanistas y fenomenológicos en la psicoterapia con el trastorno mental grave. Comentario sobre la psicoterapia como una ciencia humana. *Clínica e investigación relacional*, 8(3), 323-338.
- Redacción Salud. (20 de Octubre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de:
<http://www.elespectador.com/noticias/salud/esquizofrenia-mejor-conversada-articulo-593905>
- Revista Semana. (16 de Marzo de 2013). *Esquizofrenia: un mal incomprendido*.
Recuperado de: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/esquizofrenia-un-mal-incomprendido/336966-3>
- Rivera, F. B. (2011). R. D. Laing: un “rebelde” que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Scielo*, 679-691.
- Roiz, M. (1989). La familia, desde la Teoría de la Comunicación de Palo Alto. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*(48), 117-136.
- Rojas, R. (1995). Habilidades sociales: psicoterapia grupal con pacientes esquizofrenicos crónicos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 13(1), 63-95.
- Ruiz, A. S. (2014). *Conexión de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia (Tesis de postgrado)*. Santiago de Chile.

S. A. D. (08 de Julio de 2015). *Los avances psicoterapéuticos y farmacológicos mejoran la calidad de vida del paciente con trastorno mental grave*. Recuperado de:

<http://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/los-avances-psicoterapeuticos-y-farmacologicos-mejoran-la-calidad-de-vida-del-paciente-con-trastorno-mental-grave>

Salud Mental de Adultos de la Región de Murcia. (2009). *Guía práctica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Murcia: Servicio murciano de salud.

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Sampson, S., Mansour, M., Maayan, N., Soares-Weiser, K., y Adams, C. (23 de Julio de 2013). *Tratamiento farmacológico intermitente para la esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD006196/tratamiento-farmacologico-intermitente-para-la-esquizofrenia>

Sánchez, E., Cruz, S., y Machado, J. (2011). Tratamientos psicológicos para la esquizofrenia: análisis de la terapia familiar. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 67-75.

Servicio Murciano de Salud. (2009). *Guía Práctica Para El Tratamiento De La Esquizofrenia*. Servicio Murciano de Salud.

- Silvestre, M., Ingelmo, J., y García-Ordás, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación español de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289-300.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (1998). *Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia*. Sociedad Española de Psiquiatría.
- Soto, F. C. (2011). *Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Soto-Perez, F., y Martín, M. (2014). PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 118-129.
- Spearing, M. K. (2003). *Esquizofrenia*. Recuperado de:
https://education.ucsb.edu/sites/default/files/hosford_clinic/docs/Esquizofrenia.pdf
- Taborda, E. M., Montoya, L., Gómez, N. M., Arteaga, L. M., y Correa, O. A. (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45(1), 46-50.
- Troc, A. (2015). *La pintura: una salida de escape para la esquizofrenia* (Tesis de postgrado). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Tur, C., y Caballero, R. (2014). Evaluación y tratamiento de las ideas delirantes desde la terapia cognitivo conductual: perspectiva desde un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 39-56.

- Ulloa, R. E., Sauer, T. d., y Apiquian, R. (Septiembre-Octubre de 2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental*, 34(5), 429-433.
- Valencia C, M., Ortega-Soto, H., Rodríguez, M. S., y Gómez C, L. (2004). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento de la esquizofrenia. Primera parte. *Salud mental*, 47-53.
- Valencia C, M., Rascón G, M. L., y Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, 1-18.
- Valero, S. G. (10 de Octubre de 2015). *La cara oculta de la esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2015/10/10/5617d89d46163f0b1c8b458a.html>
- Vélez, N. O. (08 de Febrero de 2015). *Salud mental en Colombia está en sala de urgencias*Salud mental en Colombia está en sala de urgencias. Recuperado de: <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/salud-mental-en-colombia-esta-en-sala-de-urgencias-YG1239067>
- Vizcarro, C., y Arévalo, J. (1987). Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*(27-28), 89-109.
- Zapata, E. M., González, L. E., Sierra, N. M., Morales, L. M., y Rico, O. A. (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 46-50.

***Algunas fuentes están aún sujetas a modificaciones debido a cambios de páginas o confirmación de existencia de sitios webs**

Anexos.

Anexo 1.

A continuación se presenta la tabla de registro con la información de los artículos utilizados para el desarrollo de las categorías

Base de datos	Nacionalidad	Año	Autor	Fuente	Título	Técnica de intervención
Redalyc	Colombia	2012	Emilia Pérez La Rotta	Revista de Psicología Vol. 30 (1), 2012 (ISSN 0254-9247)	Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa	Arteterapia
Dialnet	España	2010	Belén Sanz-Aráguez, María Del Río	Archivos de Psiquiatría. 2010;73:2	La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica	Arteterapia
Scribd	Argentina	2011	María Aranguren, Tania Elizabeth León	III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.	Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis.	Arteterapia

Universidad de Costa Rica.	Costa Rica	2014	María Alejandra Varela Sandoval, Luis Diego Villalobos Morera	Wímb lu, Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica. 9 (2): 45-59, 2014 / ISSN: 1659-2107	Del arte a la locura y de la locura al arte: la expresión genial de la patología	Arteterapia
Dialnet	España	2010	Carmen Menéndez, Francisco Del Olmo Romero-Neiva	INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS 2010: 201(3): 367-380.	Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial	Arteterapia
Repositorio academico de la Universidad de Chile	Chile	2015	Andrea Troc Moraga	UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE ARTES Escuela de Postgrado Postítulo de Especialización en Terapias de Arte: Mención Arteterapia	La pintura: una salida de escape para la esquizofrenia	Arteterapia
Repositorio academico de la Universidad de Chile	Chile	2014	Andrea Soledad Ruiz Oyarzún	Universidad de Chile Facultad de Artes Escuela de Postgrado	Conexión entre Arteterapia y Esquizofrenia. Un estudio de caso.	Arteterapia
Revists Cientificas Complutenses	Venezuela	2012	Yaroska Ceballo Bello, Johnny de Vasconcellos de Freitas, Aline Ferreira Correia	Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol. 7 (2012) 207-222	Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología a clínica de pacientes con esquizofrenia	Arteterapia

Dialnet	España	2013	Noelia Navarro Gómez	© Psychology, Society, & Education 2013, Vol.5, Nº 2, pp. 139-150	Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años.	Intervención Familiar
Apuntes de psicología	España	2011	Jesús DE LA HIGUERA ROMERO, Rosa María RAMÍREZ RUIZ	Apuntes de Psicología 2011, Vol.29, número 1, págs. 71-85.	Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica: análisis de una experiencia.	Intervención Familiar
INFOCOP	España	2010	Juan Fernández Blanco		Modelos de intervención con familias de personas afectadas por una enfermedad mental grave y duradera	Intervención Familiar
Tesis Doctorales en Red	España	2011	Felipe C. Soto Pérez	UNIVERSIDAD DE SALAMANCA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia	Intervención Familiar

Scielo	España	2012	Paloma Roxana García Ramos a, Ana Moreno Pérez a, Namdev Freund Llovera a, Guillermo Lahera Forteza	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.32 no.1 16 Madrid oct./dic. 2012	Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia : implicaciones terapéuticas.	Intervención Familiar
Dialnet	España	2013	Shirley M. Glynn	RET, Revista de Toxicomanías. Nº. 70 - 2013	Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años	Intervención Familiar
Scielo	Colombia	2015	Eliana María Taborda Zapataa, Laura Elisa Montoya González*, Natalia María Gómez Sierraa, Laura María Arteaga Moralesa y Oscar Andrés Correa Ricoa	rev colomb psiquiat. 2016;45(1):46-50	Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario	Modelo comunitario
Scielo	Colombia	2016	Daniel Ricardo Zaraza-Morales 1 Dora María Hernández-Holguín 1	Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.8, pp.2607-2618	Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia	Modelo comunitario
Scielo	España	2013	Margarita Silvestre García a, Joaquín Ingelmo Fernández b, Alfonso García-Ordás Álvarez c.	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (117), 289-300	Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos.	Modelo comunitario

Redalyc	Argentina	2010	María Isabel Fontao*, Thomas Ross**, Susana Estela Quiroga*** y Klaus Hoffmann*	Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XIX, núm. 2, agosto, 2010, pp. 151-162	Terapia Grupal en el Tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica	Modelo comunitario
Google Academics	Uruguay	2014	Valentina Alvarez	UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA Facultad de Psicología	Rehabilitación psicosocial y esquizofrenia	Modelo comunitario
Scielo	España	2010	Juan González Cases y Abelardo Rodríguez González	Clínica y Salud Vol. 21, n.º 3, 2010 - Págs. 319-332	Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis	Modelo comunitario
Scielo	Colombia	2014	Luisa Fernanda Ahunca Velásquez, Jenny García Valenciab,*, Adriana Patricia Bohórquez Penarandac, Carlos Gómez-Restrepod, Luis Eduardo Jaramillo González e y Carlos Palacio Acostaf	rev colomb psiquiat. 2014;44(S1):75-89	Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia	Modelo comunitario
Dialnet	España	2014	Ana Belén Calvo Calvo	UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE PSICOLOGÍA Departamento de Psicobiología	Estudio de la eficiencia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio	Modelo comunitario

					temprano y sus familiares	
Dialnet	España	2015	Juan Antonio Moriana Elvira, Robert Paul Liberman, Alex Kopelowicz, Bárbara Luque, Adolfo J. Cangas, Francisco Javier Alós Cívico	Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud, ISSN 1132-9483, Vol. 23, Nº. 1, 2015, págs. 5-24	El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia	Entrenamiento de habilidades sociales
INCOSAME	México	2009	Nicolás Alejandro Hernández Lira		Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia	Entrenamiento de habilidades sociales
Dialnet	España	2017	Felix Inchausti ¹ , Nancy V. García-Poveda ² , Javier Prado-Abril ³ , Javier Ortuño-Sierra ⁴ e Ignacio Gaínza-Tejedor ¹	Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2017. Vol. 38(3), pp. 204-215	Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia	Entrenamiento de habilidades sociales
Redalyc	España	2007	Rosa Jiménez García-Bóveda* ¹ , Antonio J. Vázquez Morejón ² , Raquel Vázquez Morejón Jiménez ²	International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 61-71	Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia	Entrenamiento de habilidades sociales

RODERIC	España	2009	Silvia Amparo Navarro Ferragud		Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos.	Entrenamiento de habilidades sociales
Biblioteca virtual de la Universidad de Colima	Mexico	2010	Jorge Torres Hernández	Universidad de Colima, Facultad de medicina, centro universitario de investigaciones biomédicas, doctorado en ciencias médicas	La rehabilitación neurocognitiva y su relación con la mejora del proceso cognitivo global y los patrones electroencefalográficos en la esquizofrenia	Rehabilitación Cognitiva
Scielo	Chile	2016	Margarita Loubat O.1, Roberto Gárate M.2 y Nelson Cuturrufo A	REV CHIL NEUROPSIQUIAT 2016; 54 (4): 299-308	La rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia de larga data: un desafío para los equipos de salud	Rehabilitación Cognitiva
Psiquiatría.com	España	2014	Paula María Fuertes Silva	15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014	Terapia cognitiva para esquizofrenia	Rehabilitación Cognitiva
Redalyc	Uruguay	2012	Hugo Selma Sánchez	Psicología, Conocimiento y Sociedad 2 (1), 80 - 129 (mayo, 2012) Revisiones	Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia	Rehabilitación Cognitiva
Scielo	Colombia	2007	Francisco Javier Muñoz Molina, Silvia Liliana Ruiz Cala	Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI / No. 1 / 2007	Terapia cognitivo-conductual en la	Rehabilitación Cognitiva

					esquizofrenia	
Redalyc	Colombia	2015	Juan Pablo Zapata Ospinaa, Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalbab,c y Jenny García Valencia	Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 44, núm. 3, 2015, pp. 143-149	Psicoeducación en esquizofrenia	Psicoeducación
Dialnet	España	2013	Noelia Navarro Gómez	Psy, Soc, & Educ, 2013, Vol5, N°2	Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años.	Psicoeducación