



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA Y SUS CUIDADORES PRIMARIOS**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JAVIER LÓPEZ VARGAS

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. ALEJANDRO VALDÉS CRUZ

COMITÉ: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

MTRA. SILVIA MERCADO MARÍN

DR. VÍCTOR MANUEL MAGDALENO MADRIGAL

LIC. GUADALUPE GREGOR LÓPEZ



CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A **Ángeles Vargas** por todo el apoyo y guía incondicional que me brindaste durante toda mi trayectoria, es gracias a tu ejemplo, dedicación y enseñanzas que lo he logrado.

A **Miguel Ángel López** por ser un buen ejemplo en mi formación, y orientarme de la mejor manera, fue tu apoyo y comprensión en todo momento un gran pilar.

A la familia **Vargas** en general por todas esas veces que nos tendieron la mano cuando más lo necesitábamos.

A mis primos **Rafael, Octavio y Antonio** por ser grandes fuentes de inspiración en mi para ser profesionalista.

Al **Dr. Alejandro Valdés Cruz** por transmitir profesionalismo, dedicación y la pasión hacia el saber, le agradezco todo el tiempo y esfuerzo que usted dedicó a la revisión de este trabajo, gracias por confiar en mí y apoyarme.

Al **Dr. Víctor Manuel Magdaleno Madrigal** por contagiarnos su ímpetu de conocimiento, es gracias a sus enseñanzas que me decidí a abordar el tema de la esquizofrenia, también agradezco que usted fue la primera persona que me apoyó para poder observar más de cerca la esquizofrenia.

A la **Lic. Guadalupe Gregor López** por ser parte de este trabajo y compartir su conocimiento, usted me ayudó mucho a darle coherencia a lo que aquí propongo, le agradezco su tiempo, esfuerzo y comprensión.

A la **Mtra. Silvia Mercado Marín** por enseñarme a no descuidar lo esencial, siempre tengo algo nuevo que aprender de usted, es gracias a su esfuerzo que he conocido mi vocación, todo se lo debo a sus enseñanzas y confianza que depositó en mi.

A la **Mtra. Lidia Beltrán Ruiz** por compartir su conocimiento y puntos de vista para enriquecer este trabajo, de antemano le agradezco su tiempo y ayuda.

A la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por ser mi segundo hogar durante los últimos 5 años.

Gracias totales

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 ESQUIZOFRENIA.....	4
1.1 Antecedentes históricos y definición	4
1.2 Epidemiología.....	7
1.3 Caracterización de la esquizofrenia	8
1.3.1 Etapas de la esquizofrenia.....	8
1.3.2 Síntomas característicos de la esquizofrenia	10
1.3.3 Formas clínicas de esquizofrenia.....	11
1.4 Criterios Diagnósticos.....	13
1.4.1 Criterios DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia y los desórdenes psicóticos.....	14
1.4.2 Criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia.....	14
1.5 Etiología de la esquizofrenia.....	16
1.5.1 Neurobiología de la esquizofrenia	16
a) Bioquímica cerebral.....	16
b) Factores genéticos	21
c) Neurodesarrollo	22
d) Factores ambientales de riesgo	23
1.5.2 Aproximaciones de la Psicología a la esquizofrenia.....	23
Teoría del doble vínculo	27
CAPÍTULO 2 CUIDADOR PRIMARIO	30
2.1 El cuidador primario de personas con esquizofrenia.....	30
2.2 Clasificación de cuidadores primarios	31
2.2.1 Cuidadores primarios formales (CPF)	31
2.2.1 Cuidadores primarios informales (CPI)	31
2.3 Implicaciones psicológicas en los cuidadores primarios	32
2.3.1 Estrés	32
2.3.2 Sobrecargas objetivas y subjetivas	32
2.3.4 Emoción Expresada.....	34
2.4 Procesos de adaptación del cuidador primario informal (CPI)	35
2.5 habilidad de cuidado en los CPI	36
CAPÍTULO 3 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	38

3.1 Definición	38
3.2 Áreas de intervención en psicología clínica y de la salud	38
3.3 Niveles de intervención en psicología.....	38
3.4 Modelo psicoeducativo	41
3.4.1 Intervención psicoeducativa familiar.....	41
3.5 Paquetes integrados multimodales.....	42
3.6 intervención psicológica en la esquizofrenia y en cuidadores primarios	43
CAPÍTULO 4 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y SUS CUIDADOPRES PRIMARIOS	45
4.1 Justificación.....	45
4.2 Pregunta de investigación	60
4.3 Propósito del taller.....	60
4.5 Población destino	61
4.6 Escenario	62
4.7 Materiales e Instrumentos	62
4.8 Consideraciones Éticas	62
4.9 Propuesta de intervención	63
CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN	105
CAPÍTULO 6 CONCLUSIÓN.....	107
REFERENCIAS	108
ANEXOS	121

INTRODUCCIÓN

Esta tesina tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención psicológica que brinde estrategias para disminuir la sintomatología clínica y la recaída e incrementar la capacidad funcional, inclusión social, y adherencia al tratamiento de personas con esquizofrenia en atención ambulatoria, asimismo proporcionar técnicas a sus cuidadores primarios para aumentar la habilidad de cuidado.

Las investigaciones de la esquizofrenia han evolucionado notablemente en las últimas décadas desde que Kraepelin en 1883 acuñó el término de “demencia precoz” para referirse a esta enfermedad, y han sido bastantes los avances que se han realizado principalmente en los distintos campos de la medicina en relación a la biología subyacente al trastorno. Pese a ello, la etiología, fisiopatología y otros aspectos apenas han sido aclaradas (Saiz-Ruiz, Vega-Sánchez y Sánchez-Páez, 2010). De igual manera está ampliamente estudiado que las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la esquizofrenia son eficaces para la mejoría de síntomas psicóticos, tanto en la fase aguda de la enfermedad como en fase de mantenimiento, lo cual indica que es imperativo prescribir un antipsicótico para el tratamiento del trastorno, la selección del medicamento por parte del especialista está supeditada a la condición clínica particular de cada paciente y al perfil de efectos colaterales de estos, sin embargo su uso a largo plazo se asocia a mayor riesgo de eventos adversos como sedación, ganancia de peso, distonía y síntomas extra piramidales, además en la fase de mantenimiento se muestran tasas más elevadas de abandonar el tratamiento (Bohórquez-Peñaranda, et al., 2014; Gómez-Restrepo, 2014).

No obstante, cada vez es más aceptada la idea de que el tratamiento farmacológico (neurolepticos-antipsicóticos) de la esquizofrenia es insuficiente, pues la mayoría de los antipsicóticos son capaces de mejorar únicamente algunos de los síntomas positivos de la enfermedad, siendo bastante limitado aun este tratamiento para la mejoría de síntomas negativos, y quedando aun múltiples dimensiones de la vida de los pacientes por atender (Morian, et al., 2015). Por lo tanto su tratamiento requiere de un enfoque multidimensional que sea complementario al tratamiento farmacológico con diversos tipos de terapéuticas que atiendan las siete dimensiones clave de la enfermedad: sintomatología; comorbilidad; recaída y adherencia; percepción y experiencia subjetiva; cognición; calidad de vida, autonomía y capacidad funcional; e inclusión social (Crespo-Facorro, et al., 2016).

Al emprenderse el proceso de desinstitutionalización psiquiátrica en algunos países como México, EE. UU., España y Chile se asume el modelo de atención

comunitaria, su objetivo es articular la atención a los problemas psiquiátricos y sociales de estas personas en su propio entorno sociocomunitario, potenciando el mantenimiento e integración en el contexto familiar y social de la forma más normalizada posible. El marco idóneo para atender los trastornos mentales no sólo recae en una institución, sino en el ambiente, de manera que se busca potenciar la autonomía de la persona como objetivo central, siendo actualmente, los nuevos enfoques internacionales de atención los que enfatizan el concepto de recuperación, pero no sólo del trastorno, sino sobre todo a la recuperación del proyecto vital, que se trunca, una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad. Se reconoce que la desinstitucionalización psiquiátrica igualmente es un importante paso para comenzar a terminar con los actuales estigmas asociados a la salud mental, entendiendo la desinstitucionalización como un proceso donde la persona ya no es recluida sino más bien es atendida de manera ambulatoria, otorgando un mayor papel a los cuidadores primarios y a la familia en la provisión de cuidados para personas con discapacidades (García, Peña y Torío, 2016; Vaccari, Astete y Ojeda, 2012; Stroman, 2003; De la Fuente, 1992).

Se ha encontrado que cuidar a una persona con esquizofrenia supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas que sobrepasan con frecuencia las habilidades del cuidador, dado que está ampliamente comprobado que cuidar sin las habilidades suficientes es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales en el estudio del estrés crónico y las sobrecargas, ya que por lo general tiende a ser una situación continua y de larga duración (Almaguer, Barroso, Amaro, Lorenzo y Gamboa, 2013). En ese sentido surge la necesidad de elaborar intervenciones dirigidas a incrementar en los cuidadores primarios la habilidad de cuidado de personas con trastornos mentales.

El presente trabajo está compuesto por seis capítulos, el primer capítulo denominado *esquizofrenia* abarca una reseña histórica de la evolución de esta enfermedad y su definición actual, también contiene datos epidemiológicos de la esquizofrenia tales como incidencia a nivel mundial y nacional, factores de riesgo para padecer el trastorno, además se exponen las etapas de la esquizofrenia (*etapa prodrómica, prepsicótica, brote psicótico, post-brote*) y las características de los síntomas (positivos y negativos), finalmente se aborda la etiología de la esquizofrenia entendiendo esta desde diferentes perspectivas. El segundo capítulo expone cuales son las características del cuidador primario en personas con esquizofrenia y las condiciones socio-culturales más recurrentes de los cuidadores en México, en este capítulo también se hace una distinción entre los tipos de cuidadores (formal e informal), y se muestran las implicaciones psicológicas más

recurrentes en el cuidador informal, así mismo se expone el proceso de adaptación del cuidador informal en el vínculo cuidador-cuidado, y para finalizar se aborda la relación que tiene la *habilidad de cuidado como protector* en el cuidador. En el tercer capítulo se habla del concepto de intervención psicológica, las áreas de intervención que existen en psicología clínica y sus diferentes niveles, además se explica el modelo psicoeducativo de intervención y el de los paquetes integrados multimodales para la esquizofrenia, ya que la intervención propuesta en el capítulo cuatro se basa en estos dos últimos. El capítulo cuatro contiene una revisión sistemática que justifica la elaboración de la propuesta de intervención, y posteriormente se muestra la propuesta de intervención para personas con esquizofrenia y sus cuidadores primarios. Y finalmente en este trabajo los capítulos 5 y 6 están destinados a la discusión y las conclusiones respectivamente.

CAPÍTULO 1 | ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes históricos y definición

Históricamente el concepto de esquizofrenia tuvo su punto de partida más relevante desde que el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) describió el término de *Dementia praecox* como una enfermedad con características distintivas en el año 1896, proponiendo la existencia de deterioros mnésicos y atencionales en esta patología en su obra titulada "Psiquiatría Clínica", aunque en ediciones posteriores revisó sus impresiones respecto a la patología. Así pues, fueron las aportaciones de Ewald Hecker (1843-1909) de la llamada hebefrenia y de Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) de la catatonía las que permitieron a Kraepelin reunir bajo un mismo esquema de "procesos de deterioro" (*Verblödungsprocesse*) un conjunto de cuadros clínicos formado por la *Dementia praecox* más semejante a la hebefrenia de Hecker que a la *démence précoce* de Morel, la *Katatonie* y la *Dementia paranoides*. Resultando así en la última edición de su publicación clásica donde atribuyó el bajo rendimiento de los pacientes en pruebas de memoria a deterioros de naturaleza atencional. Kraepelin reportó la existencia de deterioro en las funciones ejecutivas de los pacientes, describiendo alteraciones en la anticipación, juicio, solución de problemas, planificación y conductas dirigidas hacia el logro de metas. También describió déficits en el control cognitivo, incluyendo la meta-atención, el autocuestionamiento, la autorregulación, el autocontrol, la autoevaluación, y la autocorrección. Sin embargo ya anteriormente Benedict Augustin Morel (1809-1873) en sus *Études cliniques* de 1852-53, presentó algunos casos de jóvenes alienados a los que diagnosticó de *stupidité aboutissant à la démence o démence stupide*, y que se caracterizaban por presentar una marcada estereotipia de gestos, lenguaje y actitudes, así como un negativismo evidente; dicho cuadro evolucionaba inexorable y con rapidez hacia una pérdida de las facultades mentales y finalmente, hacia la demencia fue entonces en el año 1860, en su publicación *Traité des maladies mentales* –un intento de aplicación a la práctica psiquiátrica de la teoría de la degeneración– cuando Morel utilizó por primera vez del término *démence précoce* (Espert, Navarro y Gaoba, 1998; Novella y Huertas, 2010).

Al tiempo de las descripciones realizadas por Kraepelin, el psiquiatra suizo Eugene Bleuler (1857-1940), acuñó e introdujo el término esquizofrenia en 1911, donde exponía las características del cuadro clínico no a partir de su evolución, sino de lo que consideraba su rasgo psicopatológico central: la división del yo. Esta nueva perspectiva llevó a Bleuler a introducir el neologismo "esquizofrenia" la cual significaba literalmente, "mente escindida" para denominar la entidad

separada por Kraepelin, pero su propuesta no se limitaba sólo a sugerir una variación terminológica, sino que se derivaba de una nueva visión a la enfermedad en la que la sintomatología y evolución clínica pasaba a un segundo plano y la interpretación psicopatológica asumía una importancia central, aunque nunca se dejó de tener por segura la intervención de causas orgánicas en su desencadenamiento y dinámica inicial (Novella y Huertas, 2010; Pérez-Álvarez, 2012).

Estos síntomas fundamentales propuestos por Bleuler (1911) incluían:

- Trastornos de las *asociaciones*: los pacientes presentan ideas y conceptos que no tienen relación, perdiendo su continuidad, produciendo asociaciones sin lógica e incoherentes.
- Trastornos *afectivos*: las personas con el padecimiento muestran tendencia al aplanamiento emocional, retraimiento o la aparición de una afectividad incongruente.
- *Ambivalencia*: se presentan de manera simultánea pensamientos, actitudes y sentimientos contradictorios.
- *Autismo*: caracterizado por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegando a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o la imposibilidad de comunicarse con los demás.

A su consideración dichos síntomas eran constantes y exclusivos en la esquizofrenia, y se podrían presentar también otro tipo de síntomas pero “secundarios” como alucinaciones, delirios, alteraciones de la memoria o trastornos del lenguaje. Más aún, Bleuler (1911) propuso diferenciar los síntomas surgidos del proceso patológico “síntomas primarios” de los “síntomas secundarios” donde únicamente comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona. Instauró un total de cinco formas clínicas, concordando en tres de ellas con las formas propuestas por Kraepelin en los subgrupos *paranoide*, *hebefrénico* y *catatónico*, anexando una forma *simple* caracterizada por presentar únicamente los síntomas fundamentales y por último la *latente*.

Así, Bleuler puso como eje central del trastorno esquizofrénico la pérdida de asociaciones significativas, mientras que considera a los delirios y las alucinaciones como síntomas secundarios. Por el contrario, Kurt Schneider (1887-

1967) invierte la relación, sustentando que las alucinaciones y los delirios son los síntomas de mayor relevancia, y jerarquiza los síntomas de la esquizofrenia como de primer orden, por su importancia, tanto para el diagnóstico de esquizofrenia como por el hecho de ser determinantes para el diagnóstico diferencial con los cuadros ciclotímicos (Ojeda, 2006).

Schneider reconoció que la mayoría de los síntomas de primer orden compartían un rasgo fenomenológico común, y que consistía en una pérdida de los límites del yo o un aumento mórbido de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo. Es decir los síntomas de primer rango destacaban justamente por abarcar todas las manifestaciones de lo que los alienistas franceses que habían definido como “xenopatía”, la cual fue expuesta como la experiencia de la propia actividad psíquica (pensamientos, lenguaje, intenciones, sentimientos) como ajena, de tal modo que la aportación de Schneider dotó el tercer gran pilar sobre el cual se irguió el actual concepto de esquizofrenia añadiendo al deterioro kraepeliniano y a la desorganización bleuleriana los llamados “trastornos del yo” (*Ich-Störungen*) como eje central de sus manifestaciones clínicas (Novella y Huertas, 2010).

Posteriormente, cuando se tuvo más información sobre la sintomatología, se propusieron las dimensiones de la esquizofrenia, donde Crow (1980), definió la esquizofrenia de tipos I y II, que representan la presencia del síndrome positivo y negativo. De acuerdo a este autor, los dos grupos de síntomas son independientes y pueden coexistir en un mismo paciente los dos procesos patológicos subyacentes en la esquizofrenia. Por lo tanto, el modelo de dos dimensiones estaría formado por dos síndromes: el positivo y el negativo (Crow, 1980). Subsecuente a este aporte del modelo dimensional subyacente a la estructura sintomatológica de la esquizofrenia le seguirían otros aportes de autores así como se documenta en Jiménez, Moyano, Piera, Palomo, y Pérez-Valderrama, (2002) fue Liddle quien en 1987 realizó un análisis factorial exploratorio que también aportó tres síndromes: delirios y alucinaciones, trastorno formal del pensamiento, afecto inapropiado y distorsión de la atención y los síntomas negativos, excluyendo el trastorno de la atención.

Kay y Sevy en 1990 y Van der Does en 1995 han propuesto un modelo de cuatro dimensiones, que añade a las dimensiones positiva, negativa y desorganizada la dimensión afectiva de depresión, con criterios DSM-III-R para esquizofrenia, con lo que la dimensión afectiva no parece ser un artefacto por incluir pacientes con trastorno esquizoafectivo. Lindenmayer, Bernstein-Hyman y Grochowski, siguiendo a Kay y Sevy (1990), también propusieron un modelo de cuatro dimensiones, consistente en las dimensiones negativas, la alucinatoria-delirante (positiva), la de excitación y la depresiva. Algunos de estos autores y otros como Salokangas (1997) y Lançon (1998) han postulado modelos de cinco dimensiones,

sin embargo al paso del tiempo con el desarrollo de nuevos aportes y concepciones respecto al trastorno se han visto modificados los criterios diagnósticos. En consecuencia en la actualidad los diversos criterios clínicos para el diagnóstico de las enfermedades mentales llevaron a la elaboración de sistemas operativos para mejorar la comunicación entre psiquiatras de distintas tradiciones: CIE y DSM. Estas clasificaciones internacionales confeccionadas por el consenso de la mayor parte de los psiquiatras, provienen del legado recibido de la psiquiatría clásica. Kraepelin , Bleuler, Jaspers y Schneider (Baumgart, 2006).

La tecnología y los estudios farmacológicos han incidido en una mejor comprensión de la esquizofrenia y han ayudado a obtener una definición más concreta, pues los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética funcional y tomografía por emisión de positrones, examinan diferencias funcionales de la actividad cerebral y han demostrado que el cambio que tradicionalmente se había asociado al déficit neurocognitivo característico de la esquizofrenia, ocurre más comúnmente en los lóbulos frontales, hipocampo y lóbulos temporales. Por consiguiente actualmente la esquizofrenia se define según de Romo (2012) como **un trastorno crónico, caracterizado por síntomas psicóticos, deterioro cognoscitivo, apatía y aislamiento. Su causa todavía no es del todo clara, pero se postula que podría tratarse de una enfermedad de origen multifactorial, producto de la conjunción y susceptibilidad a factores neuroquímicos, genéticos y diversos factores ambientales de riesgo.**

1.2 Epidemiología

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo, se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral, además las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad más temprana que el conjunto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2016). Siendo los hombres los que tienen más riesgo que las mujeres de desarrollar esquizofrenia (razón de riesgo [RR] hombre: mujer 1,4). También los emigrados tienen un riesgo más elevado que los nativos (RR 4,6) y, por último, los individuos que viven en ambientes urbanos tienen más riesgo que los de ambientes mixtos o rurales (Penadés-Rubio, Villalta-Gil, Farriols-Herrando, Palma-Sevillano y Salavera-Bordás, 2011). Según el plan de acción sobre la salud mental 2013-2020 de la OMS las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad, las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no

son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio, siendo este último la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2013). Aunado a esto los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2016). En México, la prevalencia de esquizofrenia es de 1% a 2% considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años, se calculó que en el año 2005 había de 701 795 a 1 403 591 personas con esquizofrenia (Villamil-Salcedo, Valencia-Collazos, Medina-Mora y Juárez-García, 2009) lo cual indica que aproximadamente 1 de cada 100 habitantes en México padece esquizofrenia.

1.3 Caracterización de la esquizofrenia

La esquizofrenia como concepto mantiene una provisionalidad que se ha mantenido desde su mismo nacimiento, pues desde entonces se ha encontrado en crisis en diferentes momentos, lo cual ha llevado a que se incorporen y desechen caracterizaciones de la misma. Así, el progreso de las neurociencias y entre ellas de la neuroimagen y la genética han conducido a una reconceptualización de los trastornos psiquiátricos y en particular de la esquizofrenia. Este trastorno se ha caracterizado por síntomas específicos, que en la mayoría de los casos provocan una desorganización de la personalidad del enfermo, entre sus síntomas fundamentales figuran: alogia, disgregación del pensamiento y desarmonía ideoalectiva, a los cuales se añaden además delirios y alucinaciones, apareciendo habitualmente entre 15 y 16 años y sigue su curso hasta hacerse crónica, ya sea de forma continua o por brotes. Otra característica de la esquizofrenia es su curso por etapas, estando conformadas por una etapa prodrómica y etapa prepsicótica, hasta el desarrollo del brote. Su patogenia se mantiene aún en constante estudio y tiene varias formas clínicas. Aunado a esto, existe un rotundo convencimiento entre los clínicos de que los diferentes subgrupos de esquizofrenia responden a principios etiológicos distintos; porque dicha conceptualización se fundamenta en un modelo etiológico multifactorial que implicaría factores genéticos, factores neuroquímicos y diversos factores ambientales (Avilés-Castellanos, 2014; Escalona, Estrabao y Álvarez, 2012).

1.3.1 Etapas de la esquizofrenia

El curso de la esquizofrenia se da a través de etapas, estas están conformadas por una etapa prodrómica y una etapa más breve denominada prepsicótica, hasta la instalación definitiva del brote (figura1).

- 1) *Etapa prodrómica*: se define como el comienzo del primer síntoma inespecífico hasta la aparición del primer síntoma positivo, esta etapa es prolongada, variable, inespecífica y compleja, en la cual se puede encontrar trastornos de personalidad, abuso de sustancias, problemas situacionales, trastornos del estado de ánimo, problemas vinculares, problemas típicos de la adolescencia, déficit atencionales, hiperquinesia, síndrome negativista desafiante etc. Se propone que ya en esta etapa está instalado un deterioro cognitivo, que se evidencia en la dificultad de concentración, y las fallas en las tareas intelectuales. Por lo tanto se considera etapa prodrómica, desde la aparición del primer síntoma inespecífico hasta el primer síntoma positivo, con una duración media de 2 hasta 4 años. Luego sigue la fase prepsicótica, con la expresión máxima de sintomatología positiva que puede durar 1 año hasta la primera admisión a un centro de salud mental.

- 2) *Etapa prepsicótica*: inicia con la aparición del primer síntoma positivo hasta que se inicia el brote, de forma gradual, aguda o subaguda. Esta etapa es monomorfa, es decir el paciente puede escuchar voces o tener un delirio místico o paranoide; resultando en un solo síntoma psicótico positivo, también puede ser la depresión un síntoma, incluso la presencia de un síntoma negativo. En esta etapa el paciente tiene complicaciones interpersonales, discusiones con compañeros del trabajo o escuela, aislamiento, enfrentamiento con los padres y/o autoridades, peleas con su pareja. Lo más peligroso es su ingreso a un ambiente de alto riesgo, abuso de sustancias e incluso incurrir en un delito. Pero puede, transitar por la vida dependiendo mucho del entorno familiar económico y social. Esta etapa es breve, promedio 6 meses, con un mínimo de 3 a 12 meses como máximo. Desde el punto de vista clínico fenomenológico, la etapa prepsicótica corresponde con la irrupción del humor delirante y las percepciones delirantes, que encarnan el comienzo de la significación anormal autorreferencial del entorno. El poner en relación sin motivo se trata de un estado de ánimo particular, en el que la angustia se deposita en el afuera. El mundo se vuelve dañino y amenazante, el paciente trata de encontrar una explicación a este cambio de su universo con respecto a él, cuando en realidad es él quien está cambiando. De este cambio inexplicable surgen los primeros síntomas positivos, como una respuesta a las numerosas interrogantes que tiene la persona.

- 3) *Brote psicótico*: el brote esquizofrénico se define como la eclosión aguda máxima de la enfermedad donde aparece el polimorfismo sintomático o pluralidad de síntomas positivos. Es donde el paciente verdaderamente pierde el control de sí mismo, se torna peligroso para sí y para terceros,

porque no puede dirigir sus acciones, es decir que el contexto no le genera inhibición, etc. por todo ello entendemos que en estos casos el paciente siempre debe internarse.

- 4) *Etapa post-brote*: en esta etapa el paciente con un cuadro sintomatológico polimorfo propio del brote pasa a un monomorfismo de síntomas positivos, lo que se conoce habitualmente esquizofrenia residual. Por lo general surgen después, en grado variable síntomas negativos, que configuran la etapa de defecto de la enfermedad. Una complicación que puede surgir en esta etapa es la depresión post-brote, riesgosa para el paciente porque aumenta el riesgo al suicidio (Espinoza, Derito y Rodríguez, 2006).

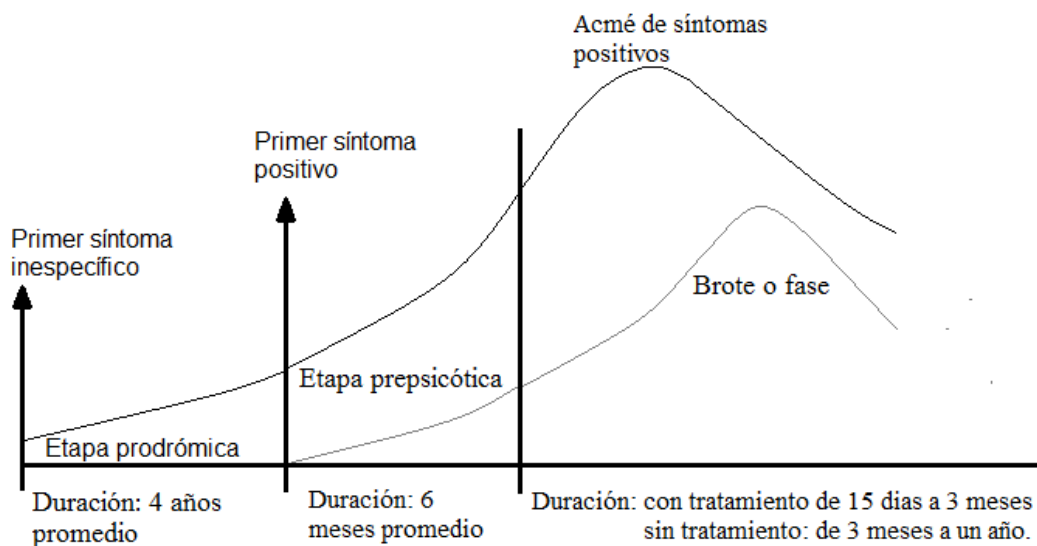


Figura 1. Etapas de la esquizofrenia (Espinoza, Derito y Rodríguez, 2006).

1.3.2 Síntomas característicos de la esquizofrenia

Este trastorno está caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Por lo general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Las manifestaciones clínicas de la Esquizofrenia se describen en la actualidad utilizando un conjunto heterogéneo de síntomas relacionados con la conducta y con los procesos mentales.

Los síntomas positivos

Hacen referencia a la presencia de procesos mentales patológicos, los síntomas positivos más característicos de la esquizofrenia son: alucinaciones y delirios las cuales suponen una alteración en la percepción dada particularmente por la apreciación de un estímulo que está ausente. Las alteraciones sensorio-perceptivas, como alucinaciones, pueden experimentarse en referencia a sí mismo o al ambiente y pueden presentarse de manera auditiva, visual, olfatoria o táctil según con el contenido de la experiencia alucinatoria. Por su parte el contenido de cualquier sistema de delirio afecta a la vida del paciente y se manifiesta en ideas delirantes que pueden ser extrañas y pueden implicar creencias sobre control externo. Los temas pueden ser: persecutorio o paranoide, grandioso, de celos, somático, de culpa, nihilista o erótico. En los delirios existen las ideas de referencia que se describen por ejemplo como la creencia de que la radio o la televisión están hablando sobre uno, a su vez las ideas de influencia son creencias que implican que otra persona o una fuerza controlen algún aspecto del comportamiento propio (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999).

Los síntomas negativos

se relacionan con una ausencia de funcionamiento mental normal, y se consideran como un elemento central de la enfermedad que actuarían como el indicador más fiable de discapacidad a largo plazo, los más frecuentes son: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, anhedonia, estar absorto y aislamiento social. Teniendo una disminución de funciones o actividades que debieran estar preservadas como lo son la capacidad de expresión tanto verbal como no verbal (alogia), la alteración de la capacidad voluntaria (abulia, o en caso de su disminución, hipobulia), la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) y la disminución de la expresividad emocional (aplanamiento afectivo). También ocurre deterioro del funcionamiento cognitivo en diferentes áreas como el aprendizaje, la atención o la memoria es frecuente en diferentes grados de severidad. La desorganización en la conducta y el lenguaje que son manifestaciones de los trastornos formales del pensamiento. Se ve alterado la forma y el flujo del pensamiento y aparecen conductas extravagantes (Moyano, 2014; Ceballo-Bello, de Vasconcelos y Ferreira-Correia, 2012).

1.3.3 Formas clínicas de esquizofrenia

La esquizofrenia representa la séptima enfermedad más discapacitante a nivel mundial, lo que lleva a que una proporción grande de pacientes no logren

desarrollarse personal o profesionalmente, llevando una vida poco productiva, un primer diagnóstico temprano puede ayudar rotundamente a un mejor pronóstico y evolución de la misma, es por ello que conocer sus manifestaciones e implicaciones clínicas es fundamental, ya que cada forma clínica de esquizofrenia impacta de distintas maneras a las personas que padecen el trastorno (Gómez-Restrepo, 2014). En las actualizaciones del DSM-5 en el apartado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos suprimieron los subtipos clínicos de la esquizofrenia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), sin embargo en la versión más actual de la CIE (Organización Mundial de la Salud, 1994) las formas clínicas aún siguen vigentes y se establecen de la siguiente manera:

Forma clínica de esquizofrenia	Manifestaciones clínicas
Tipo Paranoide	<p>Se caracteriza por el predominio de los síntomas positivos con ideas delirantes que implican la sensación de ser observado, vigilado o perseguido e incluso la convicción de ser la víctima de una conspiración y es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. Son frecuentes las interpretaciones delirantes autorreferenciales y son comunes las alucinaciones auditivas en forma de voces que comentan lo que hace o lo insultan. Algunas veces presentan alucinaciones cenestésicas e incluso olfativas. No suelen aparecer el comportamiento desorganizado, el desorden del pensamiento ni aplanamiento del afecto.</p> <p>Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más comunes son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal. b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos. c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.
Tipo Hebefrénica	<p>Se caracteriza por un grave trastorno en la afectividad y un fuerte deterioro cognitivo. Los pacientes se comportan de forma inadecuada, extraña y poco comprensible. Normalmente presentan un discurso desorganizado, con delirios poco consistentes, pobreza del pensamiento y nula capacidad de relación interpersonal o social. Generalmente se observa en pacientes que debutan de forma temprana, normalmente en la adolescencia. Esta es la forma clínica, que suele presentar un pronóstico peor y se asocia a déficits neuropsicológicos. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia. Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.</p>

Tipo Catatónica	<p>En este subtipo predominan los trastornos motores, como, por ejemplo, los manierismos o la inhibición conductual, que puede llegar hasta el estupor. Son frecuentes el negativismo, la acinesia, la abulia y trastorno es la excitación intensa. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Los comportamientos que predominan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo. b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos). c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas). d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia). e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado). f) Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
Tipo Indiferenciada	<p>Está caracterizada por un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos, o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.</p>
Tipo Residual	<p>Es un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.</p>
Tipo Simple	<p>Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.</p>

1.4 Criterios Diagnósticos

Los trastornos mentales presentan patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente elevado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente. Es por ello que existen sistemas de clasificación efectiva con un sistema fiable y válido de los cuadros clínicos para facilitar la comunicación, elegir los tratamientos, señalar la etiología, predecir los resultados y proporcionar una base sólida para la investigación. Dos de los principales manuales diagnósticos utilizados en el área de salud mental son el DSM-5 y la CIE-10, los cuales a través de las evoluciones de una edición a

otra han experimentado modificaciones bastante significativas e incluso en sus últimas ediciones y contemporáneas entre sí, divergen en algunos puntos respecto al diagnóstico de esquizofrenia (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

1.4.1 Criterios DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia y los desórdenes psicóticos

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014) en la esquizofrenia y los desórdenes psicóticos se presentan dos (o más) de los síntomas siguientes, significativamente, en un período de un mes:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Según el DSM-5 (2014) durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral). Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, este período ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan los criterios mencionados y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

1.4.2 Criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia

De acuerdo con el manual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) las pautas para el diagnóstico tiene, presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d) o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más. Los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Siendo los siguientes:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Además el manual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) apunta que el diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría y aquellos inducidos por sustancias psicotrópicas

1.5 Etiología de la esquizofrenia

Son numerosos los estudios, teorías e hipótesis establecidas sobre la etiología de la esquizofrenia que han tratado por más de medio siglo develar las causas con precisión sobre el trastorno y es gracias a ello que en la actualidad se establece que la esquizofrenia se suscita por varios factores. Para referirse a este rompecabezas los expertos ahora concuerdan que la esquizofrenia se desarrolla como resultado de una interrelación entre una predisposición biológica, por ejemplo, la herencia de determinados genes y el tipo de medio ambiente a la que la persona está expuesta en el período prenatal. Además otros factores medio ambientales pueden actuar sobre el cerebro posteriormente durante la niñez temprana o en la adolescencia, y de este modo aumentar el riesgo de padecer esquizofrenia o pueden atenuar la expresión de defectos genéticos o del neurodesarrollo y disminuir el riesgo de esquizofrenia (Mesa-Castillo, 2014).

1.5.1 Neurobiología de la esquizofrenia

a) Bioquímica cerebral

El mecanismo neuroquímico de la esquizofrenia aún guarda algunos secretos en nuestro tiempo, pues desde el descubrimiento del primer fármaco con efecto antipsicótico en el año 1952 se encontraron efectos inhibitorios de la dopamina que ayudaban considerablemente a atenuar los síntomas psicóticos, sin embargo, resulta limitado para explicar toda la fenomenología de esta enfermedad y existen hallazgos que implican otros sistemas de neurotransmisión.

No obstante, se ha reportado que varios sistemas de neurotransmisión participan en la patofisiología de la esquizofrenia.

Sistema dopaminérgico

Saiz-Ruiz et al., (2010) documenta que esta hipótesis sostiene que los síntomas de la esquizofrenia son causados por un exceso de dopamina o a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Se formuló tras el descubrimiento de que los antipsicóticos efectivos en la esquizofrenia eran antagonistas de los receptores dopaminérgicos y a través de la observación cuando los agentes liberadores de dopamina podían producir síntomas psicóticos. Las principales vías dopaminérgicas cerebrales son:

Mesolímbica: proyecta desde el área tegmental ventral del mesencéfalo a ciertas áreas límbicas, como el núcleo *accumbens*, que forma parte del circuito de

recompensa. Teóricamente la hiperactividad dopaminérgica de esta vía explicaría la producción de los síntomas positivos en las psicosis. Además, este circuito es importante para la regulación de las respuestas emocionales, la motivación, el placer y la recompensa, por lo que una disfunción a este nivel, podría explicar parcialmente los síntomas negativos observados en la esquizofrenia. Por otro lado, la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas de esta vía puede desempeñar un papel en las conductas agresivas y hostiles de la esquizofrenia, sobre todo si se asocia a un control serotoninérgico errático.

Mesocortical: proyecta desde el área tegmental ventral a córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral. Los haces que conectan con el córtex ventromedial, se han relacionado con funciones de regulación de emociones y afectividad, por lo que, un déficit dopaminérgico en esta vía podría explicar parte de los síntomas negativos y afectivos observados en la esquizofrenia. Por otro lado, los haces que proyectan al cortex dorsolateral se vinculan con la regulación de funciones cognitivas, por lo que algunos de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia pueden ser debidos a un déficit de actividad dopaminérgica a este nivel.

Nigroestriada: proyecta desde la sustancia negra del troncoencéfalo a los ganglios basales o el cuerpo estriado. Esta vía forma parte del sistema extrapiramidal y desempeña un papel clave en el control de los movimientos motores. En la Esquizofrenia no tratada, esta vía puede estar relativamente preservada. Sin embargo, las sustancias que bloquean los receptores de dopamina D₂ en esta vía, reproducen trastornos de movimiento como la enfermedad de Parkinson (con temblor, rigidez y acinesia/bradicinesia), acatisia y distonía, provocados por la deficiencia de dopamina a este nivel. Cuando la dopamina está en exceso en esta vía, se producen movimientos hiperkinéticos como corea, tics o discinesias. Un ejemplo sería la discinesia tardía inducida por neurolépticos que puede aparecer por el bloqueo crónico de estos receptores en esta vía nigroestriada.

Tuberoinfundibular: constituida por las neuronas que proyectan desde el hipotálamo a la hipófisis anterior, mediando en funciones neuroendocrinas. Regula la secreción de prolactina a la circulación sanguínea inhibiendo su liberación. Al recibir tratamiento con fármacos que bloquean los receptores dopaminérgicos D₂ en esta vía se elevan los niveles de prolactina, pudiendo surgir efectos secundarios (galactorrea, amenorrea y disfunción sexual). En pacientes con Esquizofrenia que no reciben tratamiento antipsicótico se considera normal el funcionamiento de esta vía.

La hipótesis con más aceptación conceptual ha sido la dopaminérgica, en la versión revisada de esta hipótesis se propone que la esquizofrenia se asociaría a una disregulación en la transmisión dopaminérgica: por un lado se observaría una hiperfunción dopaminérgica subcortical en las proyecciones mesolímbicas, que resultaría en la hiperestimulación de los receptores D₂ con aparición de sintomatología positiva. Por otro lado, una hipofunción en las proyecciones dopaminérgicas mesocorticales al córtex prefrontal, que resulta en la hipoestimulación de los receptores D₁ con la consecuente sintomatología negativa, afectiva y cognitiva. Sin embargo, las vías dopaminérgicas nigroestriada y tuberoinfundibular permanecerían relativamente preservadas (Saiz-Ruiz, 2010).

Sistema Glutamatérgico

En los últimos años, las evidencias experimentales han llevado al convencimiento de que la neurotransmisión glutamatérgica está implicada en la esquizofrenia, en lo que actualmente se conoce como hipótesis de la hipofunción de los receptores de NMDA. Esta hipótesis se ha visto reforzada por el descubrimiento de varios genes de susceptibilidad relacionados con las vías glutamatérgicas (G72, NRG1, GRIA4, GRM3, GRM8, GRIN2D, o GRIN2A). De cualquier modo, la hipótesis glutamatérgica y la dopaminérgica no son mutuamente excluyentes puesto que, por ejemplo, la liberación de glutamato está regulada por receptores presinápticos de dopamina D₂ en las vías corticolímbicas y corticoestriatales. De esta hipótesis se deriva que la elevación de los niveles de glutamato y de su coagonista glicina puede que sean beneficiosos en el tratamiento de la enfermedad. De hecho, en este momento hay un número considerable de compuestos en fase clínica de investigación, que actúan sobre la neurotransmisión glutamatérgica, y más concretamente sobre el receptor metabotrópico GRM3 o sobre el sitio de unión de glicina al receptor de NMDA (Giménez y Zafra, 2009).

La hipótesis de la disfunción del receptor de NMDA de la esquizofrenia surgió inicialmente de la observación de que los antagonistas de los receptores NMDA no competitivos, incluyendo la fenciclidina (PCP), la dizocilpina (MK-801) y la ketamina, conducen a efectos psicológicos inmediatos que se asemejan mucho a los síntomas que ocurren en la esquizofrenia, incluyendo ambos síntomas (positivos y negativos). Los síntomas similares a los psicóticos también se observan en los usuarios de ketamina. Estos hallazgos llevaron al uso de antagonistas de receptores NMDA como un sistema modelo para la esquizofrenia (Howes, McCutcheon y Stone, 2015). Este enfoque también se estudió en modelos animales, y se presentó la primera hipótesis de la disfunción del receptor de NMDA de la esquizofrenia. Se mostró que los animales que recibieron antagonistas de los receptores NMDA desarrollaron cambios neurotóxicos en las

regiones cerebrales corticales, lo que sugirió que eran similares a las reducciones en el volumen cerebral observadas en pacientes con esquizofrenia (Olney y Farber, 1995). Además se descubrió que los antagonistas de AMPA (entre otros compuestos) podrían bloquear los efectos del antagonismo del receptor de NMDA sobre la neurotoxicidad, y la hipótesis de que la liberación de glutamato podría ser la base de los efectos neurotóxicos. Por su parte los hallazgos de pequeños ensayos clínicos de fármacos glutamatérgicos dan soporte adicional a la hipótesis de la hipofunción del receptor NMDA de la esquizofrenia pues varios estudios han investigado la modulación del receptor de NMDA, bien mediante agonismo directo en el sitio modulador de glicina B (usando glicina o D-serina), o aumentando los niveles sinápticos de glicina a través de la inhibición de transportadores de glicina (por ejemplo sarcosina). Estos fármacos condujeron a una mejora significativa en los síntomas residuales positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia cuando se administró además del tratamiento antipsicótico existente (Howes, 2015).

Paz (2005), describe que el mecanismo a través del cual dosis bajas de antagonistas de receptores NMDA ha ayudado a dilucidar el fenómeno de la esquizofrenia, pues se observó que llevan a un aumento en la liberación de glutamato en la corteza cerebral, la administración sistémica y no local de PCP en la corteza prefrontal induce hiperactividad eléctrica prefrontal en animales de laboratorio, sugiriendo así que acciones de esta droga en regiones ajenas a la corteza prefrontal son necesarias para la inducción de estados hiperglutamatérgicos prefrontales. Buscando establecer la región del cerebro involucrada en este fenómeno, se inyectaron localmente PCP en el hipocampo ventral, una región que envía masivas proyecciones glutamatérgicas a la corteza prefrontal. Así, se pudo demostrar que la hipofunción de receptores NMDA expresados por neuronas localizadas en esta región del cerebro conducía a una actividad eléctrica prefrontal aumentada. Además con respecto a la identidad de estas neuronas, estudios previos habían mostrado que un sub-grupo de interneuronas GABAérgicas del hipocampo son particularmente sensibles al antagonismo NMDA. La causa de esta hipersensibilidad se debería a que estas interneuronas expresan el sub-tipo NR2D del receptor NMDA, el cual, difiriendo de aquellos expresados por neuronas glutamatérgicas, es insensible al bloqueo por Mg^{++} . Dado que PCP y otros antagonistas NMDA de su tipo, sólo bloquean aquellos receptores NMDA que se encuentran abiertos, es decir aquellos que han sido liberados del bloqueo de Mg^{++} por actividad eléctrica concomitante, o que por razones estructurales son insensibles a ese bloqueo, las interneuronas que expresan NR2D resultan 10 veces más sensibles que las neuronas glutamatérgicas al bloqueo de sus receptores NMDA. Así, la hipoactividad de estas interneuronas llevaría a su vez a la desinhibición de las neuronas

glutamatérgicas que proyectan a la corteza prefrontal. De esta manera, la inducción de síntomas psicóticos, así como déficit cognitivos y emocionales en sujetos agudamente tratados con antagonistas de receptores NMDA sería mediada por inactivación de interneuronas GABA. Confirmando la validez de este modelo para la comprensión de la esquizofrenia, el hallazgo mejor replicado en la neuropatología de esta enfermedad es la presencia de marcadores moleculares sugiriendo déficit en la actividad de interneuronas GABAérgicas en diversas regiones del cerebro, tales como corteza prefrontal, corteza temporal, hipocampo y cerebelo. Más aún, un estudio reciente ha reportado que poliformismos en la región 5' del gen que codifica para GAD-67, la enzima más importante en la síntesis de GABA en el cerebro, predicen la magnitud de la disminución progresiva en sustancia gris observada en pacientes con formas de psicosis esquizofrénica de inicio tanto en la infancia como en la vida adulta. Surge entonces la pregunta sobre el mecanismo a través del cual la hiperactividad glutamatérgica inducida por déficit en la actividad de interneuronas GABAérgicas podría llevar a disminución en la sustancia gris de pacientes esquizofrénicos en las fases incipientes de esta enfermedad.

Sistema serotoninérgico

Las hipótesis que implican a la serotonina en la esquizofrenia, señala la interacción con el sistema dopaminérgico y los efectos de la serotonina en la corteza prefrontal a través de sus receptores 5HT_{2A}, en los últimos años se ha sugerido un aumento del tono serotoninérgico central en los pacientes con esquizofrenia. Se ha propuesto que la sintomatología negativa de la esquizofrenia reflejaría en parte, una hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal, debida al efecto inhibitor que tendría la serotonina a ese nivel. Es por ello, que los fármacos inhibidores de la función serotoninérgica desinhibirían la transmisión dopaminérgica en el córtex prefrontal, mejorando la clínica negativa (Saiz-Ruiz, 2010).

La evidencia de ligamiento o asociación de al menos uno de los genes para un determinado receptor de la serotonina (5-HT) o una de las enzimas implicadas en el metabolismo de 5-HT sería una evidencia convincente a favor de la hipótesis de que la 5-HT está implicada en la esquizofrenia. Entre los genes candidatos propuestos en los distintos estudios de asociación se encuentran genes que codifican proteínas involucradas en el metabolismo de la serotonina como la triptofano-hidroxilasa (TP-H), el transportador de serotonina (5-HTT), la monoamino-oxidasa (MAO-A) y los receptores de serotonina (5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{2A}) (Robaina-Jiménez y Hechavarría, 2013).

b) Factores genéticos

Los estudios iniciales de pedigrí, de gemelos, mellizos y de adopción, así como la determinación de prevalencia de la esquizofrenia entre familiares biológicos de individuos afectados por esta enfermedad permitieron establecer que el trastorno se puede heredar, y por lo tanto determinar, qué factores genéticos deben estar involucrados en su origen. Los datos permiten establecer que en gemelos, cuyo material genético es 100% idéntico, la concordancia de la enfermedad es de 50%, a su vez, se determinó que factores genéticos podrían contribuir hasta 80% en la variabilidad del fenotipo entre individuos afectados (Aguilar-Valles, 2011). Estos datos motivaron la búsqueda de variantes genéticas que estuviesen asociadas con la enfermedad y que permitieran entender los procesos biológicos que están afectados, en el cerebro de pacientes con esquizofrenia. A través de la búsqueda de polimorfismos de nucleótidos únicos (SNPs, por sus siglas en inglés) en genes candidatos, se han reportado variaciones genéticas en más de 800 genes asociados con susceptibilidad a esquizofrenia. Sin embargo, aún hay datos controversiales, a pesar de la importancia de las variaciones genéticas descubiertas en el contexto de la población total de individuos con el trastorno. A su vez con el perfeccionamiento de la genómica acompañado del desarrollo de herramientas tecnológicas y de análisis de datos permitieron el estudio de genomas completos, incluyendo el humano, ha sido posible comenzar a investigar de forma más sistemática la presencia de variaciones genéticas en poblaciones de gran tamaño, que estén asociadas con la enfermedad. Los estudios de asociación en el genoma completo (GWAS por sus siglas en inglés: Genome-Wide Association Studies) permitieron generar por primera vez evidencia de un modelo poligénico de la enfermedad. También, se ha avanzado en la identificación de variantes en el número de copias, que si bien ocurren con poca frecuencia (menos de 1% de la población de esquizofrénicos), involucran grandes regiones del genoma, mayores de 100.000 pares de bases. Una de las regiones del genoma cuya variación está más consistentemente asociada con esquizofrenia, es la del complejo mayor de histocompatibilidad II (CMHII) ubicada en el cromosoma seis. En este segmento del genoma, los polimorfismos más fuertemente asociados con esquizofrenia se encuentran en cercanía a un grupo de genes que codifican para histonas, el componente proteico de la cromatina, y varios genes involucrados en la respuesta inmune. Muchas de las variaciones asociadas, sin embargo, se encuentran localizadas en regiones intergénicas no codificantes, es decir, regiones del genoma que no contienen información que pueda traducirse en proteínas. Una posible explicación de estos resultados es que las secuencias se encuentran involucradas en funciones regulatorias, las cuales participan en el control de expresión de genes circundantes; pues también se sabe que gran parte del genoma se transcribe, tanto de regiones génicas como intergénicas. Se ha

demostrado también que algunos de los RNAs no codificantes tienen funciones biológicas definidas, aunque se requiere generar evidencia para la gran mayoría de los casos de transcritos no codificantes. Una interpretación alternativa es que las regiones asociadas representen marcadores genéticos ligados a otras variaciones que se encuentran en cercanía física.

Las variaciones raras y de gran tamaño en el número de copias, relacionadas con deleciones o duplicaciones de tramos del genoma, que van desde 1.000 hasta varios millones de pares de bases se han implicado en esquizofrenia. Los resultados indican la existencia de este tipo de alteraciones en varias regiones del genoma, incluyendo regiones en los cromosomas 1, 2, 7, 15, 16 y 22. De estas, la deleción de aproximadamente tres millones de pares de bases en el cromosoma 22 representa el factor de riesgo más grande que se conoce para la esquizofrenia. Los individuos portadores de esta deleción desarrollan el síndrome conocido como velocardiofacial, de los cuales el 30% desarrollan psicosis, de los cuales 80% esquizofrenia. La participación de variaciones genéticas es indiscutible en el desarrollo de esquizofrenia. Sin embargo, el estudio de estas variaciones ha revelado que la esquizofrenia, junto con otros trastornos mentales, quizá represente una de las enfermedades genéticamente más complejas y solo se ha empezado a entender la naturaleza de las alteraciones genómicas que ocurren en este trastorno. No debemos olvidar, que en su etiología la esquizofrenia y otras formas de psicosis involucran factores ambientales (Aguilar-Valles, 2011).

c) Neurodesarrollo

La esquizofrenia también podría ser producto de una alteración cerebral primaria, resultante de un defecto estructural que ocurre en etapas tempranas de la vida (García-Valencia et al., 2005). Este defecto interactúa con eventos del desarrollo del sistema nervioso central y produce deficiencias. Los eventos del desarrollo incluyen diferenciación y migración de precursores neuronales, proliferación de dendritas y axones, muerte celular programada (apoptosis) y poda sináptica. Esta hipótesis se apoya de las siguientes observaciones:

Existe un déficit en la función frontal y temporal desde la aparición del trastorno, que se ha evidenciado en estudios de neuroimagen funcional y neuropsicológicos. Estos últimos han mostrado alteraciones de memoria, atención y función ejecutiva en sujetos con primer episodio psicótico.

En estudios patológicos y de neuroimagen en pacientes con primer episodio de esquizofrenia se ha encontrado disminución del volumen cortical, especialmente en la corteza temporal y en las estructuras mediales, asociado con aumento del

volumen ventricular. Estas alteraciones pueden ser causadas por un inadecuado desarrollo temprano de la conectividad sináptica o por un proceso de poda dendrítica agresivo que ocurre en la preadolescencia. Adicionalmente, se ha hallado reducción en el espesor de las cortezas parahipocampal y orbitales izquierdas, en sujetos sin esquizofrenia que posteriormente la desarrollaron.

En estudios histopatológicos, se ha observado que en la corteza temporal y en el hipocampo se presenta una distribución laminar anormal de las neuronas, además de una disminución de su tamaño y número. En la corteza prefrontal hay aumento de la densidad neuronal, aunque algunos estudios también han reportado disminución del tamaño de las neuronas, pero los resultados han sido contradictorios. En esta última región, las capas más afectadas por los cambios estructurales son la II y V. Las neuronas de estas capas dan lugar a proyecciones glutamatérgicas, al neocórtex y a la corteza de asociación.

d) Factores ambientales de riesgo

Algunos factores que se tiene que tomar en cuenta y que ayudan a comprender su impacto en la génesis del trastorno, es por ejemplo la estación del año de nacimiento, las personas que padecen esquizofrenia tienen mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia al haber nacido durante el invierno, con un riesgo relativo del 10% para los nacidos en invierno frente a los nacidos en verano (Bembenek, 2005). Este dato está fuertemente relacionado con el hecho de que los pacientes cuyas madres se encontraban en el segundo trimestre de embarazo durante una epidemia de influenza tipo A, es más probable el riesgo de desarrollar esquizofrenia (Brown, 2006). Algunas otras Infecciones son un factor de riesgo que puede influir en el desarrollo del sistema nervioso central (Nevot y Chinchilla, 2007) durante el embarazo y también en los primeros años de vida, tales infecciones son: la rubeola en el primer trimestre (Brown, 2006), herpes virus (Buka, Cannon, Torrey y Yolken, 2008), polio en el segundo trimestre (Suvisaari, Haukka, Tanskanen, Hovi y Lönnqvist, 1999), varicela en el nacimiento (Torrey, Rawlings y Waldman, 1988), o la meningitis durante la infancia (Abraham, Focaccia y Gattaz, 2005).

1.5.2 Aproximaciones de la Psicología a la esquizofrenia

La esquizofrenia ha sido objeto de estudio desde diferentes campos del conocimiento (medicina, biología y psicología) y es así como cada parcela del saber científico ha aportado diferentes teorías e hipótesis para dilucidar su etiología, en el caso de la psicología los autores que propusieron una teoría de la

esquizofrenia a partir de sus investigaciones desde su etiología hasta su intervención fueron Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley y Jonh H. Weakland en el año de 1956. Su teoría se basa en un análisis de la comunicación y específicamente en la *teoría de tipos lógicos* de esta teoría deriva una descripción de las condiciones necesarias para una situación llamada *doble vínculo*, situación en la que una persona haga lo que haga “no puede ganar”. Se establece entonces la hipótesis de que una persona atrapada en el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos.

Según Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) este enfoque se basa en aquella parte de la teoría de los tipos lógicos y a su vez esta se encuentra en la teoría de las comunicaciones. La tesis central de esta teoría es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, dado que el término empleado para la clase es de un *nivel de abstracción diferente* (un tipo lógico diferente) que los términos empleados para sus miembros. Aunque en la lógica formal se intenta mantener la discontinuidad entre una clase y sus miembros, aquí se considera que en la patología de las comunicaciones reales esta discontinuidad se quiebra de manera continua e inevitable, y que a priori tenemos que esperar que se produzca una patología en el organismo humano cuando se dan ciertos patrones formales de fractura en la comunicación, con ello se pretende demostrar que esta patología, en su forma extrema, tendrá síntomas cuyas características formales llevaran a que la patología sea clasificada como esquizofrenia.

Ejemplos de cómo los seres humanos manejan comunicaciones que ponen en juego distintos tipos lógicos pueden tomarse de los siguientes campos:

1. *El uso de varios modos comunicacionales en la comunicación humana.* Los ejemplos son el juego, el no juego, la fantasía, el sarcasmo, la metáfora, etc. Esas señales de un tipo lógico superior al del mensaje que clasifican. Entre los seres humanos, esta estructuración y rotulación de mensajes y acciones significativas alcanzan una considerable complejidad, con la peculiaridad de que nuestro vocabulario para establecer tal discriminación está aún muy rudimentariamente desarrollado, y que nos apoyamos fundamentalmente sobre medios no verbales como la postura, el gesto, la expresión facial, la entonación y el contexto para la comunicación de estos niveles sumamente abstractos pero vitalmente importantes.
2. *Humorismo.* Este parece ser un método para explorar los temas implícitos en el pensamiento o en una relación. El método de exploración entraña el empleo de mensajes que se caracterizan por ser una condensación de tipos lógicos o modos comunicacionales. Se produce el momento explosivo en el

humor es el momento cuando la rotulación del modo experimenta una disolución y nueva síntesis. Esto tiene el efecto peculiar de atribuir modo a esas señales que previamente tenían el estatus de ese tipo lógico superior que clasifica los modos.

3. *Falsificación de las señales identificadoras del modo.* Entre los seres humanos se pueden falsificar los identificadores de modos, y así tenemos la risa artificial, la simulación manipulativa de la amistad, el truco de la confianza, el jugueteo y otras actividades semejantes. Falsificaciones análogas se han observado entre los mamíferos. Entre los seres humanos encontramos con un fenómeno extraño: la falsificación inconsciente de esas señales. Ello puede ocurrir dentro de la persona (el sujeto puede ocultarse a sí mismo su propia hostilidad real bajo las galas del juego metafórico) o puede producirse como falsificación inconsciente de la comprensión que el sujeto tiene de las señales identificadoras de modo emitidas por otra persona. Puede confundir la timidez con el menosprecio, la mayoría de los errores de autorreferencia se ubican en esta categoría
4. *Aprendizaje.* El nivel más simple de esto fenómeno es ejemplificado por una situación en la cual un sujeto recibe un mensaje y actúa en forma adecuada respecto de él: "Oí sonar el reloj y supe que era hora de almorzar. Entonces me dirigí a la mesa". En los experimentos de aprendizaje, el experimentador observa los análogos de esta secuencia de sucesos, y por lo general los trata como un solo mensaje de tipo superior. Cuando el perro saliva en el intervalo que va entre el sonido de la campanilla y el ofrecimiento de carne, el experimentador acepta esta secuencia como un mensaje que indica: "El perro *aprendió* que la campanilla significa carne". Pero este no es el último de la jerarquía de tipos involucrados. El sujeto experimental puede adquirir mayor habilidad en el aprender. Puede *aprender a aprender*, y no es inconcebible que puedan darse en los seres humanos se produzcan niveles más elevados aun de aprendizaje.
5. *Los niveles múltiples de aprendizaje y la clasificación de los señales como tipos lógicos.* Se trata de dos grupos inseparables de fenómenos, porque la capacidad de manejar los tipos múltiples tipos de señales es en sí misma una habilidad aprendida, y por lo tanto una función de los niveles múltiples del aprendizaje.

Ahora bien, los esquizofrénicos presentan dificultades o diferencias al asignar los modos comunicacionales correctos a:

- a) los mensajes que recibe de otras personas.
- b) los mensajes que él mismo emite de manera verbal.
- c) sus propios pensamientos, sensaciones, percepciones.

En cuanto al pensamiento esquizofrénico es posible afirmar que éste opera en base a una silogística paradójica, silogismos distorsionados donde se identifican predicados tales como:

- Los hombres son mortales
- La hierba es mortal
- Los hombres son hierbas.

El ejemplo anterior nos permite concebir a la elocución esquizofrénica como rica en metáforas, y aunque éstas son un recurso vital en la expresión y construcción de toda comunicación humana, la diferencia está en que el esquizofrénico hace uso de metáforas no rotuladas. Según las propuestas de las teorías del aprendizaje es posible afirmar que los seres humanos emplean el contexto como guía de selección de los modos de comunicación. Es decir, que el esquizofrénico vive en un universo donde las secuencias de acontecimientos son tales que sus hábitos comunicacionales desviados resultan adecuados de alguna manera (Martínez-Araujo y Yannarella, 2010).

El término “función yóica” es precisamente el proceso de discriminar modos comunicacionales, sea dentro de la persona o entre la persona y otros. El esquizofrénico manifiesta debilidad en tres áreas de dicha función: a) tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas; b) tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a aquellos mensajes que él mismo prefiere o emite de manera no verbal; c) tiene dificultad en asignar el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos, sensaciones y preceptos. Se considera que los mensajes (y el pensamiento) del esquizofrénico presentan una estructura silogística aberrante. El esquizofrénico, según esta teoría, emplea estructuras que identifican los predicados (Bateson, 1956).

En cualquier situación particular, dos o más personas mantienen una relación intensa y vital, como la familia, la amistad, el amor, la psicoterapia; y en ella se dan procesos tales como:

Se es emitido un mensaje que constituye una negación de la existencia del sujeto, pues el mismo contiene proposiciones complementarias y contradictorias entre sí. Por ejemplo, el niño está situado entre la hostilidad de uno de los padres que niega su cólera y al mismo tiempo exige que el niño también la niegue; si el niño le cree al padre, mantiene la relación necesaria para él, pero niega entonces su propia percepción. Si cree en su percepción se mantiene en la realidad, pero piensa que pierde la protección del padre y la madre. Es imposible por tanto decidir el sentido del mensaje y el niño queda de esta forma prisionero de este doble vínculo (Martínez-Araujo y Yannarella, 2010).

Teoría del doble vínculo

La teoría del doble vínculo desarrollada por Gregory Bateson y su equipo de investigación en Palo Alto, California esta teoría sostiene, que el esquizofrénico ha crecido en una situación de aprendizaje, en la cual es necesario responder a mensajes de contenido contradictorio. Se considera de esta forma a la esquizofrenia como una forma de adaptación secundaria a un tipo de comunicación aprendida en relación con un tipo de interacción (familiar) determinado y constante.

Los ingredientes necesarios para que tenga lugar una situación de doble vínculo son: 1) *Dos o más personas*. A una de ellas la designamos como la "víctima". No suponemos que el doble vínculo sea infligido sólo por la madre, sino que puede serlo o por la madre o por alguna combinación de madre, padre y/o hermanos. 2) *Experiencia repetida*. Supone que el doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima. Su hipótesis no apela una experiencia traumática única, sino una experiencia tan reiterada que la estructura de doble vínculo pasa a ser una expectativa habitual. 3) *Un mandato primario negativo*. Este puede tener una de estas dos formas: a) "No hagas eso, o te castigaré", o b) "si no haces eso, te castigaré". Suponemos que el castigo puede consistir o en el retiro del amor o en la expresión de odio o cólera o –lo que es más devastador- el tipo de abandono que resulta de la expresión de la impotencia extrema del progenitor. Cree que engloba experiencias perceptivas de una manera que no puede ser abarcada por la noción de "trauma". 4) *Un mandato secundario que está en conflicto con el primero*. Se da en un nivel más abstracto, y que, al igual que el primero está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la superficie. El mandato secundario se comunica al niño, por lo común, mediante medios no verbales. La postura, el gesto, el tono de voz, la acción significativa y las

implicaciones ocultas en el comentario verbal pueden usarse todas para transmitir el mensaje más abstracto. En segundo lugar, el mandato secundario puede chocar con cualquier elemento de la prohibición primaria. La verbalización del mandato secundario puede, por consiguiente, revestir gran variedad de formas. Cuando el doble vínculo es infligido no por un individuo sino por dos. Por ejemplo, un progenitor puede negar en un nivel más abstracto el mandato del otro. 5) *Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo*. En un sentido formal, quizá sea innecesario clasificar este mandato como un elemento separado, ya que el refuerzo en los otros dos niveles implica una amenaza a la supervivencia, y si los dobles vínculos han sido impuestos durante la infancia, es naturalmente imposible escapar. 6) Por último, el conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima aprendió a percibir su universo bajo patrones del doble vínculo. Casi cualquier parte de una secuencia de doble vínculo puede resultar entonces suficiente para precipitar el pánico o la cólera. El patrón de mandatos conflictuales puede llegar a ser asumido por voces alucinatorias (Bateson, 1956).

El efecto del doble vínculo

Esta hipótesis sostiene que se producirá un colapso en la capacidad del individuo para discriminar entre tipos lógicos cada vez que presenta una situación de doble vínculo. Las características generales de esta situación son las siguientes: Cuando una persona se encuentra atrapada en una situación de doble vínculo, responderá defensivamente de una manera similar al esquizofrénico. Un individuo tomará literalmente un enunciado metafórico cuando se encuentra en una situación en la que tiene que responder de alguna manera, en la que se enfrenta con mensajes contradictorios y cuando es incapaz de comentar las contradicciones. El esquizofrénico se siente todo el tiempo “como el protagonista” de una manera que habitualmente responde con una insistencia defensiva sobre el nivel literal, aun cuando sea absolutamente inadecuado, por ejemplo cuando la otra persona está bromeando. Los esquizofrénicos también confunden lo literal y lo metafísico en sus propias verbalizaciones cuando se sienten atrapados en un doble vínculo. Como respuesta a las situaciones del doble vínculo, el desplazamiento hacia un enunciado metafórico trae seguridad. Sin embargo, también impide que el paciente haga la acusación que desea hacer. La indicación de que se trata de un enunciado metafórico reside en el aspecto fantástico de la metáfora no de las señales que usualmente acompañan a las metáforas para indicar al oyente que se está empleando una metáfora. No sólo es más seguro para la víctima de un doble vínculo desplazarse a un mensaje de orden metafórico, sino que en una situación sin salida es mejor desplazarse y convertirse en alguna otra persona o desplazarse e insistir en que uno se encuentra en alguna otra parte. Entonces el

doble vínculo no puede actuar sobre la víctima, porque él no es él, y además porque se encuentra en un lugar diferente. Si alguien ha pasado su vida dentro de una relación de doble vínculo como la descrita, su manera de relacionarse con las personas después de un colapso psicótico tendrá un patrón sistemático. Su sistema metacomunicativo (las comunicaciones referentes a la comunicación) se habrá derrumbado y no sabrá qué clase de mensaje fue el mensaje que emitió. Dada esta incapacidad para juzgar acertadamente lo que otra persona realmente quiere decir y la excesiva preocupación por lo que efectivamente se está diciendo, una persona puede defenderse eligiendo una o más de varias alternativas. Dependiendo de lo que elija estará continuamente buscando significados ocultos detrás de lo que la gente dice y detrás de los acontecimientos fortuitos que se producen en su ambiente, y será característicamente suspicaz y desconfiado. Lo esencial es que él no puede elegir la única alternativa que le ayudaría a descubrir qué es lo que realmente quieren decir; no puede, sin ayuda, discutir los mensajes de otros. Al no ser capaz de hacerlo, el ser humano se hace semejante a un sistema autocorrectivo que haya perdido su regulador; comienza a recorrer un espiral de distorsiones interminables, pero siempre sistemáticas (Bateson et al., 1956).

Las características de la esquizofrenia en sus manifestaciones más severas de comunicación, conducta, y procesos emocionales no permiten la autonomía del individuo ni la inserción adecuada a diferentes contextos de la vida del paciente, como el ser productivo e independiente económicamente, formar una familia, culminar estudios o adquisición de algún oficio, entre otros proyectos vitales, por lo tanto necesita el apoyo o cuidado de una persona que por lo general asume el rol de ser el cuidador primario de manera fortuita y que también se ve afectado de múltiples formas, como en su autocuidado, relaciones interpersonales, bienestar físico y emocional (sobrecargas). Este binomio de cuidador-cuidado necesita ser abordado como una sola entidad pues el mejoramiento de uno depende en gran medida del otro, es por ello que surge la necesidad de trabajar de manera conjunta.

CAPÍTULO 2 | CUIDADOR PRIMARIO

Un cuidador primario se define como la persona, familiar o no, que asume la responsabilidad total en la atención y apoyo diario del paciente que presenta alguna enfermedad ya sea crónica, terminal o algún problema que impida su autosuficiencia. La mayoría de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito, las tareas de cuidar se asumen paulatinamente, sin programación y en ocasiones con ausencia de información; los principales problemas que enfrentan estas personas incluyen falta de apoyo de otros familiares, comunicación insuficiente a nivel familia, modificación de su estilo de vida; además del deterioro en las relaciones intrafamiliares, situaciones personales, salud mental y física. La creciente dependencia del paciente no solo repercute en una mayor demanda de recursos, sino que conlleva una serie de cambios en la estructura familiar, es decir, amenaza la estabilidad de la misma. Debido a que habitualmente es un solo familiar el que se constituye como cuidador del paciente, las repercusiones emocionales pueden precipitar una crisis o amenaza a su estabilidad personal, donde el cuidado se convierte en un estresor, cuyo impacto negativo probablemente les sobrecargará, presentando problemas de salud, físicos, mentales, sociales y económicos (Ramírez, Grijalva y Avilés, 2015). También Se ha encontrado que la carga y la adopción de estrategias de afrontamiento disfuncionales, como el escape y la coerción, se asocian con el deterioro del funcionamiento de los pacientes. Estos hallazgos indican la necesidad de brindar a los cuidadores apoyos ajustados al nivel de funcionamiento del paciente que prevengan la carga del cuidado al mejorar la habilidad de cuidado (Mora-Castañeda et al., 2016).

2.1 El cuidador primario de personas con esquizofrenia

En México los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia son comúnmente algún familiar que toma el cargo de atender los cuidados de la persona, siendo las madres y hermanas del enfermo las que más adoptan este rol (80.9%), los padres y hermanos suelen asumir este rol con menos frecuencia (19.1%) y la mayoría sólo cuenta con educación básica (57.3%). Además está constado que la mayoría de personas que fungen como cuidador primario de una persona con esquizofrenia no reciben la capacitación adecuada para brindar los cuidados al paciente, lo cual produce un desequilibrio en su entorno familiar, se presenta estrés, el estado de ánimo para relacionarse dentro y fuera de casa cambia, además puede existir la aparición de trastornos como la depresión, trastornos del sueño, problemas alimenticios, problemas de salud delicados, el abuso de alcohol o estimulantes y la violencia marital (Rascón, Caraveo y Valencia, 2010; Ruiz-Ríos y Nava-Galán, 2010).

2.2 Clasificación de cuidadores primarios

Los tipos de cuidadores primarios se clasifican en dos formas; cuidadores primarios informales (CPI) y cuidadores primarios formales (CPF), ambos están al cuidado permanente, sin embargo existen diferencias significativas entre ellos, ahora veamos como son entendidos cada uno:

2.2.1 Cuidadores primarios formales (CPF)

El cuidador formal es esencialmente el profesional que trabaja con la persona afectada en un servicio de atención laboral, incluyéndose a los alumnos en prácticas y voluntarios (Torres-Pereira, 2007). En el caso de la esquizofrenia en México los CPF tienen menos participación en comparación con los CFI ya que algunos factores económicos y sociales no lo facilitan (Rascón et al., 2010).

2.2.1 Cuidadores primarios informales (CPI)

El cuidador primario informal es definido como aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada de ningún otro modo (Fernández et al., 2011). Además, asumen en mayor medida tareas de atención personal e instrumental al enfermo, y se implican de forma más habitual en actividades de vigilancia y acompañamiento, encargándose de los cuidados más pesados, rutinarios y que exigen una mayor carga y dedicación por parte del cuidador (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). Por su parte los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites. A diferencia de los cuidadores formales; quienes reciben un pago por sus servicios, y cuentan con formación profesional o en el menor de los casos capacitación para proporcionar los cuidados (Camacho-Estrada, Arvizu, Yokebed y Jiménez-Mendoza, 2010).

2.3 Implicaciones psicológicas en los cuidadores primarios

Las implicaciones y efectos psicológicos de vivir con una persona afectada de una enfermedad mental, en este caso la esquizofrenia son múltiples, puede aparecer desde Emoción Expresada (EE) alta, sobrecargas objetivas y subjetivas, hasta estrés crónico o en el peor de los casos algún trastorno como depresión, trastornos alimenticios o del sueño. Todas estas consecuencias se pueden presentar con mayor severidad si el cuidador primario en la mayoría de los casos informal no recibe, la orientación, capacitación y apoyo oportuno de diferentes redes profesionales y sociales.

2.3.1 Estrés

El cuidador primario se ve sometido a un estrés constante por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual del rol, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de diversos sistemas de salud, la cantidad de cuidado o supervisión requerida (Johnson, 1999). Aunado a esto se puede producir una mala adaptación al diagnóstico y producirse cambios en la dinámica familiar por la convivencia cotidiana con el paciente, esto aumenta el estrés de los cuidadores (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova, 2014). Son bastantes los momentos críticos que debe afrontar el cuidador de un familiar, cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando no encuentra sostén en otros miembros de la familia y cuando se debe responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces. Esta angustia de la familia se ha categorizado en cuatro grandes aspectos que incluyen: 1) la condición del ser querido, 2) la atención que recibe por parte del equipo de salud, 3) el cuidado futuro que dará el cuidador familiar y 4) los aspectos financieros (Li, 2005).

2.3.2 Sobrecargas objetivas y subjetivas

Almeida, Almeida y Santos (2010) proponen que la *carga subjetiva* es la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, o sea, a la reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar al paciente, la mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia...) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente. La *carga objetiva* se define como la descripción de todos los cambios que la familia sufre como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros, cualquier alteración de la vida familiar debida a la enfermedad del paciente, potencialmente verificable y observable.

Algunas formas que asumen las sobrecargas objetivas son (Soto, Cortés, Terrazas y Terrazas, 2012):

a) *Tareas de la casa*: cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad crónica deja de cumplir algunas funciones habituales, que otros deben asumir; asimismo, algún miembro de la familia debe hacerse cargo de las tareas adicionales de cuidado, supervisión y control del paciente, viéndose obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones habituales en el hogar o a sobrecargarse.

b) *Relaciones intrafamiliares*: suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones con el familiar enfermo y por la necesidad de asumir más tareas de la casa.

c) *Relaciones sociales*: la estigmatización de una enfermedad psiquiátrica puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad a todo el mundo. En ocasiones, para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Incluso cuando esto no es así, la sobrecarga de tareas puede reducir significativamente la posibilidad de relaciones sociales fuera de la familia.

d) *Tiempo libre y desarrollo personal*: la sobrecarga de tareas no sólo limita las relaciones sociales sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y, con él, las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes, vacaciones, etc.

e) *Economía*: los ingresos económicos de la familia se reducen, en primer lugar, por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. Pero es frecuente que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia.

f) *Hijos, hermanos y familia*: los hermanos de los enfermos mentales reciben menos atención de sus padres al verse estos obligados a volcarse en el hijo enfermo, al mismo tiempo se ven forzados a realizar más tareas de la casa, con la finalidad de ayudar a los padres en el cuidado del hermano que padece trastorno mental.

g) *Salud*: considera tanto la salud física como mental del adulto responsable, las cuales se presentan como alteraciones psicosomáticas. La salud física puede alterarse por agresiones provocadas por el enfermo o por alteraciones psicosomáticas (pérdida de apetito, dolor de cabeza, etcétera). La salud mental

del cuidador y del grupo familiar puede alterarse y aparecer síntomas de tensión (ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión).

2.3.4 Emoción Expresada

La Emoción Expresada (EE) según Rascón, de Lourdes-Gutiérrez, Valencia y Murow (2008) se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobre involucramiento que uno de los cuidadores primarios informales o algún otro miembro de la familia expresa acerca de un integrante de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los cuidadores y familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas semanales. Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo. Aspectos positivos como la calidez, la crítica y el sobreinvolucramiento, son percibidos en general como estresantes, pues la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control. Ambos generan altos niveles de ansiedad en el paciente, y se describen de la siguiente manera:

a) *La crítica.* Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o la personalidad del individuo a quién se refieren. Es decir, muestran aversión o desaprobación hacia la conducta o las características de una persona.

b) *El sobreinvolucramiento o sobreprotección.* Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar y se caracteriza por la sobreprotección o el consentimiento, el autosacrificio y el malestar emocional. Es similar al trato que normalmente se le da a un niño. El familiar muestra niveles inapropiados de preocupación por el paciente, el cual es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

c) *La hostilidad.* Generalmente se presenta si existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace. Lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo.

2.4 Procesos de adaptación del cuidador primario informal (CPI)

De acuerdo con Estrada-Morales (2016) asumir el papel del cuidador primario, no es el mayor de los inconvenientes, sino como deberá de reaccionar ante la nueva situación que tiene que afrontar en su entorno Durante este periodo de transición hasta llegar a adaptarse a la situación se dan una serie de fases que son las siguientes:

Fase de perplejidad

- a) Fase de negación
- b) Fase de impotencia o dualidad
- c) Fase de aceptación
- d) Fase de vacío o liberación (se da cuando fallece el familiar)

Y las etapas de adaptación al cuidado son:

1° Negación o falta de conciencia del problema: en los primeros momentos de enfrentarse a la enfermedad crónica, se utiliza la negación como un medio para controlar los miedos y ansiedades. El estadio es temporal y conforme pasa el tiempo el cuidador va asimilando las repercusiones de la enfermedad en la vida cotidiana.

2° Búsqueda de la información y aparición de sentimientos difíciles: en esta etapa el cuidador suele comenzar a buscar información para aprender acerca de la enfermedad. Aquí es común que se presenten sentimientos de malestar como ira, enfadado, frustración, ya que su entorno ha cambiado drásticamente y pierden el control.

3° Reorganización: se asume que ya existe información previa, recursos de ayuda por parte de los familiares y el cuidador tiene las herramientas para afrontar la situación de cuidado, es en este período que la organización dará un patrón de vida más normal, el cuidador progresivamente sentirá más control de la situación y aceptará mejor los cambios en su vida.

4° Resolución: en el cuidador hay un aumento de control sobre su saber estar y el reconocimiento de cómo el cuidador será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos del cuidado (Estrada-Morales, 2016).

2.5 habilidad de cuidado en los CPI

La Habilidad de cuidado es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser, y actualizarse a sí mismo, un proceso, una manera de relacionarse con alguien que involucra desarrollo . La habilidad de cuidado se mide en términos de conocimiento, valor y paciencia, donde el conocimiento “es el que involucra un reconocimiento del otro como algo separado, con necesidades únicas. Implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades, y lo que refuerza su bienestar” (Venegas-Bustos, 2006). Por lo tanto poseer habilidad de cuidado conlleva la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia. Para el caso del conocimiento, sobresalen características como el predominio de sentimientos positivos, así como una actitud favorable por brindar atención y protección al paciente; el valor se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende de su cuidado al igual que la sensación de arresto para enfrentarse a lo desconocido. En la habilidad paciencia sobresale la predisposición a apoyar al paciente de forma empática (Ávila-Toscano, García-Cuadrado y Gaitán-Ruiz, 2010).

Por otra parte una tarea de los diferentes profesionales de la salud es dimensionar de manera adecuada la habilidad de cuidado de los CPI en diferentes contextos de la región de México y América Latina, donde hay divergencia en el soporte social con que cuentan los cuidadores, en los recursos disponibles y en las crisis políticas y sociales que caracterizan a la región, y que de alguna manera inciden en la atención en salud, es muy importante como parte del trabajo de modificar esta situación de atención a las personas con enfermedades crónicas y sus familias. Al reconocer que la mayoría de enfermos crónicos viven con sus familias, y que sus cuidadores están en condiciones vulnerables se puede ver la habilidad de cuidado a través de los sistemas familiares para considerar en el futuro un método útil en el desarrollo de dichas habilidades como una forma de apoyo a los cuidadores para afrontar esta problemática que afecta la salud del cuidador y la relación misma del cuidado. Pues considerar a los CPI como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud exige aceptar su potencial y sus limitaciones, y darle herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, y planeando su propio futuro y el de su

grupo familiar. La responsabilidad y las tareas de cuidado cambian según el contexto en que se presenten pero en cualquier caso requieren el desarrollo de habilidad de parte de quien las asume, y el reconocimiento de la misma es importante para promover los apoyos necesarios en su desarrollo. El fomento de la habilidad de cuidado como una forma de apoyar a los CPI es una tarea importante de las disciplinas en salud (Barrera-Ortiz, Blanco, Figueroa, Pinto-Afanador, Sánchez-Herrera, 2006).

Cuando una persona enferma, es frecuente que su familia o amigos hagan cosas para cuidarle. Dentro de la familia algunas personas realizan más actividades y otras se involucran menos en el cuidado. Habitualmente existe una persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y apoya al paciente tanto en casa como en el hospital o las consultas. Los cuidadores primarios hacen muchas cosas para apoyar a su familiar o amigo enfermo: preparan los alimentos, les ayudan con el baño o la limpieza diaria, le acompañan a las consultas y durante las hospitalizaciones; compran los medicamentos y le ayudan a tomarlos, en algunos casos también realizan curaciones o procedimientos, platican con el paciente, le ayudan a mantener un buen estado de ánimo, entre muchas otras. Todas estas actividades son muy importantes ya que a través de ellas se pueden prevenir y atender complicaciones y en general permiten alcanzar una de las principales metas de los tratamientos médicos para personas que viven con enfermedades crónicas: mantener el mejor nivel de calidad de vida posible. Es por ello que la función del cuidador primario es vital en el tratamiento y por ello velar por el bienestar del cuidador primario resulta otra pieza clave en el rompecabezas.

CAPÍTULO | 3 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1 Definición

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a manejar y comprender sus situaciones que resultan problemáticas, a reducir o superar éstas, a prevenir la ocurrencia de los mismas y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. Ejemplos: ayudar a una persona a reducir sus obsesiones, a una familia conflictiva a comunicarse mejor, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el aumento de conductas agresivas incipientes, a adolescentes normales a mejorar sus habilidades de relaciones sociales. En general, los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy variados: clínica y salud, educación, programas comunitarios, área laboral, deporte, entre otros (Bados-López, 2008).

3.2 Áreas de intervención en psicología clínica y de la salud

Godoy (1999) establece cinco áreas de intervención en psicología clínica y de la salud, en primera instancia la *promoción y el mantenimiento de la salud*, a través de un trabajo en educación, manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo buscando crear estilos de vida saludables, habilidades básicas y conductas en busca de mejorar la salud ambiental; la segunda área es la *prevención de la enfermedad* a través del manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo, para modificar conductas y hábitos de riesgo que podrían propiciar enfermedades, la detección temprana de los problemas y riesgos para disminuir las secuelas de la enfermedad; la tercer área es la *evaluación y el tratamiento de rehabilitación* desde el punto de vista psicológico y funcional de enfermedades específicas; la cuarta área corresponde a la *búsqueda del análisis y transformación del sistema de salud*, esta contempla la humanización en la atención de salud y a *la preparación de los pacientes en procesos específicos* y la última área, es *la docencia a otros profesionales* sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso salud-enfermedad.

3.3 Niveles de intervención en psicología

La intervención en psicología se da en diferentes niveles, puede llevarse a cabo a nivel individual, familiar, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son

excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual.

Nivel individual

Actualmente la connotación de intervención "*individual*" en el ámbito clínico y se refiere a la forma específica en la que se manifiesta un tipo de alteración psicológica en una persona y la intervención psicológica tiene como objetivo resolver las situaciones que plantea un individuo respecto a sus dificultades para afrontar las dificultades en el medio en que vive. Por tanto se entiende que los individuos presentan una alteración psicológica cuándo: 1. La persona padece una falta subjetiva de bienestar que no puede eliminar por sí sola aún cuando ella misma se considera relativamente bien adaptada al contexto. 2. La persona manifiesta a (criterio propio o del entorno) déficits o excesos de conducta que interfieren en el adecuado funcionamiento en su contexto. 3. La persona interviene en actividades que, ella misma o personas que la rodean, consideran anormales y que dan lugar a consecuencias negativas para ella misma y/o los demás. Dado que se trata de problemas de ajuste a un entorno habitualmente social, la identificación de quien plantea la situación (el propio individuo o las personas de su entorno) es crucial en la intervención. Téngase en cuenta que se considera que una dificultad psicológica se refiere al grado de adaptación de un individuo. Se trata de una relación individuo-contexto que se manifiesta, a través del comportamiento de uno de los elementos (el individuo) en interacción con el otro (el contexto). La alteración psicológica se manifiesta en el comportamiento de la persona como conjunto de intentos fallidos y conjuntamente con sentimiento de incapacidad, fracaso y dolor. Si el contexto es salubre (resulta fácil conseguir reforzadores) la adaptación es fácil y aún con muy escasas competencias cualquier individuo logra adaptarse. En contextos insalubres (con gran restricción de reforzadores) individuos con grandes recursos presentan intentos fallidos de adaptación (Santacreu-Mas, 2011).

Nivel familiar

La intervención *psicológica familiar* ayuda a la familia a preparar cambios que pueden producirse tanto desde el exterior como desde el interior y contribuye a desarrollar recursos psicológicos ante situaciones conflictivas que se presentan en las diferentes etapas de su desarrollo. En este nivel de intervención una de las principales prioridades es mejorar o mantener la *salud familiar* y esta puede considerarse en términos de funcionamiento efectivo de la familia, como la dinámica interna relacional, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el desarrollo y crecimiento individual según las

exigencias de cada etapa de la vida (Ortiz-Gómez, Lauro-Bernal, Jiménez-Canagas y Silva-Ayzaquer, 2000).

Nivel grupal

Esta modalidad de intervención depende de que se pueda contar con varias personas que presenten problemas o situaciones similares (p.ej., trastorno de pánico) o tengan un objetivo común (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Los grupos suelen estar conformados en un rango de 5 a 15 personas para un óptimo desempeño en el manejo de las actividades. Siempre que sea posible, parece recomendable conducir un tratamiento en grupo, ya que, en general, es igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales tales como:

1) Descubrir que los propios problemas no son únicos, 2) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, 3) aumento de la motivación debido al apoyo e influencia del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros, 4) Posibilidad de ayuda mutua dentro del grupo, 5) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos, 6) desarrollo de habilidades sociales, 7) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir e influir en los otros), 8) potenciación de la liberación emocional, 9) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión ante la autoridad, rivalidad etc.) (Bados-López, 2008).

Nivel comunitario

La intervención comunitaria es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento como espacio preventivo. El proceso de intervención comunitaria debe ser integral (ya que enfrenta causas y efectos) y dinámico; en la medida que los pasos se dan tanto en forma simultánea como secuencial e interrelacionada, cuya principal característica o condición es que se da en un espacio físico-social concreto (sector foco) en el que los sujetos participan activamente en la transformación de su realidad, a partir de sus problemas concretos. La intervención comunitaria, pretende diseñar, desarrollar y

evaluar las acciones desde la propia comunidad con el acompañamiento del facilitador (en este caso el psicólogo comunitario) promoviendo la movilización de los grupos miembros de una comunidad. Las acciones serán más eficaces cuanto más se logre involucrar, desde la primera fase, a todos los actores que forman parte del escenario social (Mori-Sánchez, 2008).

3.4 Modelo psicoeducativo

El modelo psicoeducativo es una propuesta dentro del universo de abordajes en salud mental que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención de la persona diagnosticada con un trastorno o enfermedad mental, este modelo procura insertarse como parte de una atención integral. La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, encabezados el modelo de vulnerabilidad-estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, sí se dan las condiciones precisas para que aparezca). Este paradigma plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo. Uno de los principales objetivos de la psicoeducación es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo (Albarrán-Ledezma y Macías-Terriquez, 2007).

3.4.1 Intervención psicoeducativa familiar

El término psicoeducación, introducido en la década de 1980, designa un tipo específico de intervención, que busca educar acerca de la enfermedad, entregar herramientas para la resolución de conflictos, entrenar habilidades para una mejor comunicación y fomentar la autoeficacia. Este tipo de programas, está dirigido a las personas con esquizofrenia y a sus familiares que en la mayoría de las veces son quienes se encargan del cuidado, este modo de intervención ha demostrado aumentar su nivel de conocimientos acerca de la enfermedad, mejorar su calidad de vida, adecuar las actitudes y expectativas hacia el paciente y facilitar también, la relación médico-familiares (Cid y Cavieres, 2013).

Las intervenciones psicoeducativas familiares (IPF) constituyen una de las modalidades de tratamiento psicosocial más extendidas y con mayor respaldo científico en el tratamiento de personas que sufren trastornos mentales graves. En

los pacientes a los que se ha aplicado la IPF se ha observado una mejoría significativa tanto en la sintomatología clínica como en el funcionamiento social (Mayoral, et al., 2015). De igual forma, la psicoeducación suministra tanto al paciente como a la familia la información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para el cuidado óptimo de los pacientes. Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar situaciones acerca del trastorno, en este caso la esquizofrenia, por lo tanto este tipo de intervenciones van encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar, proporcionando información sobre el trastorno, además resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico) (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). La psicoeducación procura establecer en los cuidadores primarios los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social (Albarrán-Ledezma y Macías-Terriquer, 2007).

3.5 Paquetes integrados multimodales

Se han diseñado enfoques psicoterapéuticos que inciden en la mejora de los déficits presentes en la esquizofrenia, en concreto la Terapia Psicológica Integrada (IPT). La IPT fue desarrollada en 1996, siendo esta una respuesta innovadora al tratamiento psicológico para la esquizofrenia, ya que se aplica de manera grupal, y se compone de cinco subprogramas orientados a los trastornos cognitivos y de la conducta social en la esquizofrenia: *Diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales*. Estos subprogramas se encuentran orientados jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas intervenciones entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos, de la misma manera, hay que desarrollar el manejo de emociones y afectos en cada

subprograma, ya que estos se encuentran organizados del más sencillo al más complejo, por lo que no manejar las emociones del paciente con esquizofrenia podría llevarlo a altos niveles de estrés, logrando un efecto disfuncional. Cabe mencionar que la ITP, es un programa de Intervención grupal de orientación conductual dirigido a la mejora de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes con esquizofrenias que la ITP es superior al solo entrenamiento en habilidades sociales, a la socioterapia o a las terapias de apoyo en grupo, en reducir la desorganización psicótica y en mejorar las habilidades de solución de problemas cognitivo-sociales así como el procesamiento atencional temprano (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

3.6 intervención psicológica en la esquizofrenia y en cuidadores primarios

La necesidad de un enfoque de intervención en la esquizofrenia está presente desde hace más de 100 años, con el comienzo de la psicoterapia de la psicosis en la clínica Burghölzli en Zurich 1911, donde bajo la dirección de Eugene Bleuler trabajan entre otros Gross, Riklin, Biswanger, Jung, etc. En aquella época Bleuler incluye en el tratamiento del paciente esquizofrénico una serie de elementos básicos: relación constante, análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo. Esta necesidad debería reivindicarse hoy más aún, en un medio en el que abunda la evidencia científica frente a otros argumentos, las recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, a pesar de ello y de las limitaciones que para el paciente psicótico supone un abordaje exclusivamente farmacológico (falta de respuesta completa, mal cumplimiento, tratamiento de síntomas positivos olvidando aspectos funcionales y otros síntomas menos evidentes como los cognitivos, falta de *insight*, no recuperación de la autoestima, ausencia de cambios, etc.) el uso y extensión de la intervención psicológica en pacientes con trastornos psicóticos es todavía poco frecuente. Esta situación, sucede ya que existe mayor tendencia a abordarse únicamente desde un concepto biomédico de la enfermedad (lo que supone formación e inversión de recursos en otros aspectos y la participación de la industria farmacéutica en la formación, con intereses muy distintos a las intervenciones psicológicas o psicosociales) y, las derivadas de las dificultades intrínsecas y económicas de su aplicación e investigación, sobre todo con estudios prospectivos controlados (García-Cabeza, 2008). Por su parte los programas de intervención psicológica han resultado eficaces en la prevención de recaídas y en el control de los síntomas y la mejora funcional de pacientes con esquizofrenia, siendo una opción terapéutica indicada, además del tratamiento farmacológico. La eficacia de los paquetes integrados terapéuticos (IPT), ha confirmado tener efectos favorables en estudios de seguimiento a corto plazo y se somete de nuevo a comprobación 4

años después, estos hallazgos revelan que el paquete de intervención mantiene sus efectos favorables tras los 4 años de seguimiento (Morian, Alarcón y Herruzo, 2006; Lemos-Giráldez et al., 2004). Aunado a esto un aspecto que ha cobrado relevancia en la atención integral para la esquizofrenia son las intervenciones dirigidas a los cuidadores primarios, estas son ahora consideradas una parte fundamental dentro del abordaje psicosocial de la esquizofrenia. La evidencia acumulada en las últimas dos décadas ha servido no solo para poner de manifiesto su eficacia en orden a reducir la tasa de recaídas en el paciente y mejorar su ajuste social, sino que también se han producido importantes avances en la delimitación de los constructos, variables y factores implicados en la respuesta ambiental que circunde al paciente, mejorando no solo la persona que padece esquizofrenia, sino parte de su estructura social inmediata como la familia (Higuera-Romero, 2005).

La esquizofrenia en este documento al ser considerada una enfermedad multidimensional puede ser abordada desde diferentes disciplinas, sin pasar por alto que el tratamiento psiquiátrico es el principal, sin embargo existe desde la mirada psicológica una serie de variables (funcionalidad, emociones, pensamientos etc.) que pueden determinar el curso de la enfermedad de manera favorable aun cuando esta ya es atendida de forma farmacológica, el hecho de poder visualizar a la persona que padece el trastorno como un sujeto que pertenece a un medio social en el cual interactúa de manera constante con el (ya sea de manera adecuada o no) por ejemplo la familia, amigos o la misma comunidad, da un panorama más amplio para maniobrar en la mejoría del trastorno, es en ese sentido que se ha encontrado en los contextos donde se desenvuelve la persona con esquizofrenia que en la mayoría de los casos habrá una o algunas personas involucradas en el apoyo o cuidado de la persona afectada, brindando ayuda para su mejoría tanto de forma socio-ambiental (inclusión social, estigma, funcionalidad, calidad de vida etc.) como en su recuperación clínica (síntomas positivos y negativos), no obstante la mayoría de las veces las personas que asumen el cuidado no cuentan con la información necesaria de la enfermedad y se enfrentan con un desconocimiento del trastorno y el desgaste que implica cuidar de manera constante. A su vez cuando su capacidad de cuidado es óptima son piezas fundamentales en la mejoría de las personas ya que pueden ser capaces de ayudar de manera precisa y oportuna sin sacrificar su bienestar.

CAPÍTULO 4 | PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y SUS CUIDADOPRES PRIMARIOS

4.1 Justificación

Se realizó una revisión sistemática de la literatura para dar sustento a este trabajo, siguiendo las siguientes categorías identificadas en el análisis de los artículos: *calidad del estudio, características de la muestra y efectos de la intervención psicológica para personas con esquizofrenia y en los cuidadores primarios*. Se seleccionaron 44 artículos que cumplieran los criterios de inclusión (metodología de ensayos controlados aleatorizados, cuasi-experimentales y pre-experimentales) y que conformaron la muestra final. El análisis de resultados se basa en las mejorías que mostraron los participantes después de las intervenciones realizadas como se reflejan la tabla 1 y 2.

La revisión sistemática fue elaborada a partir de las dos principales variables: esquizofrenia y cuidadores primarios. Las revisiones sistemáticas son un tipo de investigación científica que tiene como propósito integrar de forma objetiva y sistemática los hallazgos de los estudios sobre un determinado problema de investigación, con objeto de determinar el 'estado del arte' en ese campo de estudio y lograr de esta forma una eficiente acumulación de las evidencias con el propósito de sintetizar los hallazgos (Sánchez-Meca, 2010).

Los documentos consultados han sido artículos científicos de investigación empírica (RCTs, diseños cuasi-experimentales y pre-experimentales) con arbitraje de revisión por pares. Se revisaron las bases de datos especializadas Scopus, Science Direct, PubPsych, Dialnet, y Red Ibero Americana de Innovación y Conocimiento Científico (REBID), usando las siguientes palabras clave: esquizofrenia (schizophrenia), cuidadores primarios (primary caregiver), intervención (Intervention), intervención psicológica (psychological intervention). Los criterios de inclusión fueron: 1) estudios de investigación empíricos: ensayos clínicos controlados aleatorizados, diseños cuasi-experimentales y pre-experimentales que abordaran intervenciones psicológicas dirigidas a personas con esquizofrenia y a sus cuidadores primarios, 2) para el caso de los pacientes con esquizofrenia contar con más de 18 años y tener un diagnóstico de esquizofrenia a partir de la CIE-10 o el DSM-IV o DSM-5 en cualquier fase del trastorno y forma clínica, 3) para el caso de los cuidadores primarios estos tenían que ser informales (familiar o no) 4) los parámetros temporales fueron artículos publicados desde 2012 hasta 2017. Se excluyeron aquellos estudios relacionados con trastorno afectivo bipolar, trastorno del espectro autista, trastornos por consumo de sustancias, la presencia de discapacidades físicas y otras enfermedades que deterioran el funcionamiento cognitivo o visomotor.

Tabla 1. Efectos de la intervención psicológica en la esquizofrenia como complemento al tratamiento médico-psiquiátrico

Autor, año y título	Duración, formato, número sesiones y momentos de medida	Intervenciones	Resultados
<p>Awan, Jehangir, Irfan, Naeem y Farooq, (2017).</p> <p>Explanatory model of illness of the patients with schizophrenia and the role of educational intervention</p>	<p>3 meses</p> <p>Grupal</p> <p>4 sesiones</p> <p>Pre-post y 3 meses de seguimiento</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p> <p>GE: psicoeducación (información sobre la enfermedad y cómo lidiar con la misma) y tratamiento de rutina (medicación)</p> <p>GC: tratamiento de rutina</p>	<p>Las puntuaciones en la escala PANSS, BPRS y GAF mostraron mejoría en el grupo experimental en comparación con el grupo control, durante el seguimiento, con los valores de p de 0,000, 0,002 y 0,000, respectivamente. En el seguimiento, 44 (95,6%) pacientes del grupo experimental lograron el cumplimiento completo en comparación con 17 (47,2%) pacientes del grupo TAU [p = 0,000]. En el análisis de línea de base de SEMI, en el grupo experimental, sólo el 3,8% (n = 2) sabía sobre el nombre de la enfermedad, que aumentó a 54,3% (n = 25)</p>
<p>Cai, Yu, Rong y Zhong, (2014).</p> <p>Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial</p>	<p>5 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>10 sesiones de 1 hora cada una</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p> <p>GE: intervención con terapia de humor (estimulando un descubrimiento, expresión o aprecio lúdico de lo absurdo o incongruente de las situaciones de la vida para facilitar la curación o afrontamiento, ya sea físico, emocional, cognitivo, social o espiritual) y tratamiento farmacológico habitual</p> <p>GC: tratamiento farmacológico habitual y actividades con manualidades</p>	<p>El análisis de efectos simples indicó además que había una disminución en la puntuación total [F (1,28) = 4,89; P <0,05] y la puntuación de los síntomas negativos [F (1,28) = 21,42; P <0,005] del PANSS, y una disminución en la depresión [F (1,28) = 18,89; P <0,005] y ansiedad [F (1,28) = 27,11; P <0,005] en el grupo de humor desde el pre-test hasta el post-test. Los pacientes en el grupo control no informaron cambios en las puntuaciones de depresión y ansiedad, pero disminuyeron significativamente en el intervalo entre pre y post-test en la puntuación total y la puntuación de los síntomas negativos de la PANSS. Se observó una mejora en la puntuación total [F (1,28) = 13,81; P <0,005], producción [F (1,28) = 6,84; P <0,005], coping [F (1,28) = 24,21; P <0,001], apreciación [F (1,28) = 33,08; P <0,001], y la actitud [F (1,28) = 5,81; P <0,05] de la escala MSHS en el grupo de humor desde el pre-test hasta el post-test. Los pacientes del grupo control no informaron cambios significativos en el sentido del humor.</p>
<p>Caponigro, Moran, Kring y Moskowitz, (2014).</p> <p>Awareness and coping with emotion in schizophrenia: acceptability, feasibility and case illustrations.</p>	<p>6 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>6 sesiones de 90 minutos cada una</p> <p>Pre-post y 3 meses de seguimiento</p>	<p>Estudio pre-experimental</p> <p>GE: intervención en conocimiento y afrontamiento emocional en la esquizofrenia (ACES) (se trabajó con 8 habilidades cognitivas y conductuales; notando cambios positivos diarios y disfrutarlos, gratitud y altruismo, atención plena, reevaluación positiva, identificación de fortalezas personales, establecimiento de metas alcanzables)</p>	<p>los miembros del grupo reportaron altos niveles de motivación (M = 7,82, desviación estándar (SD) = 0,87) e interés en el grupo (M = 7,64; DE = 1,36). En promedio, los miembros del grupo utilizaron cualquier combinación de las ocho habilidades ACES 14.98 (SD = 8.50) veces por semana. Practicaron la reevaluación positiva, identificando los positivos diarios y la atención con mayor frecuencia, y la gratitud y el altruismo con menos frecuencia. Además, encontraron que las habilidades eran útiles con las puntuaciones medias de las ocho habilidades ACES que van desde 3,27 (SD = 0,83) a 4,05 (SD = 0,59), con la atención plena considerada como la habilidad más útil.</p>
<p>Ceballo-Bello, de Vasconcelos y Ferreira-Correia, (2012).</p>	<p>6 semanas</p> <p>Grupal</p>	<p>investigación experimental</p> <p>GE: arteterapia y</p>	<p>La comparación de las medidas del Pre y del Post Test en el caso del grupo experimental refleja, en cuanto a los resultados de la Escala GEOPTE, la ausencia de diferencias</p>

<p>Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia</p>	<p>12 sesiones Pre-post</p>	<p>tratamiento habitual GC: tratamiento habitual (medicación)</p>	<p>significativas en dos de los componentes: funciones cognitivas básicas evaluadas por el participante y cognición social. Sólo el componente referido a la evaluación de las funciones cognitivas básicas realizada por el informante, revela diferencias estadísticamente significativas que sugieren a un cambio dirigido hacia la mejoría en esas funciones. La comparación de las medidas del Pre y del Post-Test del grupo experimental para la Escala PANSS, informa la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todos los componentes de este instrumento. Este hallazgo sugiere que el programa no generó cambios en la sintomatología clínica del grupo experimental en función de esta medida.</p>
<p>Chadwick et al., (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial</p>	<p>4 meses Grupal 12 sesiones de una hora y media. Pre-post, seguimiento 10 meses</p>	<p>Se trató de un solo ensayo controlado aleatorio, pragmático y ciego. GE: terapia cognitiva basada en la persona (PBCT) más tratamiento usual GC: Tratamiento usual</p>	<p>Los resultados mostraron beneficios intra-grupo significativos después de la intervención de atención plena en angustia relacionada con escuchar voces, control al percibir las voces y recuperación. Además los participantes en el grupo de Terapia cognitiva basada en la persona reportaron niveles de depresión significativamente más bajos después del tratamiento, manteniéndose este efecto al seguimiento de seis meses.</p>
<p>Favrod et al., (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy.</p>	<p>8 semanas Grupal 8 sesiones de 1 hora cada una Pre-post</p>	<p>Estudio cuasi-experimental GE: Programa de Emociones Positivas para la Esquizofrenia (PEPS) y tratamiento farmacológico GC: tratamiento farmacológico</p>	<p>En las pruebas posteriores, los participantes mejoraron significativamente (redujeron) las puntuaciones totales medias de las escalas Avolition-Apathy and Anhedonia-Asociality del SANS. Ellos mostraron Cohen d tamaños de efecto de 0,50 para la Anhedonia-Asociality escala y 0,57 para la Avolition-Apathy escala, lo que resulta en un moderado efecto general tamaño. La puntuación media total para el CDSS también mostró una mejora significativa en el post-prueba, con un tamaño de efecto de Cohen de 0,91. El aplanamiento afectivo o el embotado, la alogia y las escalas de atención del SANS no cambiaron durante la intervención. Por último, la puntuación total media en el SANS y la puntuación media total en el the Savoring Belief Inventory mostraron pequeños tamaños de efecto, pero no fueron estadísticamente significativos porque la corrección de Bonferroni necesita un $p < 0,001$.</p>
<p>Garrido et al., (2017). Computer-assisted cognitive remediation therapy in schizophrenia: Durability of the effects and cost-utility analysis.</p>	<p>6 meses Grupal 48 sesiones de 1 hora cada una Pre-post y 12, 24 y 36 meses de seguimiento</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado GE: Terapia de recuperación cognitiva asistida por ordenador (ejercicios neurocognitivos en un programa informatizado) y tratamiento de rutina (medicación) GC: exposición de contenido audiovisual y tratamiento de rutina (medicación)</p>	<p>Los resultados indicaron que la eficacia del tratamiento persistió en el grupo de Terapia de recuperación cognitiva asistida por ordenador (CACR) un año después de la terapia en los resultados neuropsicológicos y de bienestar. El grupo CACR mostró una clara disminución en el uso de admisiones psiquiátricas agudas a los 12, 24 y 36 meses después de la terapia, lo que redujo los costos globales de los ingresos psiquiátricos agudos a los 12, 24 y 36 meses después de la terapia. El CACR es duradero durante al menos un período de 12 meses, y CACR puede estar ayudando a reducir los costos de atención de la salud para los pacientes con esquizofrenia.</p>
<p>Gil et al., (2012). Efficacy of an attention training program in</p>	<p>2 meses Grupal 16 sesiones, 2</p>	<p>Estudio piloto GE: programa de entrenamiento para la atención (se valoró la</p>	<p>En la evaluación post-tratamiento los pacientes del grupo experimental obtuvieron mejores puntuaciones en atención y en el factor aislamiento de la escala de funcionamiento social. No hubo diferencias en la percepción</p>

<p>schizophrenia: piloto study</p> <p>A</p>	<p>veces por semana con una duración de 20 min.</p> <p>Pre-post y 6 meses de seguimiento</p>	<p>atención, el funcionamiento social y la percepción subjetiva de déficit cognitivos, se utilizaron materiales en formato de lápiz y papel, graduados en tres niveles de dificultad, que entrenaban la atención selectiva y la atención sostenida) y tratamiento habitual</p> <p>GC: tratamiento médico habitual</p>	<p>subjetiva de déficit. El programa de entrenamiento se mostró efectivo en la mejora de la capacidad atencional, así como en algunas áreas del funcionamiento social; sin embargo, dichos pacientes no modificaron la percepción subjetiva sobre su propio deterioro.</p>
<p>Gómez, Botella, Corbella, Herrero, y Pacheco, (2014).</p> <p>Resultados de un tratamiento grupal en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.</p>	<p>24 meses</p> <p>Grupal</p> <p>1 sesión cada semana con una duración de 90 minutos</p> <p>Pre-post</p>	<p>Este estudio fue cuasi-experimental con un grupo de tratamiento y un grupo control</p> <p>GE: se empleo la intervención psicosocial grupal (psicoeducación, redes de apoyo, habilidades sociales, expresión de dificultades, reconocimiento de capacidades y limitaciones, cohesión grupal y adquisición de responsabilidades)</p> <p>GC: no lo especifica</p>	<p>El grupo tratamiento mejoró significativamente en la calidad de vida, el estado sintomático y en el número y duración de las recaídas al cabo de los 12 meses del inicio de la intervención. Dicha mejora se mantuvo al cabo de los 24 meses del inicio del tratamiento. En la comparación con el grupo control la significación estadística de mejora no fue tan evidente. Conclusiones: Las intervenciones psicosociales grupales permiten la mejora de la calidad de vida subjetiva, el estado sintomático y la disminución de las recaídas de los participantes con esquizofrenia paranoide.</p>
<p>Ho et al., (2016).</p> <p>A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia.</p>	<p>12 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>24 sesiones de 45 minutos cada una</p> <p>Pre-post y 3 meses de seguimiento</p>	<p>GE: intervención con ejercicios de Tai-chi y tratamiento farmacológico de rutina</p> <p>GE: ejercicio físico y tratamiento farmacológico de rutina</p> <p>GC: tratamiento farmacológico de rutina</p>	<p>En comparación con los controles, el grupo de Tai-chi mostró disminuciones significativas en los déficit motores y aumentos en la amplitud de dígitos hacia atrás y cortisol medio, mientras que el grupo de ejercicio mostró disminuciones significativas en los déficits motores, síntomas negativos, depresión y aumentos de cortisol medio. Las dos intervenciones no mostraron efectos terapéuticos significativamente diferentes, excepto por menos manifestaciones de los síntomas en el grupo de ejercicio. Estos resultados sugieren beneficios psicofisiológicos para el Tai-chi en pacientes con esquizofrenia crónica en términos de coordinación motora y memoria. Aunque tanto el Tai Chi como los grupos de ejercicios tienden a manifestar menos síntomas que el grupo control, el grupo de ejercicios mostró mejor manejo de los síntomas que el grupo de Tai-chi.</p>
<p>Lindenmayer et al., (2017).</p> <p>The relationship of cognitive improvement after cognitive remediation with social functioning in patients with schizophrenia and severe cognitive deficits.</p>	<p>12 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>36 sesiones de 1 hora cada una</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p> <p>GE: programa de rehabilitación cognitiva y tratamiento farmacológico</p> <p>GC: tratamiento farmacológico</p>	<p>Hubo mejoras significativas en la puntuación general en la capacidad funcional desde el punto de partida al punto final ($p = 0,021$), así como en el dominio A de en el rendimiento de la capacidad funcional (PSP) (actividades socialmente útiles) ($p \leq 0,001$), dominio B (relaciones personales y sociales) ($p = 0,009$) y dominio D (conductas perturbadoras y agresivas) ($p = 0,003$). Hubo una mejora significativa en la puntuación de MCCB compuesto ($p = 0,020$) y en la memoria de trabajo ($p < 0,046$). La regresión logística por etapas proporcionó una asociación significativa para el aprendizaje visual basal (Wald = 6.537, $p = 0.011$, OR = 1.195), velocidad de procesamiento (Wald = 4.112, $p = 0.043$, OR = 0.850) y nivel de</p>

			síntomas positivos de PANSS (Wald = 4,087, p = 0,043, OR = 0,739) con mejora global de PSP.
López-Jiménez, Ríos-Díaz y Gómez-Sánchez, (2014). Intervención con terapia ocupacional en pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide: estudio experimental no controlado.	2 meses y dos semanas Grupal 3 días por semana y con una duración de 45-60 min Pre-post	Se trata de un estudio pre-experimental GE: Terapia ocupacional (cine-foro, lectura, habilidades sociales, fotografía, salidas terapéuticas)	Se encontraron cambios favorables en las dimensiones de ansiedad psíquica y somática (p = 0,008). En la puntuación total de la ansiedad, se encontraron mejorías significativas (p = 0,008), con una mediana antes de la intervención de 18 puntos (RIQ= 9 puntos) a una mediana de 4 puntos (RIQ: 4 puntos), con un descenso del 25% en la puntuación. La puntuación en depresión pasó de 7,0 puntos medianos (RIQ= 6,5 puntos) a 1,0 punto (RIQ= 1 punto) después de la intervención (p = 0,008), que supuso un 15% menos en la puntuación de depresión.
López-Martin et al., (2016). Efectividad de un programa de juego basado en realidad virtual para la mejora cognitiva en la esquizofrenia.	5 semanas Grupal 10 sesiones de 50 minutos, 2 veces por semana Pre-post	Ensayo clínico aleatorizado con 40 GE: para las sesiones de intervención se utilizó el sistema de realidad virtual del Nintendo Wii®, y se empleó el programa de juegos Big Brain Academy, además del tratamiento convencional (farmacológico). GC: sólo recibió tratamiento convencional	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones T-Score entre la preevaluación y la postevaluación en el grupo experimental en cinco de los seis dominios cognitivos evaluados: velocidad de procesamiento (F = 12,04, p = 0,001), atención/vigilancia (F = 12,75, p = 0,001), memoria de trabajo (F = 18,86, p <0,01), aprendizaje verbal (F = 7,6, p = 0,009), y razonamiento y resolución de problemas (F = 11,08, p = 0,002).
Loubat, Cifuentes, y Peralta, (2013). Intervención grupal de estimulación cognitiva para jóvenes con primeros episodios psicóticos.	3 meses Grupal 12 sesiones semanales Pre-post	Estudio preexperimental GPE: intervención de estimulación cognitiva (se focalizó el trabajo en funciones atencionales, de atención sostenida, selectiva y dividida, empleando técnicas como el reconocimiento de tarjetas e imágenes, asimismo, se utilizó mnemotecnia memorización de frases e imágenes, asociación de ideas, entre otros	Los resultados del presente estudio dan cuenta que el programa de estimulación cognitiva aplicado fue efectivo. En efecto, se aprecia una performance estadísticamente significativa para las funciones cognitivas: atención selectiva; memoria de corto y largo plazo; y funciones ejecutivas. En relación con la calidad de vida de los pacientes, entre un antes y después de la intervención, se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en los siguientes factores: sentimiento de autoeficacia, percepción de la atención psiquiátrica y vida amorosa, el análisis global estadístico arrojó que la percepción de la calidad de vida mejoró significativamente. (p = 0,017).
Malchow et al., (2015). Effects of endurance training combined with cognitive remediation on everyday functioning, symptoms, and cognition in multiepisode schizophrenia patients.	3 meses Grupal 36 sesiones de 30 minutos cada una Pre-post y 6 semanas y 3 meses de seguimiento	GE: recuperación cognitiva asistida por computadora (CACR) y tratamiento farmacológico GC: tratamiento farmacológico	Después de 3 meses, se observó una mejoría significativa en la Evaluación Global del Funcionamiento (p = 0,041). y en las actividades sociales / de ocio SAS-II (P = .035) y la adaptación al funcionamiento del hogar en el entrenamiento de resistencia aumentado con remediación cognitiva, pero no en el fútbol de mesa aumentado con el grupo de remediación cognitiva. La gravedad de los síntomas negativos y el rendimiento en el VLMT y WCST mejorado significativamente en la formación de resistencia a la esquizofrenia aumentado con el grupo de rehabilitación cognitiva de la semana 6 al final del período de 3 meses de formación. Después de 3

			meses, se encontraron efectos de tiempo para la puntuación total de PANSS (F = 4,2; df = 2, 37; P = 0,022) y subescala negativa de PANSS (F = 5,3; df = 2,37; P = 0,009). Se observaron interacciones significativas de tiempo x grupo para el subescala PANSS positiva (F = 3,5; df = 2, 37; P = .042) y negativa (F = 3,5; df = 2, 37; P = .041).
Mayoral et al., (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España.	12 meses Grupal 24 sesiones de 1 hora cada una Pre-post y 18 meses de seguimiento	Estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado GE: intervención familiar (información básica sobre la enfermedad y su tratamiento; evaluación de las necesidades y relaciones familiares; entrenamiento en habilidades de comunicación, y afrontamiento y resolución de problemas) y tratamiento de rutina (medicación) GC: tratamiento de rutina	De los 88 pacientes reclutados, Los pacientes que siguieron intervención familiar redujeron un 40% el riesgo de hospitalización respecto a los pacientes que se mantuvieron con tratamiento habitual (p = 0,4018; IC 95%: 0,1833-0,6204). La sintomatología clínica mostró una mejoría significativa a los 12 meses (p = 0,0046) que dejó de serlo a los 18 meses (p = 0,4397). El nivel de discapacidad también se redujo de forma significativa, tanto a los 12 (p = 0,0511) como a los 18 meses (p = 0,0001) en el grupo tratado respecto al control.
Muñoz, (2012). Terapia Cognitivo-Conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positiva de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar	9 meses Grupal 26 sesiones de 1 hora cada una. Pre-post	Estudio cuasi-experimental GE: tratamiento de la sintomatología positiva (Terapia racional emotiva de Ellis, manejo de ideas delirantes, conductas relacionadas con las ideas delirante) y tratamiento habitual GC: tratamiento habitual (neurolepticos, benzodiazepinas y/o antidepresivos)	Aparecen diferencias significativas en la puntuación total en síntomas positivos –PANSS-P- al comparar la medida pretratamiento con la postratamiento [19,29 vs. 14,43; ZW= -2,371; p≤ 0,05]. También existe una mejora en psicopatología general – PANSS-PG- [43,00 vs. 35,86 vs. 11,58; ZW= -2,366; p≤ 0,05] y no en síntomas negativos –PANSS-N-. Respecto a las alucinaciones auditivas las puntuaciones señalan mejoría en creencias metafísicas de las voces [28,71 vs. 17,14; ZW= -2,371; p≤ 0,05], en "interpretación sobre pérdida de control" [10,14 vs. 6,29; ZW= -2,207; p≤ 0,05] y en la puntuación total en la prueba [52,57 vs. 34,86; ZW= -2,366; p≤ 0,05] De la misma forma, en la escala PSYRATS han aparecido mejorías significativas referidas a la frecuencia de aparición de las alucinaciones auditivas [1,29 vs. 0,29; ZW= -1,890; p≤ 0,05], la cantidad de contenidos negativos de las mismas [1,14 vs. 0,43; ZW= -1,890; p≤ 0,05], la frecuencia con que producen ansiedad [1,29 vs. 0,43; ZW= -2,121; p≤ 0,05], la intensidad de la ansiedad asociada [1,43 vs. 0,43; ZW= -2,070; p≤ 0,05], las repercusiones en la vida diaria de esta sintomatología [1 vs. 0,29; ZW= -1,890; p≤ 0,05], el control ejercido sobre las voces [2 vs. 0,57; ZW= -2,041, p≤ 0,05] y, de forma general, la puntuación global en la escala [12,86 vs. 4,43; ZW= -2,041; p≤ 0,05].
Ngoc, Weiss y Trung, (2016). Effects of the family schizophrenia psychoeducation program for individuals with recent onset	No lo especifica Familiar 3 sesiones con una duración aproximada de una hora y media	GE: psicoeducación GC: tratamiento habitual (medicación antipsicótica)	Hubo efectos significativos en el tratamiento de: (1) calidad de vida, (2) estigma, (3) cumplimiento de la medicación y (4) satisfacción del consumidor, con todos los efectos favoreciendo al grupo de tratamiento. Los tamaños del efecto fueron moderados a grandes.

schizophrenia in Viet Nam.	Pre –post		
<p>Nischk, Dölker, Rusch y Merz, (2015).</p> <p>From theory to clinical practice: A phenomenologically inspired intervention for patients with schizophrenia.</p>	<p>1 semana</p> <p>Individual</p> <p>5 sesiones</p> <p>Pre- post y 1 semana de seguimiento</p>	<p>GE: intervención fenomenológica y tratamiento médico de rutina</p> <p>GC: tratamiento médico de rutina</p>	<p>Después de la intervención, 7 de 16 pacientes en CG (1 en GE) no pudieron recordar el síntoma objetivo en t2 [$\chi^2(2) = 4,57, p = 0,03$]. Un análisis cualitativo de las descripciones de los síntomas en el GE en t2 reveló que, si bien la intervención había comenzado con una descripción más bien amplia del síntoma objetivo, en el curso de la intervención 15 (de 16) los pacientes gradualmente refinaron y reformularon su síntoma objetivo en una expresión personal. En 5 pacientes observamos un cambio profundo de describir un síntoma psicótico a un auto-desorden subyacente, por ejemplo, de la "tensión interior" a "convertirse en abrumado por las emociones de los demás" o de "dificultades en la concentración" a "distracción por detalles perceptivos". La capacidad de reformular el síntoma objetivo en términos de un auto-trastorno subyacente estaba generalmente relacionada con las puntuaciones de PANSS en t1. Los pacientes del GE desarrollaron una comprensión más comprensiva y conceptualizada del síntoma objetivo que el CG, que se reflejó en las respuestas en la entrevista de los síntomas: la interacción grupo x tiempo con el número de expresiones como variable dependiente fue significativa para las descripciones 3PP ($p < 0,01$), agravantes ($p = 0,02$) y factores de alivio ($p < 0,01$); El GE mostró puntuaciones significativamente más altas en todas estas variables que el GC en t2 y t3 en comparación con t1, ya que los contrastes planificados revelaron (todos $p < 0,05$). La interacción grupo x tiempo para las descripciones 1PP fue sólo marginalmente significativa ($p = 0,09$). Además, las respuestas del EG fueron calificadas como más mentalizadas: las interacciones grupo x tiempo revelaron efectos significativos para la disponibilidad personal de información relevante ($p < 0,01$), reflectividad ($p = 0,02$), coherencia ($p < 0,01$) y adecuada</p>
<p>Ojeda e al., (2012).</p> <p>Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP.</p>	<p>3 meses</p> <p>Grupal</p> <p>36 sesiones</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p> <p>Grupo GE: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis (REHACOP) (intervención en atención, lenguaje, aprendizaje y memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas) y tratamiento farmacológico</p> <p>GC: terapia ocupacional con la misma frecuencia e intensidad y tratamiento farmacológico</p>	<p>Se encontraron diferencias intragrupo significativas en sintomatología positiva, psicopatología general y manía, lo que indica la presencia de una mejoría significativa entre la condición anterior y posterior al test. En general, los resultados indican que el grupo REHACOP mostró una mejoría en comparación con el grupo control en la mayoría de variables clínicas y funcionales. Sin embargo, los resultados de la interacción grupo x tiempo indican que el grupo REHACOP obtuvo una mejoría significativamente mayor en comparación con el grupo control en medidas de insight, manía y en la escala de funcionamiento global (ICG).</p>

<p>Peña et al., (2015).</p> <p>Recuperación clínica pero no cognitiva en esquizofrenia a través de la experiencia del cine de ficción.</p>	<p>13 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>26 sesiones de una hora y 45 minutos semanales separadas por 48 hrs</p> <p>Pre-post</p>	<p>Se trata de un ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>GE: intervención con films cinematográficos (el grupo experimental realizaba una sesión estructurada de entrenamiento cognitivo con preguntas y ejercicios basados en el capítulo de cine)</p> <p>GC: únicamente veía el contenido audiovisual</p>	<p>El patrón de deterioro cognitivo observado en situación basal en ambos grupos no se modificó significativamente tras la intervención en ninguno de los dos. Esta ausencia de cambio se plasmó tanto en los resultados obtenidos a pruebas de cognición básica como de cognición social. El rendimiento funcional analizado a través de los resultados obtenidos en la PSP no mostró variaciones significativas antes o después de la intervención en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, el grupo experimental mostró una reducción significativa de síntomas clínicos medidos por la PANSS en comparación con el grupo control. Este cambio se objetivizó tanto a nivel de síntomas positivos ($p < 0.005$) como negativos ($p < 0.000$), como generales ($p < 0.000$).</p>
<p>Rispaud, Rose y Kurtz, (2016).</p> <p>The relationship between change in cognition and change in functional ability in schizophrenia during cognitive and psychosocial rehabilitation.</p>	<p>12 meses</p> <p>Grupal</p> <p>No lo especifica</p> <p>Pre-post y 10 meses de seguimiento</p>	<p>GE: rehabilitación cognitiva y psicosocial y tratamiento de rutina (medicación)</p> <p>GC: capacitación informática y tratamiento de rutina (medicación)</p>	<p>Los resultados revelaron que mientras que el trabajo y la memoria episódica, la resolución de problemas y el procesamiento de habilidades de velocidad mejoraron durante el ensayo, sólo la mejora de la memoria de trabajo y habilidades de velocidad de procesamiento predijo una mejora en la capacidad funcional. Los análisis secundarios revelaron que estas relaciones fueron impulsadas por individuos que mostraron un nivel moderado ($SD \geq 0.5$) de mejora cognitiva durante el ensayo. Estos hallazgos sugieren que aunque una variedad de habilidades cognitivas pueden mejorar durante el entrenamiento dirigido a la cognición, sólo las mejoras en un subconjunto de funciones cognitivas pueden traducirse en ganancias funcionales.</p>
<p>Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado y Ribas-Sabaté, (2014).</p> <p>A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study.</p>	<p>No lo especifica</p> <p>Individual</p> <p>16 sesiones de 1 hora cada una</p> <p>Pre-post y 4 meses de seguimiento</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p> <p>GE: intervención en habilidades sociales y tratamiento farmacológico de rutina</p> <p>GC: tratamiento farmacológico de rutina</p>	<p>Los resultados de una serie de medidas repetidas ANOVA revelaron una mejoría significativa en síntomas negativos, psicopatología, ansiedad social y malestar, evitación y funcionamiento social. Las puntuaciones objetivas obtenidas mediante el uso del programa de VR mostraron un patrón de aprendizaje en la percepción emocional, comportamientos asertivos y tiempo de conversación. La mayoría de estas ganancias se mantuvieron al seguimiento de cuatro meses. Limitaciones: Los resultados reportados se basan en un pequeño estudio piloto no controlado. Aunque hubo un evaluador independiente para los cuestionarios autoinformados e informantes, las evaluaciones no fueron cegadas.</p>
<p>Suescun, Guzman-Hernandez, Ramirez-Oyola y Campo, (2014).</p> <p>Variación en los puntajes de depresión en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide luego de intervención con horticultura.</p>	<p>1 meses</p> <p>Grupal</p> <p>4 sesiones</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio pre experimental</p> <p>GPE: intervención ocupacional con horticultura y tratamiento habitual (medicación)</p>	<p>Existen variaciones entre la prueba previa y posterior aplicada a los sujetos del estudio, los resultados indican que la prueba posttest presenta una disminución en las puntuaciones de los niveles de depresión en un 23%, la cual se asocia con el proceso de intervención frente al nivel de incidencia del tratamiento, a partir de la fase de medición posttest, se evidenció que el 50% de los pacientes se ubican en el nivel de estados de depresión intermitentes, 20% en el nivel de fluctuaciones normales del estado de ánimo, 20% leve perturbación del estado de ánimo y 10% depresión normal.</p>
<p>Vázquez-campo y mourriño-López, (2013).</p> <p>¿Es efectiva la terapia con arte en personas que padecen</p>	<p>12 meses</p> <p>Grupal</p> <p>No lo especifica</p> <p>Pre-post y seguimiento de 2</p>	<p>Ensayo clínico controlado y aleatorizado de tres brazos.</p> <p>GE: terapia de arte y tratamiento habitual</p> <p>GC: tratamiento habitual (medicación)</p>	<p>Los resultados primarios entre los grupos no difirieron. La diferencia de media ajustada para el funcionamiento global entre la terapia de arte y la atención estándar a los 24 meses fue de -09 (IC95% -3.8 a 2.1) y en la escala de síntomas positivos y negativos fue de 0.7 (IC95% -3.1 a 4.6).</p>

esquizofrenia?	años		
Vázquez-campo, (2013). ¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia?	5 semanas Grupal 7 sesiones de 45 minutos cada una Pre-post	Ensayo clínico controlado con GE: terapia de arte (La intervención consistía en juegos variados y ejercicios musicales estructurados y semiestructurados y atención habitual GC: atención habitual(medicación farmacológica)	Se encontraron datos significativos en las autoevaluaciones de los propios pacientes para la variable contacto interpersonal ($p=0.03$), autopercibiéndose mejor los pacientes del grupo experimental en relación al grupo control. Los pacientes del grupo experimental presentaron después de la intervención una mejoría significativa en sus síntomas negativos ($p=0.01$), pero no se encontraron diferencias en relación a la calidad de vida.
Vizzotto et al., (2016) A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia.	15 semanas Grupal 30 sesiones Pre-post	Estudio piloto, aleatorizado, controlado y simple ciego GE: Intervención de Meta ocupacional (OGI) y tratamiento de rutina (medicación) GC:	Los resultados mostraron diferencias estadísticas significativas, favoreciendo al grupo OGI en términos de mejoras en la Evaluación Conductual del Síndrome disejecutivo (inflexibilidad y perseveración, solución de problemas novedosos, impulsividad, planificación, la capacidad de utilizar feedback y autorregular la propia conducta en consecuencia) tanto en subpruebas como en la puntuación total
von Maffei, Görges, Kissling, Schreiber y Rummel-Kluge, (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: A pilot study using a quasi-experimental pre-post design.	12 semanas Grupal 6 sesiones Pre-post y 6 meses de seguimiento	Estudio cuasi-experimental GE: psicoeducación (síntomas de la esquizofrenia, diagnóstico de esquizofrenia y tratamiento de la esquizofrenia, causas de la esquizofrenia, efecto de la medicación y efectos secundarios, señales de advertencia antes de la recaída, influencia de Familiares y amigos) Y atención psiquiátrica estándar con tratamiento psicofarmacológico GC: atención psiquiátrica estándar con tratamiento psicofarmacológico	Mostrar las películas en el entorno probado se demostró que era factible pues el conocimiento sobre la esquizofrenia ($p < .001$), el cumplimiento ($ps < .01$), el conocimiento de la enfermedad ($p < .01$) y la calidad de vida ($p < .001$) aumentaron significativamente después de que los pacientes habían visto las películas y se habían mantenido estables Por lo menos medio año. Una gran mayoría (84,9%) de los pacientes consideró que las películas eran interesantes e informativas.

Tabla 2. Efectos de la intervención psicológica en los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia

Titulo, año y autor	Duración, formato, numero de sesiones y momentos de medida	Intervenciones	Resultados
Cid y Cavieres, (2013). Efecto del Programa Psicoeducativo	5 meses Grupal	Ensayo clínico abierto, exploratorio, no controlado	El análisis por categorías, muestra que un 16 (45,7%) y 8 (22,9%) de los participantes presentaron depresión leve y moderada antes del taller, y 15 (42,9%) y 3 (8,6) después de este.

<p>ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia.</p>	<p>10 sesiones cada sesión de 2 horas y media</p>	<p>GE: intervención psicoeducativa</p> <p>(Esquizofrenia: causas, efectos y pronóstico, tratamiento de la esquizofrenia, habilidades de comunicación habilidades para poner límites, habilidades para desarrollar autovaloración y autoconfianza, manejo de sentimientos de culpa, habilidades para desarrollar expectativas realistas, habilidades para utilizar la ayuda necesaria y habilidades para construir y cuidar una red social.</p>	<p>En el caso de la ansiedad, la distribución pre taller fue de 4 (11,4%) para síntomas leves a moderados y de 4 (11,4%) para los severos, post taller, los resultados fueron de 3 (8,6%) y 3 (8,6%). Respecto a la medición de sobrecarga pre taller, 7 (20%) presentaron un nivel leve, y 19 (54,3%) intenso, posterior al taller, 3 (8,6%) presentó sobrecarga leve y 17 (48,6%) continuaba presentando sobrecarga intensa.</p>
<p>Fallahi-Khoshknab, Sheikhona, Rahgouy, Rahgozar y Sodagari, (2014).</p> <p>The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia.</p>	<p>4 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>4 sesiones de 2 horas que se realizaron 1 vez por semana</p> <p>Pre-post y 1 mes de seguimiento</p>	<p>Se realizó un ensayo controlado aleatorizado</p> <p>GE: psicoeducación (información sobre el manejo y cuidado de la esquizofrenia)</p> <p>GC: atención de rutina</p>	<p>En el grupo de intervención, el cambio de puntuación en la carga del cuidador primario fue significativo a través del estudio en todas las dimensiones, así como la puntuación total ($P < 0,001$). Se ha logrado una reducción significativa en la carga familiar mediante la implementación de programas psicoeducativos</p>
<p>Fernández-Catalina y Labrador-Encinas, (2012).</p> <p>Programa psicosocial dirigido al bienestar de los familiares de personas con trastorno psicótico. Presentación de un estudio de efectividad.</p>	<p>4 meses y medio</p> <p>Grupal</p> <p>18 sesiones</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio experimental de comparación de dos grupos, de asignación no aleatoria</p> <p>GE: psicoeducación, habilidades de afrontamiento y comunicación, auto cuidado emocional y ayuda mutua</p> <p>GC: tratamiento habitual</p>	<p>Los efectos que se obtuvieron a la finalización del programa fueron una mejora significativa en la reducción de la sobrecarga y el aumento del estado de ánimo de los participantes del grupo experimental, junto con mejoras importantes en otras variables, en especial los niveles de ansiedad, respecto al inicio de la intervención. También un alto grado de satisfacción con el servicio recibido. Al comparar ambos grupos, se verificó que la participación en el programa de intervención mitigaba la tendencia natural de los cuidadores a empeorar, cuando no recibían el programa de intervención.</p>
<p>Fernández-Catalina y Labrador-Encinas, (2012).</p> <p>Programa psicosocial dirigido al bienestar de los familiares de personas con trastorno psicótico. Presentación de un estudio de efectividad.</p>	<p>7 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>7 sesiones de una hora cada una</p> <p>Pre-post</p>	<p>Estudio experimental</p> <p>GE: programa de intervención psicosocial (psicoeducación, enteramiento de habilidades de comunicación, solución de problemas, mantenimiento de logros prevención de la recaída, autocuidado y</p>	<p>En el análisis de datos de las diferencias pre-post en el grupo control se observan diferencias significativas, señalando un mejoramiento, en las variables: estado de ánimo (tamaño efecto 20,55), afrontamiento (tamaño efecto 20,62) y carga en los sub-aspectos de calidad de la relación entre el familiar y la persona enferma, evaluada por el familiar (tamaño efecto 20,57) y el cuidado ha supuesto algún efecto positivo para el familiar (tamaño efecto 20,77). También aparecen diferencias estadísticamente significativas, señalando una mejora, en las variables: apoyo social, en cuanto a la satisfacción con el mismo (tamaño efecto 0,51); satisfacción general de necesidades (tamaño efecto 0,73), y satisfacción de necesidades</p>

		establecimiento de alianzas) GC: tratamiento habitual	específicamente en el área de solución de problemas (tamaño efecto 0,79).
Hasan, Callaghan y Lymn (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial.	12 semanas Grupal 6 sesiones Pre-post y seguimiento 3 meses	Se llevo a cabo un ensayo controlado aleatorizado GE: intervención con psicoeducación GC: ningún tratamiento psicológico	En el grupo de intervención experimentaron una mayor mejora en las puntuaciones de conocimiento (4,9 vs -0,5, p <0,001) en el post-tratamiento y (6,5 vs -0,7; p <0,001) a los tres meses de seguimiento, mayor reducción en la gravedad de los síntomas P <0,001: -36,2 vs -4,9; p <0,001, respectivamente, en los momentos de seguimiento. La tasa de recaídas con la hospitalización se redujo significativamente en ambos momentos de seguimiento en el grupo de intervención (p <0,001), y La recaída con la medicación aumentó en el grupo de intervención en los dos tiempos de seguimiento (p <0,001) y también hubo una mejora significativa en el puntaje de conocimientos de los cuidadores primarios en el post-tratamiento (6,3 vs -0,4, P <0,001) La carga de atención de los cuidadores primarios se redujo significativamente en el grupo de intervención (-6,4 frente a 1,5, p <0,001; -9,4 frente a 0,8, p <0,001), y su calidad de atención (7,3 versus -0,7; p <0,001) La vida mejoró (9,2 vs -1,6, p = 0,01, 17,1 vs -5,3, p <0,001) en el post-tratamiento y tres meses de seguimiento.
Martin-Carrasco et al., (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia.	4 meses Grupal 12 sesiones una cada semana Pre-post y seguimiento de 8 meses	Se llevo a cabo un ensayo controlado aleatorizado GE: psicoeducación (destrezas para manejar comportamientos problemáticos, apoyo social, estrategias cognitivas para reenfocar respuestas emocionales negativas y estrategias para mejorar comportamientos saludables y controlar el estrés) GC: soporte habitual y el cuidado estándar.	Los resultados primarios fueron los puntajes de cambio desde la línea de base en la Entrevista de Carga de Zarit (ZBI) y el Cuestionario de Evaluación de la Participación (IEQ). Resultados: La disminución de las puntuaciones de ZBI fue significativamente mayor en el brazo Psicoeducación a los 4 meses (diferencia de medias [MD] = -4,33; IC del 95%: -7,96, -0,71) ya los 8 meses (MD = -4,46; IC del 95%: 7,79 , -1,13). No hubo disminuciones significativas en las puntuaciones del IEQ (MD a los 4 meses = -2,80; IC del 95%: -6,27, 0,67; MD a los 8 meses = -2,85; IC del 95%: -6,51; 0,81). La condición de Psicoeducación parece reducir la carga del cuidador.
Mayoral et al., (2015) Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España.	12 meses Grupal 24 sesiones de 60 minutos cada una Pre-post y 18 meses de seguimiento	Estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado GE: Intervención familiar (<i>role-playing</i> sobre habilidades de comunicación y técnicas de resolución de problemas) GC: tratamiento habitual (tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra y del equipo de cuidados de enfermería)	Los pacientes que recibieron intervención familiar redujeron el riesgo de hospitalización en un 40% (p = 0,4018; IC del 95%: 0,1833-0,6204). La sintomatología mejoró significativamente a los 12 meses (p = 0,4018; IC del 95%: 0,1833-0,6204), pero no a los 18 meses (p = 0,4018; IC del 95%: 0,1833-0,6204). La discapacidad social se redujo significativamente en el grupo de intervención familiar a los 12 meses y 18 meses.

<p>McWilliams et al., (2012).</p> <p>Schizophrenia: a five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers.</p>	<p>6 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>6 sesiones de 90 minutos cada una</p> <p>Pre-post y seguimiento de 5 años</p>	<p>GE: psicoeducación</p> <p>GC: tratamiento habitual</p>	<p>Los pacientes cuyos cuidadores aprendieron más del curso de psicoeducación de seis semanas tenían un tiempo significativamente más largo a la recaída ($P = 0.04$) y una duración significativamente más corta de la estancia durante su primera recaída ($P < 0.05$). Los pacientes cuyos cuidadores asistieron al curso de seis semanas de psicoeducación (independientemente de cuánto aprendieron los cuidadores) tuvieron un resultado significativamente mejor que los controles. Esto incluyó un número significativamente menor de recaídas ($P < 0.01$), mayor tiempo de recaída ($P < 0.01$), menor duración de la estancia durante su primera recaída ($P < 0.01$) y menor número de días de cama durante cinco años ($P < 0.01$). El odds ratio de los controles de recaída, aunque insignificante en un año, fue de 4,13 (1,85-9,21) a los cinco años.</p>
<p>Navidian, Kermansaravi y Rigi, (2012).</p> <p>The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders.</p>	<p>1 mes</p> <p>Grupal</p> <p>4 sesiones 1 cada semana</p> <p>Pre-post y 3 meses de seguimiento</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p> <p>GE: psicoeducación (relajación, manejo de emoción expresada, prevención de la recaída)</p> <p>GC: tratamiento de rutina</p>	<p>Las puntuaciones medias de la carga del cuidador de Zarit disminuyeron significativamente para el grupo que participó en el programa psicoeducativo, mientras que las puntuaciones en el grupo control no cambiaron significativamente, estos resultados son estadísticamente significativos para las puntuaciones de carga media de los cuidadores de pacientes con trastornos mentales entre los grupos experimental y de control ($P = 0,001$, $F = 71,99$).</p>
<p>Ozkan, Erdem, Ozsoy y Zararsiz, (2013).</p> <p>Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion.</p>	<p>9 meses</p> <p>Grupal</p> <p>8 sesiones de 30-50 minutos cada una</p> <p>Pre-post y 6 meses de seguimiento</p>	<p>Estudio experimental controlado aleatorizado</p> <p>GE: psicoeducación (temas sobre la enfermedad y la gestión de la enfermedad)</p> <p>GC: No se aplicó ninguna intervención</p>	<p>Las puntuaciones medias de los cuidadores en el grupo experimental sobre la carga familiar, la expresión emocional y la depresión disminuyeron después de la educación y después del seguimiento telefónico y la diferencia fue significativa ($p < 0,001$).</p>
<p>Palli, Kontoangelos y Economou, (2015).</p> <p>Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms.</p>	<p>No lo especifica</p> <p>Grupal</p> <p>18 sesiones de hora y media de duración</p> <p>Pre-post y 1 año de seguimiento</p>	<p>El diseño empleado no fue un ensayo controlado aleatorio</p> <p>GE: psicoeducación (conocimiento de la esquizofrenia de los familiares: síntomas, etiología, curso de la enfermedad, farmacoterapia, contrarrestar los mitos y proporcionar información precisa científicamente válida, resolución de problemas o habilidades de comunicación, la charla didáctica y la discusión interactiva se complementaron con técnicas de juego de roles)</p> <p>GC: tratamiento como de costumbre (medicación a los</p>	<p>En cuanto a la cohesión familiar, se observó una mejora estadísticamente significativa para el grupo de intervención durante todo el período de estudio. Esto fue ilustrado por la disminución constante de las puntuaciones medias de la Escala Familiar Ritual de 24,3 (DE = 5,9) al inicio a 22,8 (DE = 4,9) después de la intervención, y 22,2 (DE = 4,8) en el seguimiento. El efecto estadísticamente significativo fue $p < 0,05$. El mismo patrón de resultados no se observó en el grupo control, con una media de 26,4 (DE = 5) al inicio del estudio a 26,3 (DE = 4,7) después de la intervención, y 26,7 (DE = 4,8) en el seguimiento. El efecto estadísticamente significativo fue $p < 0,05$. En términos de carga, como un corolario de la psicoeducación de grupos de parientes, se documentó una mejora estadísticamente significativa para la puntuación global de la carga. Asimismo, se informaron mejoras estadísticamente significativas al finalizar la intervención para los factores de la escala de carga financiera (Factor D), comportamiento agresivo del paciente (Factor B) e impacto en las actividades diarias y relaciones sociales (Factor A). Se mantuvieron mejoras significativas en el seguimiento de 12 meses de la puntuación global de la carga, así como para el Factor B y el Factor D. En el caso del Factor A, la puntuación media</p>

		pacientes)	<p>regresó a los niveles basales. Para el grupo de control, no se informaron cambios para ningún factor de la escala, así como para su puntuación compuesta a lo largo del período de estudio (datos no mostrados, disponibles bajo petición).</p> <p>En cuanto a las puntuaciones del CES-D, los familiares que asistían a la psicoeducación grupal mostraron una mejora gradual y significativa ($p < 0,05$) con respecto a sus síntomas de depresión a lo largo del período de estudio, desde una media de 21,5 (DE = 11,1) 10,3) después de la intervención, y 17,4 (DE = 9,3) en el seguimiento.</p> <p>Lo mismo no ocurría en el grupo control, que registró un efecto no significativo, de 22,3 (DE = 11) en la línea de base a 22,4 (DE = 10,7) después de la intervención, y 22,3 (DP = 10,8) en el seguimiento.</p>
<p>Purba, Suttharangsee y Chaowalit, (2017).</p> <p>Effectiveness of a Coaching Program for Family Caregivers of Persons with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial.</p>	<p>7 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>6 sesiones</p> <p>Pre-post y 1 meses de seguimiento</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p> <p>GE: programa de intervención coaching (para mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los cuidadores familiares relacionados con el cuidado de personas con esquizofrenia)</p> <p>GC: (atención rutinaria proporcionada por la enfermera psiquiátrica y el psiquiatra)</p>	<p>Los participantes en el grupo de coaching mostraron niveles de conocimiento significativamente más altos ($F = 85,77$, $p < 0,001$), niveles más bajos de actitudes negativas hacia la esquizofrenia ($F = 13,22$, $p < 0,001$) y mayores niveles de habilidad ($F = 22,94$, $p < 0,001$) que los del grupo de atención de rutina. Los resultados también descubrieron mejoras significativas en los conocimientos, las actitudes y las habilidades de cuidado en los seguimientos a la semana 2 y 1 mes después de la finalización del programa en el grupo de coaching, en comparación con los del grupo de atención de rutina ($p < 0,001$).</p>
<p>Roddy, Onwumere y Kuipers, (2015).</p> <p>A pilot investigation of a brief, needs-led caregiver focused intervention in psychosis.</p>	<p>No lo especifica</p> <p>Individual</p> <p>3 sesiones</p> <p>Pre-post</p>	<p>Se llevo a cabo un estudio cuasi-experimental</p> <p>El contenido de las sesiones individuales con los cuidadores (4 participantes A,B,C y D) fue llevado a cabo por modelos de intervenciones familiares estructuradas en la psicosis</p>	<p>Se calculó un índice de cambio fiable para las puntuaciones de los participantes antes de la intervención y después de la intervención, fue evidente que hubo algunas mejoras en el funcionamiento del cuidador en el CORE-10, con los cuidadores B, C y D informando menores niveles de angustia psicológica después de la intervención. Para el cuidador B, esta reducción en la angustia psicológica fue estadísticamente confiable ($RCI = -2.16$). En el PHQ-9, los cuidadores A y C informaron niveles más bajos de síntomas depresivos. Para ambas medidas, los cuidadores cuyas puntuaciones no disminuyeron permanecieron en el mismo nivel. La medida del presupuesto de tiempo mostró que el tiempo pasado por los cuidadores A y B que participan en actividades que requieren una planificación y motivación significativa aumentó después de la intervención. Para el cuidador A este aumento en la actividad compleja fue estadísticamente confiable ($IC = 2,29$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, al inicio, los cuidadores A, C y D usaban estrategias funcionales más funcionales que las evitantes y no se observaron cambios en el afrontamiento después de la intervención.</p>
<p>Sharif, Shaygan y Mani, (2012).</p> <p>Effect of a psycho-educational intervention for family members on</p>	<p>5 semanas</p> <p>Grupal</p> <p>10 sesiones de 90 minutos (2</p>	<p>Se realizó un ensayo controlado aleatorizado</p> <p>EG: psicoeducación (monitoreo de los</p>	<p>En comparación con el grupo control, el grupo experimental mostró una reducción significativa de la gravedad de los síntomas y de la carga del cuidador inmediatamente después de la intervención y un mes después. La intervención psicoeducativa de corta duración a corto plazo</p>

caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran.	semanalmente) Pre-post y un mes de seguimiento	medicamentos, manejo de emoción expresada, relajación, manejo del estrés, habilidades sociales y familiares) EC: tratamiento habitual	para los familiares de pacientes iraníes con trastorno esquizofrénico puede mejorar los resultados de los pacientes y sus familias. Las puntuaciones medias en el tiempo 0 (línea de base) y el tiempo 2 (un mes después de la intervención) indicaron que el grupo experimental había mejorado constantemente en la puntuación global BPRS (P <0,037) y la carga familiar (P <0,0001).
Soto-Pérez y Castillo (2014). PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia.	9 meses Grupal No lo especifica Pre-post	Se realizó un estudio cuasi-experimental GE: psicoeducación online GE: psicoeducación presencial GC: ninguna intervención	En cuanto a conocimiento de la enfermedad, se observaron diferencias significativas y tamaños de efecto (<i>d</i>) pequeños, moderados y grandes entre los grupos experimentales (tradicional y online), al compararlos con el grupo control. Junto a lo anterior, aparece la visualización de los beneficios que pueden asociarse al uso de una plataforma como psicoED, siendo el principal beneficio la esperanza de aliviar la carga de cuidados.
Yildirim et al., (2014). The effect of family-to-family support programs provided for families of schizophrenic patients on information about illness, family burden and self-efficacy.	3 meses Grupal 12 sesiones Pre-post	GE: psicoeducación (información actual sobre la esquizofrenia, importancia de los medicamento, manejo de emociones y estigmatización, resolución de problemas)	Hubo una disminución significativa en los puntajes objetivos PFBS (de 11,76 ± 3,89 a 9,82 ± 4,03, p = 0,000), puntuaciones subjetivas (de 37,85 ± 14,57 a 32,74 ± 4,39, p = 0,030) y puntuaciones totales (de 49,62 ± 18,25 a 42,56 ± 7,56, p = 0,005) y un aumento significativo en las puntuaciones del SESS (de 82,65 ± 12,01 a 97,79 ± 7,17, p = 0,000). Antes del entrenamiento, el 58,8% de los miembros de la familia respondieron correctamente que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral, mientras que el 94,1% afirmó correctamente que debe tratarse con medicamentos, sin embargo, 55,9% de los cuidadores creían incorrectamente en las atribuciones mágicas relacionadas con la enfermedad. Todos los cuidadores fueron capaces de responder correctamente.

Los diversos estudios analizados en la revisión sistemática, proporcionaron los argumentos para la realización de la intervención basada en un taller enfocado en los aspectos ya mencionados.

Cuadro Sintetizador Paciente Esquizofrénico

Paciente identificado	Los pacientes identificados dentro de esta revisión oscilan en un rango de edad de entre los 18-65 años de edad, todos con un tratamiento farmacológico adecuado a sus necesidades médicas específicas, siendo el 66% hombres.
Tipo de esquizofrenia presentada	El 100% de los estudios fue dirigido a tratar cualquier tipo de esquizofrenia presentada por los pacientes a partir de un diagnóstico del DSM-IV-TR, DSM-5 y la CIE-10
Aspectos a tratar en pacientes con esquizofrenia	Las intervenciones psicológicas revisadas (n=28) tenían como propósito mejorar los siguientes aspectos síntomas positivos (26.3%), síntomas negativos (18.4%), prevención de la recaída (7.8%, capacidad funcional (10.5%),

	funciones cognitivas (7.8%), habilidades sociales (5.2%), conocimiento de la enfermedad (5.2%), funcionamiento global (2.6%), depresión (2.6%), calidad de vida (2.6%), síndrome disejecutivo (2.6%), ansiedad (2.6%), apatía 2.6% y anhedonia (2.6%)
Tipo de intervención	Las intervenciones realizadas (n=28) fueron mayoritariamente en formato grupal (89.6%), en menor medida con formato individual (6.8%) y familiar (3.4%), siendo empleadas la intervención cognitiva (41.3%), psicoeducación (10.3%), terapia ocupacional (10.3%), terapia de arte (10.3%) intervención psicosocial (6.8%), terapia fenomenológica (3.4%), terapia familiar (3.4%), intervención en habilidades sociales (3.4%), terapia de humor (3.4%) e intervención con actividad física (3.4%)
Resultados	El 89.6% de las intervenciones psicológicas como complemento al tratamiento farmacológico dirigidas a personas con esquizofrenia obtuvo resultados estadísticamente significativos en sus mediciones post-tratamiento, y el 44% obtuvo resultados significativos en una evaluación de seguimiento.

Cuadro sintetizador Cuidador Primario

Tipo de cuidador primario	El 100% de los cuidadores primarios fueron familiares en calidad de cuidadores informales, teniendo un rango de edad de los 16-70 años.
Aspectos a tratar en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia	Las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores de personas con esquizofrenia (n=16) tenían como propósito mejorar los siguientes aspectos: carga del cuidador (36%), disminución de la recaída (12%), mayor conocimiento de la enfermedad (12%), funcionamiento del cuidador (8%), emoción expresada (8%), síntomas de depresión (8%), ansiedad (4%), apoyo social (4%), cohesión familiar (4%), aumento del estado de ánimo (4%).
Tipo de intervención	Las intervenciones realizadas (n=16) fueron mayoritariamente en formato grupal (93.75%), en menor medida con formato individual (6.25%), siendo empleadas la intervención psicoeducativa (75%), intervención familiar (12%), intervención psicosocial (6.5%), y finalmente

	intervención con coaching (6.5%).
Resultados	El 93.75% de las intervenciones psicológicas dirigidas a los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia obtuvo resultados estadísticamente significativos en sus mediciones post-tratamiento, y el 62% obtuvo resultados significativos en una evaluación de seguimiento.

Después de haber realizado una revisión sistemática basada en una serie de estudios empíricos enfocados en el análisis de los efectos de las intervenciones psicológicas en el contexto científico actual en pacientes esquizofrénicos y sus cuidadores primarios, se llegó a la conclusión de que la mayoría de estos estudios son enfocados a atender la sintomatología positiva y negativa, (por ejemplo disminuir la angustia al escuchar voces, reconocer que las alucinaciones son producto de la enfermedad, y que su contenido es de origen intersubjetivo, así mismo regular y disminuir la recurrencia de las mismas), la prevención y disminución de la recaída es otro de los aspectos que ha demostrado modificar el curso y pronóstico de la enfermedad, además se ha encontrado que atender la capacidad funcional, inclusión social, y adherencia al tratamiento es una pieza clave para las personas con esquizofrenia pues tienen mayor probabilidad de recuperar sus proyectos personales e insertarse en diferentes medios con mayor facilidad como el familiar y laboral, por otra parte las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores primarios de personas con esquizofrenia ubican en todos los casos a un familiar como el responsable del cuidado, y este lo asume mayoritariamente sin contar con información pertinente respecto al trastorno, llegando a presentar dificultades como la sobrecarga del cuidador. Por lo cual la intervención psicológica se basará en un taller grupal y se enfocará en estos aspectos.

4.2 Pregunta de investigación

¿Se puede implementar un taller que mejore la intervención del paciente esquizofrénico donde al mismo tiempo se incluya a los cuidadores primarios para trabajar de manera conjunta?

4.3 Propósito del taller

Implementar un taller que mejore la intervención del paciente esquizofrénico donde al mismo tiempo se incluya a los cuidadores primarios para trabajar de manera conjunta

4.4 Objetivos

Brindar a partir de la propuesta de intervención psicoeducativa estrategias para:

- Disminuir la sintomatología clínica
- Disminuir la recaída
- Incrementar la capacidad funcional
- Incrementar la inclusión social
- Incrementar la adherencia al tratamiento de personas con esquizofrenia en atención ambulatoria,
- Proporcionar técnicas a sus cuidadores primarios para aumentar la habilidad de cuidado.

4.5 Población destino

Participantes:

- Personas adultas con un diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento psiquiátrico ambulatorio (en curso o en seguimiento).
- Cuidadores primarios informales los cuales tienen que estar al cuidado del paciente por lo menos 56 horas a la semana.
- La cantidad de participantes no debe exceder de 16 personas, ya que dificultaría el manejo grupal.

El instructor (coordinador):

- Ser profesional de la salud (psicólogo clínico y/o de la salud) con conocimiento de la esquizofrenia desde un enfoque cognitivo y social, además contar con dominio del modelo IPT.
- Ser sensible y con capacidad de contacto abierto, con disposición para la relación de apoyo, empático, con habilidad de escucha activa y atención para construir una atmosfera de seguridad, confianza y respeto.
- De manera estricta se requiere que el mismo instructor (coordinador) inicie y concluya el taller.

Personal de apoyo para el instructor:

- De ser requerido el instructor puede contar con apoyo para realizar algunas actividades durante algunas sesiones, las personas que brinden apoyo deben ser de igual manera profesionales o estudiantes de salud (psicólogo general, clínico y/o de la salud).

4.6 Escenario

El taller puede llevarse a cabo en instituciones del sector salud ya sea públicas (gubernamentales) y/o particulares. Se requiere un espacio amplio, iluminado y ventilado, un aula aproximadamente de 5 x 8 metros; espacio suficiente para poder mover las sillas según los diferentes momentos de la dinámica grupal. El aula debe contar con pizarrón, sillas, proyector audiovisual, y una PC.

4.7 Materiales e Instrumentos

Equipo de cómputo (laptop, cables de audio HDMI o VGA), proyector audiovisual, hojas de papel, lápices, calcomanías blancas autoadheribles (gafete), 8 x 15 cm y plumones, Artículos de periódico, Normas del taller (anexo 1), Carta de consentimiento informado y carta compromiso (anexo 2), Programa de la intervención (anexo 3), Registro de asistencia (anexo 4), Tarjetas con los síntomas de la esquizofrenia (anexo 5), Hoja de administración y toma del medicamento (anexo 6), Registro de los efectos secundarios percibidos de la medicación (anexo 7), Frases para autocompletar (anexo 8), Ideas irracionales (anexo 9), Registro de pensamientos (anexo 10), Hoja de comparación del estado actual del paciente con el nivel premórbido, a través de los datos del informante (anexo 11), Hoja de aspectos favorables en la funcionalidad del paciente (anexo 12), Una serie de diapositivas que muestran situaciones sociales (anexo 13), Tarjetas con palabras o frases (anexo 14) evaluación del taller (anexo 15).

4.8 Consideraciones Éticas

De acuerdo con los códigos éticos estipulados por la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1987), el presente taller se considera de riesgo mínimo, ya que debido a sus características, existe la posibilidad de que se pudiera despertar algunos sentimientos de tristeza o ansiedad tras el recuerdo de algunos episodios de vida que le sean emocionalmente significativos. Ante dicha posibilidad se contempla implementar medidas de control y manejo como dar contención y, en caso de ser necesario, canalizar a manejo especializado con la finalidad de recibir alguna intervención terapéutica específica en caso de la presencia de un trastorno afectivo o ansioso francamente instalado en los familiares o en los pacientes.

4.9 Propuesta de intervención

La propuesta de intervención que se presenta a continuación está dirigida a disminuir la sintomatología clínica y la recaída, asimismo incrementar la capacidad funcional, inclusión social, y adherencia al tratamiento de personas con esquizofrenia en atención ambulatoria, además proporcionará técnicas a sus cuidadores primarios para aumentar la habilidad de cuidado y disminuir la sobrecarga del cuidador. En esta intervención se utilizará la psicoeducación y una adecuación de la IPT. Cabe mencionar que esta es una propuesta en general sobre la esquizofrenia, y no para cada subtipo en particular, en pacientes ambulatorios u hospitalización parcial. El diseño de esta propuesta está basado en la evidencia científica actual ya que como se pudo observar en el capítulo anterior las intervenciones psicológicas dirigidas a personas con esquizofrenia y sus cuidadores primarios buscan en su mayoría atenuar o mejorar los puntos antes mencionados, puesto que son los que más incidencia presentan, por su parte estas intervenciones psicológicas han obtenido buenos resultados tanto en la fase post-intervención como en la fase de seguimiento, sin embargo es escasa la literatura donde se incluya la relación pacientes-cuidadores para trabajar de manera conjunta, además es muy escueta la producción de literatura en países de habla hispana respecto a otros países.

A continuación se muestra de manera resumida los temas, objetivos y la duración de cada sesión del taller, más adelante se detalla cada sesión.

Sesión	Tema	Objetivo	Materiales	Actividades
Sesión 1	Bienvenida y presentación	Integración grupal registro y evaluación de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Computador a y proyector audiovisual - Calcomanías adheribles blancas de 8 x 15 cm y plumones (gafete de presentación) - Instrumentos de evaluación - Normas del taller (anexo 1) - Carta de consentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del instructor - Elaboración de gafete de presentación - Dinámica grupal (te presento a...) - Explicar las normas del taller - Evaluación pre-test - Explicación general del contenido de la intervención - Lectura y firma del consentimiento informado y carta compromiso

			<p>informado y carta compromiso (anexo 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de la intervención (anexo 3) - Registro de asistencia (anexo 4) 	
Sesión 2	Conociendo la esquizofrenia	brindar información relevante y actualizada de la esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> - Computador a y proyector audiovisual, presentación de la esquizofrenia - Tarjetas con los síntomas de la esquizofrenia (anexo 5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los aspectos más relevantes de la esquizofrenia (definición, etiología, factores de riesgo, síntomas positivos, negativos cognitivos y crisis) - Relacionar síntomas según su categoría (positivos y negativos) - Reflexión grupal - Aclarar dudas del tema a los participantes
Sesión 3	Factores de vulnerabilidad-estrés en la esquizofrenia	Conocer cuáles son los factores de vulnerabilidad-estrés en el curso de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Computador a y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los factores de vulnerabilidad-estrés en la esquizofrenia - Aclarar dudas del tema expuesto
Sesión 4	Importancia del medicamento	Los pacientes y sus cuidadores primarios conocerán la importancia de la medicación como agentes fundamentales en la esquizofrenia, así como la administración y observación de los efectos de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de cómputo y proyector audiovisual - Hoja de administración y toma del medicamento (anexo 6) - Registro de los efectos secundarios percibidos de la medicación (anexo 7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la importancia de los medicamentos y la no supresión de los mismos - Elaboración de un horario para el control en la administración y toma del medicamento - Explicación sobre la elaboración del registro de síntomas percibidos por el paciente y su cuidador primario - Retroalimentación del tema y aclarar dudas

Sesión 5	Sobrecarga emocional en el cuidador primario	saber expresar y reconocer mejor nuestras emociones y la de los demás.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de cómputo y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de las emociones negativas - Como identificar, reconocer y expresar una emoción - Elaboración de un cuadro que identifica las emociones de los participantes - Aclarar dudas respecto al tema
Sesión 6	Estigma en la enfermedad y autoconcepto	Los participantes reconocerán de qué manera afecta en las personas que padecen esquizofrenia y a los miembros más cercanos al paciente (familia/cuidador primario).	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de lo que es el estigma y sus consecuencias - Explicación del proceso de estigmatización - Lluvia de ideas acerca de que es el estigma y cuáles son las ideas que la gente puede tener de la esquizofrenia - Reafirmar información, y aclarar dudas
Sesión 7	Autoconcepto	Brindar estrategias para mejorar el autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audiovisual - Frases para autocompletar (anexo 8) - Ideas irracionales (anexo 9) - Registro de pensamientos (anexo 10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Breve introducción al tema autoconceito - explicación de los pensamientos automáticos e ideas irracionales - ejercicio de autoconcepto (anexo 9) - ejemplos de pensamientos automáticos y lluvia de ideas - reafirmar información y aclarar dudas
Sesión 8	funcionalidad y contexto que rodea al paciente	Diferenciar el nivel de funcionalidad [previo] de los pacientes y fijar nuevas expectativas en relación a la funcionalidad actual.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audiovisual - Hoja de comparación del estado actual del paciente con el nivel 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la capacidad funcional - Elaborar listado de los aspectos positivos que tienen los pacientes a su cuidado respecto a su funcionalidad - Elaborar un listado de

			<p>premórbido, a través de los datos del informante (anexo 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de aspectos favorables en la funcionalidad del paciente (anexo 12) 	<p>metas donde se incluyan actividades a corto y mediano plazo</p>
Sesión 9	abordar el contenido de las alucinaciones auditivas	Desacreditar el contenido de las voces y reducir su impacto emocional en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audio visual - Hojas de papel lápices 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un registro de pensamiento disfuncional modificado para las voces
Sesión 10	diferenciación cognitiva (etapa 1)	Mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos de mobiliario (sillas, mesas, pizarrón etc.) - Varios objetos (bolígrafos, camisas, tazas etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de objetos a partir de sus atributos
Sesión 11	diferenciación cognitiva (etapa 2)	Mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjetas con diferentes estímulos color, número, letras, forma 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de diferenciación con tarjetas
Sesión 12	diferenciación cognitiva (etapa 3)	Mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de palabras - Tarjetas con palabras 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de sistemas conceptuales
Sesión 13	percepción social	Mejorar la percepción e interpretación de situaciones interpersonales,	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Recoger información de las diapositivas mostradas - Interpretación y

		utilizando de un modo adecuado experiencias pasadas relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Una serie de diapositivas que muestran situaciones sociales (anexo 13) 	<p>debate de las imágenes mostradas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asignación de un título a las imágenes.
Sesión 14	comunicación verbal	Entrenar las destrezas básicas de la comunicación entre el emisor y receptor en una comunicación verbal: escuchar, comprender, responder.	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjetas con palabras o frases (anexo 14) - Artículos de periódico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición literal de frases dadas previamente - Repetición de frases de acuerdo al sentido - Formulación de preguntas y respuestas - El grupo pregunta a uno o dos miembros sobre un tema determinado - Comunicación libre -
Sesión 15	habilidades sociales	Desarrollo o mejora de una serie adecuada de habilidades sociales tales como informarse, reclamar, disculparse, establecer contacto, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Cámara de video (opcional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del juego de roles - Ejecución del juego de roles - Grabar el role playing (opcional)
Sesión 16	resolución de problemas interpersonales	Mejorar tanto la percepción de problemas, como la actitud racional frente a ellos y se aspira a conseguir una superación eficiente de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar una situación problemática en común - Dividir el problema de forma parcial - Discutir propuestas y soluciones para la problemática
Sesión 17	redes de apoyo para el cuidador primario	Establecer vínculos de apoyo con personas del contexto inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de papel y lápices - Equipo de computo y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución de labores en el cuidado del paciente
Sesión 18	autocuidado en el cuidador primario	Brindar sugerencias que promuevan el autocuidado del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo y proyector audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Se exponen sugerencias para el autocuidado

Sesión 19	finalización del taller	cierre de la intervención y evaluación del taller	- Instrumentos de evaluación (anexo 15)	- Dinámica de cierre del taller (el círculo) - Evaluación del taller
-----------	-------------------------	---	---	---

SESIÓN 1

BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN

Objetivo: integración grupal, registro y evaluación de los participantes.

Participantes: personas con esquizofrenia con tratamiento psiquiátrico y cuidador primario.

Duración: 75 minutos.

Materiales: calcomanías adheribles blancas de 8 x 15 cm y plumones (gafete de presentación), instrumentos de evaluación.

Actividades:

1. Se dará la bienvenida al grupo participante. Se presentará el instructor(a) y realizará una dinámica de integración grupal, con el objetivo de generar rapport y fomentar el respeto, la integración y la participación del grupo. Asimismo se explicaran las pautas dentro del taller, las cuales tanto instructor como participantes deben respetar (ver anexo1). La dinámica de integración grupal (te presento a...) será llevada a cabo a través de que se formen parejas de integrantes, en las que cada uno presente al otro ante el grupo pero destacando intereses, metas, hobbies, logros y un sentimiento de orgullo por algún hecho relevante en sus vidas. Además el instructor deberá facilitar una calcomanía para que los participantes escriban su nombre sobre ella, y deberán colocarla en un lugar visible (zona pectoral) ya que de esa manera se podrá interactuar con todos de una mejor manera (tiempo estimado 30 minutos).
2. Posteriormente se aplicarán los instrumentos de evaluación pre-test y se explicara de manera general el contenido del taller y se dará un espacio para esclarecer dudas específicas de los participantes respecto al taller. Finalmente se procederá a la lectura y firma de la carta de consentimiento informado y carta compromiso por los participantes del grupo (ver anexo 2) (tiempo estimado 30 minutos).

Cierre de sesión: se reitera el agradecimiento a los participantes, elogiando su compromiso y responsabilidad por formar parte de la intervención, además se les brinda un programa donde vienen señaladas las fechas y temáticas de cada una de las sesiones (anexo 3). Y se procede a llenar un registro de asistencia (anexo 4) (tiempo estimado 15 minutos).

SESIÓN 2

CONOCIENDO LA ESQUIZOFRENIA

Objetivo: brindar información relevante y actualizada de la esquizofrenia

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 75 minutos.

Materiales: equipo de cómputo y proyector audiovisual, tarjetas con los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

Actividades:

1. El instructor(a) realizará a través de una exposición la explicación general de los aspectos más relevantes que conforman la esquizofrenia: abarcando definición, etiología, factores de riesgo, síntomas positivos, negativos y cognitivos y crisis (tiempo estimado 25 minutos).
2. Después de la explicación, los participantes tendrán que relacionar los síntomas de la esquizofrenia por categoría (síntomas positivos y negativos), para ello se les darán tarjetas a cada uno con el nombre de un síntoma (ver anexo 5) y tendrán que colocarlo en la pizarra según su categoría, (el pizarrón estará dividido en síntomas positivos y negativos) (tiempo estimado 15 minutos).
3. Se realizará posteriormente una reflexión grupal acerca de lo expuesto y estará apoyada por una ronda de preguntas donde los participantes puedan exponer cuales son los puntos de la enfermedad que aun sean ambiguos para ellos. (tiempo estimado 20 minutos).

Cierre de sesión: reafirmar información, aclarando dudas (tiempo estimado 15 minutos).

SESIÓN 3

FACTORES DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS EN LA ESQUIZOFRENIA

Objetivo: conocer cuáles son los factores de vulnerabilidad-estrés en el curso de la enfermedad.

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 60 minutos.

Materiales: equipo de cómputo y proyector audiovisual

Actividades:

1. se realiza una explicación por parte del instructor(a) acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales para el diagnóstico, el inicio, el curso, y el tratamiento de las enfermedades del grupo de las esquizofrenias (figura 2). Abordando el tema desde una concepción biopsicosocial de la esquizofrenia, tratando a la misma como una alteración sistémica, más que como una enfermedad en sentido tradicional médico. Haciendo hincapié en la importancia que tienen las alteraciones cognitivas, de la percepción del paciente, reinserción social e integración familiar. Al respecto, se distingue entre cambios en la estructura cerebral como manifestación de una vulnerabilidad biológica, y alteraciones individuales del procesamiento de la información como manifestación de una vulnerabilidad cognitiva. Además se puntualiza en las diferencias individuales que interactúan a su vez con factores ambientales. Por ejemplo un episodio esquizofrénico puede ocurrir en una persona vulnerable cuando esta se ve enfrentada a problemas y cargas que sobrepasan su capacidad de "coping". En estos modelos, las cargas y los estresores tienen principalmente una función desencadenante y potenciadora. (Roder, Brenner y Lonjedo, 2002) (tiempo estimado 40 minutos).

Cierre de sesión: se hace un breve resumen de lo que se vio en la sesión y se da retroalimentación respecto a los factores de vulnerabilidad- estrés, y se hace una ronda de preguntas para esclarecer dudas acerca lo expuesto (tiempo estimado 20 minutos).

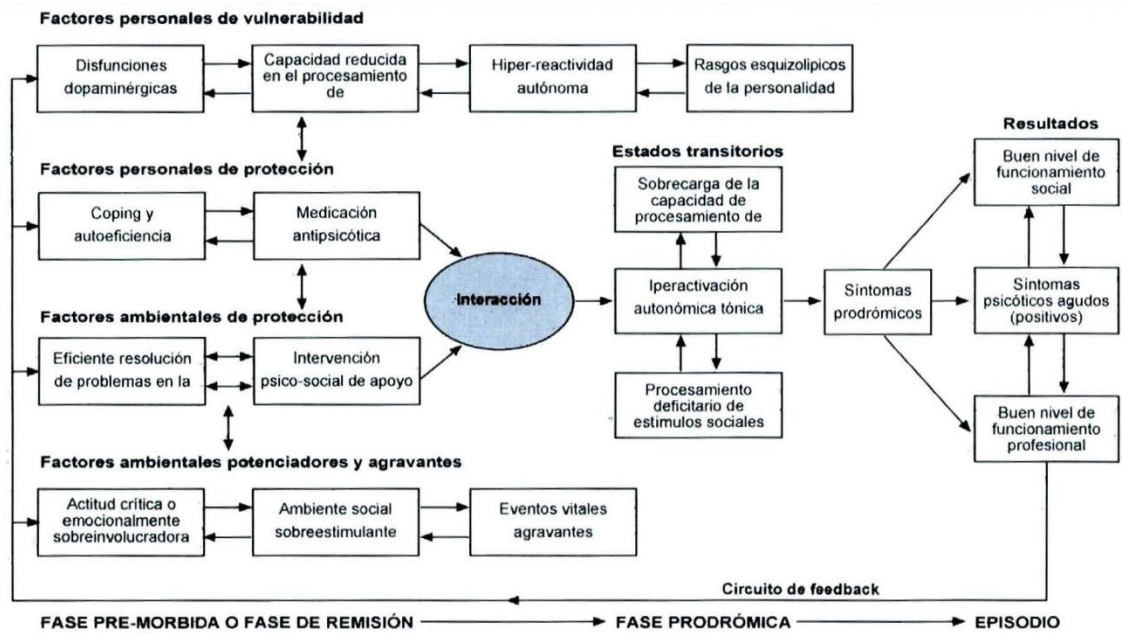


Figura 2. Modelo heurístico de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984; Zubin y Spring, 1977).

SESIÓN 4

IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO

Objetivo: los pacientes y sus cuidadores primarios reconocerán la importancia de la medicación como agentes fundamentales en la esquizofrenia, así como la administración y observación de los efectos de los mismos.

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 75 minutos, con un receso de 10 minutos.

Materiales: equipo de cómputo y proyector audiovisual, hoja de administración y toma del medicamento, registro de los efectos secundarios percibidos de la medicación.

Actividades:

1. Se da una explicación de la importancia que tiene la medicación (tiempo estimado 15 minutos).
2. Importancia de la no supresión de los medicamentos sin prescripción médica (tiempo estimado 10 minutos).
3. Se realizará junto con los pacientes y sus cuidadores primarios un plan para poder controlar la vida diaria en el cuidado de la toma de medicamento según la indicación de su médico. Se utiliza una hoja de registro de medicamento (anexo 6) (tiempo estimado 15 minutos).

3.1) Hoja de registro de medicamento.

Los pacientes y su familia podrán realizar un plan de control en la administración y toma del medicamento (ver anexo 6) (tiempo estimado 10 minutos).

3.2) Hoja de registro de síntomas percibidos por el paciente y su cuidador primario

Es importante tener en observación los síntomas que se deriven de los medicamentos prescritos por el médico psiquiatra, y llevar un registro de éstos para comentarlos con él en posteriores consultas y mantenerlo informado (ver anexo 7) (tiempo estimado 15 minutos).

Tarea: Traer la hoja de registro diario de medicamento hecha y cómo se organizaron.

Cierre de sesión: Se hace un breve resumen de lo que se vio en la sesión y se da retroalimentación respecto a la importancia de los medicamentos (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 5

SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO

Objetivo: saber expresar y reconocer mejor nuestras emociones y la de los demás.

Participantes: cuidadores primarios.

Duración: 60 minutos aproximadamente.

Materiales: equipo de cómputo y proyector audiovisual

Actividades:

1. El instructor explicara que cuando una emoción negativa se presenta durante mucho tiempo o nos afecta en muchas áreas de nuestra vida (en la pareja, con los hijos, el trabajo) es momento de buscar ayuda, la familia y amigos son un apoyo importante en la expresión y manejo de las emociones. Es recomendable dedicar algunos minutos al día para comentar cómo se siente y también para conocer las emociones de los demás respecto a la enfermedad y los cuidados de nuestro familiar enfermo (Rangel-Domínguez, 2014) (tiempo estimado 15 minutos).
2. Posteriormente los participantes identificarán, reconocerán y compartirán emociones así como se ejemplifica en el siguiente cuadro: (tiempo estimado 30 minutos).

Emoción	¿Qué es?	¿Cómo la puedo expresar?
Amor	Es una emoción agradable que hace que queramos estar con otras personas, cuidarlos y que estén bien.	Abrazando, besando o tomando la mano de la persona que amamos. Dar un masaje, regalar un detalle (una flor, una carta, etcétera), respetando las decisiones, no forzando u obligando a hacer cosas que los demás no quieren. Amar no significa sacrificarse, es decir, no ama más el que deja de cuidarse, de alimentarse o descansar para cuidar de quien está enfermo. Una forma de demostrar amor a los demás es cuidando de nosotros mismos y evitar ponernos en riesgo.
Ira	Es una emoción desagradable que nos hace perder el control. El cuerpo se siente como si fuera a explotar.	Es válido sentirse enojado cuando un familiar está enfermo, sin embargo es importante que al expresar ese enojo no lastimemos a otras personas o a nosotros mismos. Algunas formas efectivas de expresar la ira son: hacer ejercicio como

		correr; gritar en un lugar solitario, romper un pedazo de papel periódico, escribir una carta sin enviarla.
Felicidad	Es una emoción agradable que nos permite ver y disfrutar las cosas buenas que nos pasan.	Cuando un familiar o amigo está enfermo pensamos que no es bueno estar felices, sin embargo es probable que existan momentos agradables al cuidar de él o ella. Algunas formas de expresarla pueden ser cantar, bailar, dar un paseo. Algunas personas piensan que si tenemos un familiar enfermo no deberíamos sentirnos felices o demostrarlo porque es como si no quisiéramos a nuestro familiar, sin embargo esto no es cierto, podemos sentirnos felices y demostrarlo porque además de la enfermedad compartimos otras muchas cosas con nuestro familiar que es importante valorar.
Miedo	Es una emoción negativa que nos alerta de un posible peligro.	Al cuidar de alguien enfermo existen muchas situaciones que nos provocan miedo, por ejemplo que exista una complicación, que no sepamos cómo atenderlo, estar solos ante una emergencia, etcétera. Es importante poder compartir con otras personas cómo nos sentimos, probablemente los demás tengan miedos muy parecidos a los nuestros.

3. Además los participantes tendrán que elaborar un cuadro como el del punto 2), pero esta vez con sus propias emociones.

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión y se hace una breve ronda para resolver dudas respecto a lo expuesto (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 6

ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD

Objetivo: Los participantes reconocerán de qué manera afecta en las personas que padecen esquizofrenia y a los miembros más cercanos al paciente (familia/cuidador primario).

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 70 minutos, con un receso de 10 minutos.

Materiales: Equipo de computo y proyector audiovisual.

Actividades:

1. Se brinda una explicación de lo que es el estigma y sus consecuencias:

El estigma contiene conductas y actitudes sociales de rechazo hacia las personas con alguna enfermedad mental, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas de la misma enfermedad; son consecuencia de una imagen social negativa, pueden levantar barreras sociales que aumenten su riesgo de aislamiento y marginación. Los estereotipos son ideas sociales referentes a algo, en este caso preciso la esquizofrenia, que al ser admitidas en el entorno estigmatizan al enfermo. Pueden llegar a incluir estos estereotipos información tal como la peligrosidad o la violencia del enfermo, su incapacidad de autocuidado o la imprevisibilidad de su carácter y sus reacciones, y la falta de autocontrol. Estos estereotipos y por el desconocimiento y desinformación pueden ocasionar temor, miedo, desconfianza en la gente que este alrededor del enfermo, dando como resultado que las personas con este padecimiento se sitúen en una exclusión que les impide la integración social de manera adecuada, además en ocasiones las familias de los enfermos llegan a sufrir la misma suerte (tiempo estimado 15 minutos).

2. El instructor explica: ¿Qué pasa cuando ya formamos un estigma de nosotros mismos?

A través del tiempo, las personas van perdiendo la motivación (lo que promueve toda conducta y que permite provocar cambios), debido a su auto estigma, pasan de tener comportamientos relacionados con un proyecto vital (un empleo, el ser independientes, tener pareja, formar una familia, tener amigos, entre otras aspiraciones personales). Las personas afectadas con esquizofrenia frecuentemente tienen como experiencia la estigmatización, la cual daña la autoestima (confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida) del paciente y de la familia o cuidador primario. La estima puede causar síntomas como

depresión, ansiedad, baja calidad de vida, baja autoestima y desesperanza, están directamente relacionados con el estigma (Melchor-Granados, 2012) (tiempo estimado 15 minutos).

3. Posteriormente se realiza una presentación acerca del proceso de estigmatización. Se tratarán las ideas irracionales y los pensamientos automáticos haciendo una evaluación de cómo afectan en la vida de los participantes al estar sometidos al estigma social y como los individuos pueden experimentar el rechazo social y el propio, lo que ocasiona sentimientos de desesperanza, depresión y ansiedad. Se hace énfasis en el tratamiento de cómo las ideas irracionales y los pensamientos automáticos afectan en estas emociones (tiempo estimado 30 minutos).

Ejemplos de algunas formas de pensamientos automáticos distorsionados más frecuentes:

- Magnificación/minimización (magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).
 - Adivinación del futuro (catastrofización)
 - Descalificar o descartar lo positivo.
 - Razonamiento emocional (“yo me siento así, por consiguiente soy así”)
 - Explicaciones tendenciosas.
 - Rotulación (etiquetar).
 - Pensamiento “de todo o nada”
 - Filtro mental (abstracción selectiva)
 - Generalización
 - Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas).
 - Visión en túnel (considerar algunas señales del medio, excluyendo otras)
4. Se invita a los participantes a una lluvia de ideas acerca de que es el estigma y cuáles son las ideas que la gente puede tener de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, para posteriormente elaborar una reflexión grupal acerca del estigma.

Cierre de sesión: Cierre de sesión: reafirmar información, y aclarar dudas (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 7

AUTOCONCEPTO

Objetivo: Brindar estrategias para mejorar el autoconcepto

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 90 minutos, con un receso de 15 minutos.

Materiales: equipo de computo y proyector audiovisual, hoja para completar frases, tarjetas con pensamientos e ideas irracionales, hoja de registro de pensamientos.

Actividades:

1. El instructor hace una breve introducción al tema; el autoconcepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional. Las múltiples investigaciones que le abordan coinciden en destacar su papel en la regulación de las estrategias cognitivo-motivacionales implicadas en el aprendizaje y rendimiento. El autoconcepto se considera una característica inherente al ser humano. Implica juicios que le permiten conocerse, reconocerse y definirse; esto forma parte de su conciencia de ser y estar, es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que tiene el individuo respecto a sí mismo. Por lo tanto implica considerar la conducta del individuo no sólo a través de la perspectiva de personas externas, sino también y desde la perspectiva interna de cómo se actúa y se comporta. Los resultados de las investigaciones apoyan a que el tener un autoconcepto favorable incide de manera positiva sobre los síntomas del espectro de la esquizofrenia. (González-Pienda, Núñez-Pérez, Glez-Pumariega y García-García, 1997; Melchor-Granados, 2012; Fumero y de Miguel, 2013)

Además el instructor dará una explicación de los pensamientos automáticos e ideas irracionales: *los pensamientos automáticos*: son palabras, frases e imágenes que pasan rápidamente por nuestra mente, son involuntarios y son una experiencia común a todos. Éstos son fruto directo de nuestros esquemas, son juicios, conclusiones o interpretaciones que aparecen automáticamente (Beck, 1997). Ejemplos de algunas formas de pensamientos automáticos distorsionados más frecuentes:

- Magnificación/minimización (magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).
- Adivinación del futuro (catastrofización)
- Descalificar o descartar lo positivo.
- Razonamiento emocional (“yo me siento así, por consiguiente soy así”)
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación (etiquetar).

- Pensamiento “de todo o nada”
- Filtro mental (abstracción selectiva)
- Generalización
- Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas).
- Visión en túnel (considerar algunas señales del medio, excluyendo otras)

Ideas Irracionales y Pensamientos Automáticos: Como ya se mencionó con anterioridad el individuo hace uso de las creencias sobre sí mismo y sobre los demás con base en la organización de su personalidad, cuando se habla de un trastorno, estas creencias o información están distorsionadas de un modo sistemático. Las ideas irracionales son absolutas (dogmáticas) por naturaleza, se expresan en términos de “tengo que, debería, estoy obligado a” y de forma de categórica (todo o nada, blanco o negro, etc.) y, además las ideas irracionales provocan emociones que interfieren en la persecución y obtención de metas obteniendo (culpabilidad, ansiedad, miedo, depresión, etc.). Por su parte las creencias racionales se expresan en forma de preferencias “me gustaría, quisiera, sería preferible que”, son creencias relativas, (no son creencias de todo o nada, sino que admite posturas intermedias) por lo que no impiden la persecución y obtención de objetivos (Ellis y Lega, 1993) (tiempo estimado 25 minutos).

2. Posterior a la introducción se hace un ejercicio de autoconcepto, respondiendo las siguientes preguntas ¿que pienso de mí?, ¿cómo soy?, ¿cómo quiero ser?, ¿qué piensan de mi los demás? Etc. Los participantes tendrán que escribir de manera personal sus respuestas (Anexo 8). Este ejercicio tiene como finalidad plasmar las ideas irracionales y los pensamientos automáticos; posteriormente se hará una comparación de lo respondido con las ideas irracionales mostrando cuales son las ideas irracionales (Anexo 10) y observando si existen algunas en las respuestas emitidas en el anexo 9 (tiempo estimado 25 minutos).
3. A la postre se les brinda a los participantes una tarjeta de cartulina, por un lado tiene una idea irracional y por el otro su contraparte racional (Anexo 10). Los participantes leerán en voz alta la idea irracional (sin mencionar que es irracional) y se pide a los demás que expresen su opinión sobre esa idea, cuando hayan expresado lo que piensan de esa idea, el participante que leyó la tarjeta la voltea y lee la idea racional y se realiza la comparación (tiempo estimado 15 minutos).
4. Finalmente los participantes darán un ejemplo de pensamiento automático y se iniciara una lluvia de ideas del problema con ese pensamiento (anexo 10). Ejemplo: “Soy una lenta, nunca le entenderé a esto”, este pensamiento incrementa el nivel de ansiedad y disminuye la concentración. Es más conveniente pensar “este problema se me dificulta y me tomará algo de tiempo entenderlo”, esta actividad se realizara en sesión y se les exhortara

a que la lleven a cabo en su vida cotidiana (Melchor-Granados, 2012)
(tiempo estimado 15 minutos).

Cierre de sesión: reafirmar información, y aclarar dudas (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 8

FUNCIONALIDAD Y CONTEXTO QUE RODEA AL PACIENTE

Objetivo: diferenciar el nivel de funcionalidad [previo] de los pacientes y fijar nuevas expectativas en relación a la funcionalidad actual.

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidadores primarios

Duración: 80 minutos aproximadamente y un receso de 10 minutos

Materiales: equipo de computo y proyector audiovisual, hoja de comparación del estado actual del paciente con el nivel premórbido, a través de los datos del informante, hoja de aspectos favorables en la funcionalidad del paciente.

Actividades:

1. en esta sesión se trabajara los primeros 60 minutos únicamente con los cuidadores primarios informales para determinar la funcionalidad actual del paciente en **relación al nivel previo**. El coordinador dará una breve explicación de la capacidad funcional para contextualizar al cuidador primario. Dada la dificultad de evaluar el grado de funcionalidad de un paciente, hay que comparar el estado actual del paciente con el nivel premórbido, del cual sólo se tienen datos indirectos a través de los informantes (anexo 11), además resulta clave tener en cuenta los factores ambientales que rodean al paciente: oportunidades de trabajo, familia, recursos. A veces estos factores se encuentran más allá del ámbito clínico y dependen de las condiciones socio-culturales de la persona. Es clave diferenciar el nivel de funcionalidad [previo] de los pacientes, porque muchas veces proyectamos nuestro interés y no tanto el interés del paciente o del contexto del paciente (Lahera et al, 2016) (tiempo estimado 25 minutos).
2. Posteriormente se les pedirá a los cuidadores que hagan un listado de los aspectos positivos que tienen los pacientes a su cuidado respecto a su funcionalidad, por ejemplo *procura un buen aseo personal, ayuda en el negocio familiar, apoya en tareas del hogar, tiene un empleo, es ordenado, tiene buenos amigos, etc.* (Anexo 12) esto con la finalidad de poder identificar cuáles son las actividades que el paciente aun puede llevar a cabo de manera asequible e independiente, para asimismo fortalecerlas (tiempo estimado 20 minutos).
3. Los siguientes 25 minutos se trabajará con ambas partes cuidador primario y paciente, en esta etapa de la sesión las personas con esquizofrenia realizaran en conjunto con su cuidador primario un listado de metas donde se incluyan actividades a corto y mediano plazo (por ejemplo: poder estar más integrados, tener un trabajo, una novia, etc.) Donde el paciente pueda

llevar a cabo esas actividades de una forma viable e independiente, rescatando que estas actividades tienen que ser por parte de los intereses y expectativas del paciente, y enfatizando que el cuidador primario tiene que procurar la independencia del paciente en las actividades que es funcional.

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo visto durante la sesión y se deja de tarea a los participantes que a la medida que les sea posible empiecen a ejecutar estas actividades que se han planteado y que pueden con el tiempo añadir nuevas actividades siempre y cuando sean viables y asequibles (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 9

ABORDAR EL CONTENIDO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

Objetivo: desacreditar el contenido de las voces y reducir su impacto emocional en el paciente.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 60 minutos aproximadamente.

Materiales: equipo de cómputo y proyector audiovisual, hojas de papel lápices.

Actividades:

1. en esta sesión se trabajará únicamente con las personas que padecen el trastorno, el planteamiento consiste en cuestionar la exactitud del contenido de las voces. Con independencia de las creencias acerca de las voces, a muchos pacientes les produce un gran malestar emocional el contenido de las voces, que suele ser despectivo, insultante, vergonzoso y crítico. El contenido de las voces puede reflejar preocupaciones e inquietudes, hechos importantes de la vida o recuerdos del pasado. El contenido puede ser delirante (por ejemplo: “eres el hijo del demonio”) o no delirante (por ejemplo: “eres tonto”). Dado que el contenido de las voces se suele tomar con frecuencia como una nueva prueba de las creencias que albergan acerca de las voces (por ejemplo: “sé que es Dios, porque es el único que sabe que dudo de él”), del mismo modo que se cuestionarían, se podrían a prueba y se corregirían unos pensamientos automáticos negativos por medio del cuestionamiento y la indagación de la veracidad de los “argumentos” de las voces. Abordar la exactitud del contenido de las voces puede tener también la intención de falsear las creencias acerca de las voces (por ejemplo: “¿hablaría en español un gobernante del imperio mongol del siglo VII?”). Para ello se explicará a los participantes como elaborar un *registro de pensamiento disfuncional modificado para las voces* como el que se ejemplifica a continuación (Beck, 2010)

Situación	Contenido de la voz	Estado de ánimo	Pruebas a favor	Pruebas en contra	Pensamientos alternativos o equilibrados	Calificar estado de ánimo
Haciendo una muñeca se descose	Pensamientos: “No hago nada bien; soy una inútil” Voces: “No	Tristeza: 70 %	Esta mal hecha. La tripa es demasiado pequeña. “He cometido	“Era mi primer intento.” “Hice el patrón yo	“Es mi primer intento y seguiré intentándolo.”	Tristeza: 0 %

	haces nada bien"; "eres una fracasada		muchos errores." "Lleva mucho tiempo planificándolo."	misma." "Puede quedar más tarde." "Se reconoce." "Tiendo a querer que las cosas queden perfectas a la primera." "Soy capaz de planificar cambios."		
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

(tiempo estimado 50 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo visto durante la sesión y se encomienda que pongan en práctica lo aprendido durante la sesión de manera constante cada que tengan experiencias de alucinaciones auditivas (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 10

DIFERENCIACIÓN COGNITIVA (ETAPA 1)

Objetivo: mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 40 minutos aproximadamente.

Materiales: Objetos de mobiliario (sillas, mesas, pizarrón etc.), cualquier objeto (bolígrafos, camisas, tazas etc.)

Actividades:

1. (etapa 1.- Estrategias de búsqueda): Un paciente, junto con el instructor, elige un objeto de la sala en la que se realiza la sesión. El resto de los participantes del grupo deben de identificar qué objeto es a través de una serie de preguntas (por ejemplo: ¿es esférica?, ¿es rugoso?, ¿qué color tiene?). Se comienza por conceptos generales y se va avanzando hacia otros más específicos hasta identificar el objeto elegido. Las respuestas a las preguntas sólo pueden ser “sí” o “no” (tiempo estimado 30 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 11

DIFERENCIACIÓN COGNITIVA (ETAPA 2)

Objetivo: mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 45 minutos aproximadamente.

Materiales: tarjetas con diferentes estímulos (color, número, letras, forma).

Actividades:

1. (etapa 1.- Ejercicios con tarjetas): Al inicio de la sesión el coordinador principal reparte una determinada cantidad de tarjetas, por ejemplo unas 10 ó 15, aunque en función del grupo el número puede variar (tarjetas con diferentes estímulos color, número, letras, forma). Se les explica a los participantes que estas tarjetas se distinguen unas de otras en varias características, tales como números, colores, formas, etc. Los pacientes deben de ordenarlas según los distintos criterios que van siendo marcados por el coordinador. Los ejercicios iniciales son muy sencillos, la dificultad se va incrementando poco a poco, en función de los resultados. Los resultados individuales de los participantes siempre son revisados por el grupo. Puede aumentarse el nivel de exigencia aumentando el número de criterios con los que se trabaja en cada ejercicio (Cangas e Ibañez, 2010).

Ejemplo de la actuación del terapeuta en el ejercicio con tarjetas:

- Terapeuta: *Buen día a todos. Gracias por ser puntuales. Hoy haremos el ejercicio de las tarjetas nuevamente. Aquí hay algunas tarjetas para cada uno de ustedes. Señora S, ¿podría, por favor, nombrar dos características según las cuales el grupo debe elegir sus tarjetas? Después de que la Sra. S. nombra dos características, cada uno de ustedes decidirá sobre una tercera, para luego elegir las tarjetas. ¿De acuerdo? Señora S., ¿a usted decidido ya las dos características?*
- Señora S.: *Si, fondo rojo y número de dos dígitos.*
- Terapeuta: *Gracias señora S., Señora R., ¿podría usted repetir las instrucciones para la tarea?,*
- Señora R.: *Cada uno debe poner todas las tarjetas que tenga con fondo rojo y número de dos dígitos*
- Terapeuta: *Si, es correcto Sra. R., ¿cuál es la segunda parte de la tarea, Señor L.?*
- Señor L.: *Cada uno escoge por sí mismo una tercera característica.*

- Terapeuta: *Sí, eso es, Señor L., Señor A., ¿cuántas características debemos entonces clasificar en total?*
- Señor A.: *Mm., fondo rojo.*
- Terapeuta: *Sí, fondo rojo y ¿qué más?*
- Señor A.: *(calla)*
- Terapeuta: *Señor K., Señor W., ¿pueden completar lo que dijo el Señor A.?*
- Señor K.: *Y además un número de dos cifras, la tercera característica la elige cada uno libremente.*
- Terapeuta: *¿Es correcto eso, Señor W.?*
- Señor W.: *Sí, es correcto.*
- Terapeuta: *Bien, es correcto. Entonces debemos clasificar de acuerdo a tres características. ¿Puede ahora volver a repetir las tres características, Señor A.?* (El Señor A. repite correctamente las tres características.)
- Terapeuta: *Bien, entonces ahora cada uno debe separar sus tarjetas. Como muestra el ejemplo, el terapeuta siempre debe asegurarse de que todos los pacientes han entendido la tarea antes de intentar completarla. Todos ellos tienen sus tarjetas puestas delante, sobre el suelo o la mesa.*
- Terapeuta: *Señor L., ¿podría mirar, por favor, si su vecino ha completado la tarea correctamente y decirnos cuál es la tercera característica?*
- Señor L.: *Sí, la tarea está hecha correctamente.*
- Terapeuta: *Correcto. ¿Ahora podría volver a decirnos las dos características fijas, Señor L.?*
- Señor L.: *Fondo rojo y número de dos cifras.*
- Terapeuta: *Sí, es correcto. Y en su opinión, ¿cuál es la tercera característica que eligió su vecino?*
- Señor L.: *Un rectángulo.*
- Terapeuta: *Bien, Señor L., en las dos tarjetas hay un rectángulo. ¿Era esa su tercera característica, Señor W.?*
- Señor W.: *No, era...*
- Terapeuta: *Un momento, Señor W. Por favor no nos descubra todavía su tercera característica. Primero vamos a preguntar de nuevo al grupo. ¿Quién ve otra característica más?*
- Señora S.: *En las tres tarjetas dice "Sábado".*
- Señor W.: *Sí, esa era.*
- Terapeuta: *Bien, entonces hemos encontrado incluso cuatro características comunes en las tarjetas del Señor W.: fondo rojo, número de dos cifras, Sábado y rectángulo.*
- Señor W.: *¿podría, por favor, comprobar las tarjetas de su vecina?*

(Y así sucesivamente) (tiempo estimado 35 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo visto durante la sesión tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 12

DIFERENCIACIÓN COGNITIVA (ETAPA 3)

Objetivo: mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual y la adquisición de conceptos abstractos

Participantes: personas con esquizofrenia

Duración: 60 minutos aproximadamente

Materiales: lista de palabras, tarjetas con palabras.

Actividades:

1. (etapa 2.- Sistemas conceptuales verbales): se pedirá a los participantes que numeren diferentes conceptos de acuerdo a una lista de palabras lo que permitirá que identifiquen:
 - a) *Jerarquías conceptuales:* Los participantes deben de nombrar todas las palabras que se pueden asociar a una palabra determinada. A continuación estas palabras se clasifican y ordenan en conceptos generales que las engloban, o en conceptos más concretos que las subdividen.
 - b) *Sinónimos y antónimos:* Los participantes deben de encontrar palabras con un significado similar (sinónimo) u opuesto (antónimo) para una palabra determinada. Luego se ponen de relieve las diferencias y similitudes por medio de frases de ejemplo.
 - c) *Definiciones de palabras:* El grupo debe de explicar un objeto determinado, según variables como ubicación, función, forma, material del que está hecho, etc. Inicialmente se utilizan conceptos concretos (silla, árbol, pizarrón etc.), y más adelante, se va cambiando hacia conceptos más abstractos (libertad, tiempo, éxito etc.)
 - d) *Tarjetas con palabras:* Un participante recibe una tarjeta con dos palabras, que deberá de leer en voz alta. Pero solo él sabe cuál de las dos está subrayada. Por medio de una asociación con otra palabra relacionada con la subrayada, el grupo debe de identificarla.
 - e) *Palabras con diferente significado según el contexto:* El grupo debe de encontrar los diferentes contenidos semánticos que puede tener una misma palabra y que pueden modificar el contexto de la frase.

Ejemplo: Ejercicio de sistemas conceptuales verbales (Palabras con diferente significado):

(1) Diferencias:

Hoja de árbol

Origen: árbol

Peso: ligera

Utilidad: fotosíntesis

Estado: crece en el árbol

Hoja de papel

Origen: producto de la industria

Peso: ligera

Utilidad: por ej., para escribir

Estado: inerte

etc.

(2) Rasgos comunes:

Hoja de árbol - Hoja de papel

- ambas son delgadas

- ambas pueden romperse con facilidad

- ambas son livianas

etc.

(tiempo estimado 50 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión y se reafirma que estos ejercicios tienen que ser practicados constantemente en casa (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 13

PERCEPCIÓN SOCIAL

Objetivo: mejorar la percepción e interpretación de situaciones interpersonales, utilizando de un modo adecuado experiencias pasadas relevantes.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 65 minutos aproximadamente.

Materiales: El material del ejercicio debe de estar formado por una serie de diapositivas que muestran situaciones sociales. Esta serie debe ser clasificada por el terapeuta según el grado de complejidad de los estímulos y el grado de la carga afectiva de la imagen (anexo 13).

Actividades:

1. *Recogida de información:* los participantes deben de describir minuciosamente el contenido de la imagen mostrada, del modo más completo posible. Se debe focalizar la atención preferentemente en las personas mostradas en la misma y en los detalles que dan información de su interacción (tiempo estimado 20 minutos).

Las técnicas empleadas por el instructor pueden ilustrarse a través de expresiones como las siguientes:

- *Focalizar:* “Ahora sólo describiremos la parte central de la diapositiva.”
- *Llamar* la atención sobre lo olvidado: “¿Puede alguien describir ahora con exactitud el rostro?”
- *Tratar* contenidos relevantes de la imagen: “¿Puede describir alguien cómo abre su boca la muchacha?”
- *Reforzar:* “Usted ha observado de modo muy preciso la forma de la boca, Señor Mar.”, “Ahora, usted nos ha descrito precisamente algo importante.”
- *Resumir:* “Señora A., usted ya ha descubierto muchísimo. Una mujer con largo pelo castaño, ojos café oscuro, lleva una cadena que puede ser de plata u otra cosa. Su vestido es violeta”.

2. *Interpretación y debate:* ahora se recopilan interpretaciones acerca del contenido de la diapositiva. Cada interpretación se debe fundamentar por medio de los elementos que fueron evidenciados anteriormente. A continuación, el grupo habla y comenta todas las interpretaciones tratando de ver su adecuación a la realidad descrita. Los terapeutas deberán ir excluyendo, de manera fundamentada, aquellas interpretaciones que supongan distorsiones o sesgos cognitivos, si estos se presentan (tiempo estimado 25 minutos).

Las técnicas terapéuticas que facilitan la interpretación y la discusión, incluyen:

- *Estimular la interpretación:* “Por supuesto, Señor Mar., ¿puede decirnos que expresión tienen los ojos?”
- *Fundamentar la interpretación:* “Bien, Señor Mar., ¿cómo descubrió eso?”
- *Estimular el debate en el grupo:* “Sí, ¿qué dicen los otros al respecto?”

Cierre de sesión: *Asignación de un título:* Finalmente los participantes deben de encontrar un título corto y preciso que sintetice los contenidos claves de la imagen. Cada miembro del grupo expresa cual sería el suyo, y a continuación también se comentan (tiempo estimado 25 minutos).

Ejemplo: Proceder del terapeuta en la asignación del título

Terapeuta: *Bien, ¿puede, finalmente, cada uno nombrar otro título que se le pudiera dar a esta diapositiva?*

Señor F.: *Una mujer asustada.*

Señor S.: *Sí, tal vez mejor, la mujer asustada.*

Señora H.: *Señor St. (al mismo tiempo): Sí, la mujer asustada.*

Señor W.: *Yo también lo encuentro muy bien.*

Señor Sp.: *En realidad es lo mismo uno u otro, los encuentro a ambos apropiados.*

Terapeuta: *Yo también soy de esa opinión. Bien, entonces podemos terminar la sesión de hoy.*

SESIÓN 14

COMUNICACIÓN VERBAL

Objetivo: entrenar las destrezas básicas de la comunicación entre el emisor y receptor en una comunicación verbal: escuchar, comprender, responder.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 70 minutos aproximadamente.

Materiales: se emplean tarjetas con palabras o frases (anexo 15), artículos de periódico.

Actividades:

1. *Repetición literal de frases dadas previamente:* Una frase es leída, y los participantes deben de repetirla literalmente (tiempo estimado 10 minutos).
2. *Repetición de frases de acuerdo al sentido:* A partir de una o dos palabras dadas previamente, un participante formula una o dos frases, las cuales deben de ser repetidas por otros participantes con otras palabras e igual sentido. En la *Repetición literal de frases dadas previamente* y en *Repetición de frases de acuerdo al sentido* los participantes deben tener funciones de observación, fijándose en la adecuación de las frases propuestas, y dando su opinión (tiempo estimado 10 minutos).
3. *Formulación de preguntas y respuestas:* Por medio de una partícula interrogativa (por ejemplo: ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Por qué?..), los participantes preguntan por informaciones en un ámbito temático determinado. El grupo evalúa en qué medida la pregunta fue adecuada al tema propuesto y si la respuesta fue adecuadamente relacionada con la pregunta (10 minutos).
4. *El grupo pregunta a uno o dos miembros sobre un tema determinado:* (por ejemplo, un artículo del periódico). La evaluación de lo adecuado o no del proceso de comunicación se realiza de la misma forma que la anterior (actividad 3) (tiempo estimado 15 minutos).
5. *Comunicación libre:* La única cuestión determinada por el grupo es el tema a tratar (por ejemplo un artículo de prensa, un acontecimiento local, etc.). La evaluación se realiza durante la comunicación y para ello se consideran tanto aspectos de contenido (seguir un hilo conductor), como aspectos formales (contacto visual, intensidad de la voz, entonación, fluidez

lingüística, etc.). Se realiza la evaluación por la intervención del terapeuta y por la asignación de funciones de observación a los participantes sobre cada una de estas variables (tiempo estimado 15 minutos).

Ejemplo: Proceder del terapeuta en la repetición de frases según el sentido

-Terapeuta: *Señora W., le doy esta tarjeta, ¿podría usted leer en voz alta al grupo la palabra que hay en ella?*

-Señora W.: *“Verano.”*

-Terapeuta: *“Verano”, sí, ¿podría ahora, por favor, formular una o dos frases en que aparezca “verano”? Su vecino, el Señor U., debe repetir luego las frases de acuerdo al sentido.*

-Señora W.: *El verano es demasiado caliente para mí. Entonces debo permanecer siempre en la unidad porque no salgo con gusto.*

-Terapeuta: *Ahora, Señor U., ¿podría repetir por favor las frases de la Señora W., de acuerdo al sentido?*

-Señor U.: *El verano es demasiado caliente para mí, entonces debo permanecer siempre en la unidad porque no salgo con gusto.*

-Terapeuta: *Gracias Señor U., Señora W., ¿estuvo bien?*

-Señora W.: *Sí, palabra por palabra.*

-Terapeuta: *¿Los demás también están de acuerdo con ello? (inclinan la cabeza en señal de aprobación). Señor U., usted ha puesto una atención muy especial. Ha repetido las frases palabra por palabra, aunque en realidad debería haberlas repetido sólo de acuerdo al sentido.*

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 15

HABILIDADES SOCIALES

Objetivo: desarrollo o mejora de una serie adecuada de habilidades sociales tales como informarse, reclamar, disculparse, establecer contacto, etc.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 75 minutos aproximadamente.

Materiales: cámara de video (opcional).

Actividades:

Para esta sesión el contenido terapéutico está constituido por situaciones de diferentes ámbitos sociales (por ejemplo: La vida diaria en el propio centro de rehabilitación, contacto con autoridades, búsqueda de trabajo, búsqueda de casa, contactos sociales en el tiempo libre, etc.) que son importantes para los pacientes.

1. *Elaboración cognitiva:* preparación del “juego de roles”: Al principio de la sesión se establece que situación se va a practicar, situación que requiere una interacción social para alcanzar el objetivo. A continuación el grupo elabora un posible diálogo para tal situación y lo escribe en una pizarra. Luego el grupo debe de encontrar un título corto y preciso para la situación a practicar. Deberán ser verbalizadas las posibles dificultades que puedan aparecer durante la realización de la interacción, para ser tenidas en cuenta en el role playing siguiente. Finalmente, cada participante estima el grado subjetivo de dificultad que le produce la realización de la situación (tiempo estimado 25 minutos).
 - a) Situaciones de “poco riesgo”. Las situaciones de “bajo riesgo” requieren interacciones sociales con una alta probabilidad de desarrollarse satisfactoriamente, puesto que el resultado de esta interacción no se ve apenas afectado por las reacciones del receptor. Con otras palabras: la probabilidad de que el receptor se comporte según el objetivo del emisor es bastante alta.
 - b) Situaciones de “alto riesgo”. Se recomienda empezar a trabajar desde un punto de vista analítico-conductual con situaciones extraídas de la vida del paciente (por ejemplo: relaciones adecuadas con otros pacientes), sólo con aquellos grupos avanzados y seguros. Las situaciones sociales de “alto riesgo” no llevan necesariamente a que el emisor consiga su objetivo, puesto que el resultado de la interacción dependerá en gran medida de la

reacción del receptor. La probabilidad de éxito de la interacción es bastante más baja que en las situaciones de “bajo riesgo”.

c) Situaciones complejas. Las situaciones complejas exigen muchas habilidades sociales por parte de los participantes en la interacción. En la realidad, y también en las situaciones de entrenamiento que pretenden simular la realidad, los parámetros relevantes (como la cantidad de interacciones, etc.) apenas pueden ser anticipados.

2. *Ejecución del “juego de roles”*: Los terapeutas ponen en práctica entre ellos el modelo de interacción elaborado. Los participantes observan la puesta en escena para luego poder practicarla entre ellos. Después de cada actuación (role playing) los terapeutas deben de hacer observaciones positivas reforzantes, con propuestas concretas que puedan mejorar la interacción entre los participantes cuando desarrollen la siguiente actuación. Cada práctica debe de terminar con la indicación de una tarea, que permita la puesta en práctica de lo aprendido en un contexto normalizado. A ello se pueden añadir ejercicios en un contexto real, fuera del ambiente clínico (tiempo estimado 30 minutos).

3. En grupos con capacidad de afrontamiento a situaciones con mayor carga emocional se aconseja además la utilización de un video para grabar el “role play”, y así poder luego opinar en grupo sobre el mismo, incluidos los propios protagonistas (15 minutos).

Cierre de sesión: se les deja de tarea que al comienzo de la siguiente sesión de terapia debe de comentarse el resultado de las experiencias en el contexto personal del paciente (comentar el resultado de las tareas) aunque sólo sea brevemente (tiempo estimado 5 minutos).

SESIÓN 16

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS INTERPERSONALES

Objetivo: mejorar tanto la percepción de problemas, como la actitud racional frente a ellos y se aspira a conseguir una superación eficiente de los mismos.

Participantes: personas con esquizofrenia.

Duración: 75 minutos aproximadamente.

Materiales: ninguno

Actividades:

Los participantes, tras ser elegido un problema, proponen soluciones constructivas que deben de ser evaluadas en grupo tratando de encontrar las mejores alternativas, e intentando encontrar consenso (aunque no es imprescindible) para luego poder llevar la solución a la práctica real. Dado que el procedimiento terapéutico se refiere a los problemas actuales de los participantes este programa está, a diferencia de los demás, poco estructurado, y organizado. La dificultad para llevar a cabo este programa es importante tanto para los participantes como para los terapeutas. No es apropiado para todos los pacientes esquizofrénicos, sino solamente para aquellos con capacidad para afrontar estrés y carga emocional, es decir aquellos con un menor nivel de deterioro. De aplicar inadecuadamente este programa a pacientes sin capacidad de afrontamiento, se podría producir en estos una descompensación. Además deben de haber adquirido una alta cohesión grupal y confianza.

- 1) Al comienzo, se trata de identificar un tipo de problema cuyo contenido interese a todos o a la mayoría. De entre estas situaciones propuestas, además de tratar de que sea común a la mayoría, se deben emplear criterios pragmáticos en la selección del mismo tales como importancia del mismo, urgencia, o probabilidad objetiva de solución (tiempo estimado 15 minutos).
- 2) El siguiente paso consiste en la elaboración cognitiva del problema elegido. Ahora éste se divide en problemas parciales que se presentan para la superación global del mismo (tiempo estimado 20 minutos).
- 3) Con cada uno de estos problemas se debe de hacer una elaboración cognitiva, y se deben de discutir las propuestas o soluciones alternativas a cada uno de ellos de los participantes, tratando de seleccionar la más viable y con mayor probabilidad de éxito (tiempo estimado 30 minutos).

Cierre de sesión: Los participantes tendrán que llevar estas soluciones a la práctica real (tarea). Al finalizar el taller se evalúan los resultados (éxito o fracaso) pero siempre dando un refuerzo a cualquier intento (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 17

REDES DE APOYO PARA EL CUIDADOR PRIMARIO

Objetivo: Establecer vínculos de apoyo con personas del contexto inmediato.

Participantes: cuidadores primarios.

Duración: 60 minutos aproximadamente.

Materiales:

Actividades:

1. En esta sesión el instructor explica que hacerse cargo de los cuidados de un familiar o amigo enfermo implica, muchas veces, un gran esfuerzo que puede consumir casi todo su tiempo y en ocasiones puede descuidar otras actividades importantes, como la atención de otros familiares, el empleo o la escuela, e incluso su propio cuidado. En esta sesión se abordará lo importante de contar con la mayor cantidad de apoyo posible, de manera que pueda repartir las actividades necesarias entre los diferentes miembros de la familia y el cuidador primario tenga tiempo para dedicar a otros asuntos importantes. En algunas ocasiones las personas no buscamos apoyo porque pensamos que es nuestra obligación hacernos cargo de todos los cuidados del paciente, sin embargo, no nos damos cuenta que si tenemos que cumplir con tantas actividades la calidad con las que las hacemos disminuye. En este punto debemos preguntarnos ¿qué prefiero, cantidad o calidad? Probablemente su respuesta sea calidad. En este caso, se explicara que es mejor dejar a cargo de otras personas actividades sencillas que no comprometan el cuidado de su paciente pero lo liberen a usted de actividades que solo consumen su energía pero no son tan urgentes. Con el objetivo de repartir las tareas entre los miembros de la familia se sugiere que se elabore una lista de las cosas que se necesitan hacer para el cuidado de su paciente y distribuirlas entre la familia de acuerdo con las capacidades y habilidades de cada uno. Incluso los más pequeños de casa pueden colaborar con acciones sencillas, como llevar un vaso de agua para que el paciente tome sus medicamentos. Como se muestra en el ejemplo siguiente:

Mi papá necesita que:	¿Quién la hace?
Le demos los medicamentos	Yo
Vayamos a la farmacia por medicamentos	Diego
Vayamos a la consulta	Julia y yo
Recogerlo del trabajo	Francisco
Le hagamos compañía por la tarde	Ximena y Regina

(Tiempo estimado 50 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión y se hace una breve ronda para resolver dudas respecto a lo expuesto (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 18

AUTOCUIDADO EN EL CUIDADOR PRIMARIO

Objetivo: Brindar sugerencias que promuevan el autocuidado del cuidador.

Participantes: cuidadores primarios.

Duración: 50 minutos aproximadamente.

Actividades:

El autocuidado es importante para que las personas que cuidan de un familiar enfermo también cuiden de sí mismos, ya que de esta forma evitarán enfermar y convertirse a su vez en un paciente, ya sea por complicaciones de una enfermedad preexistente o por el desarrollo de una enfermedad como resultado de un escaso autocuidado. Además cuidarse da la posibilidad de cuidar mejor de su familiar (Rangel-Domínguez, 2014).

1. El instructor expone que algunas sugerencias para el autocuidado son:
 - a) Tome algunos minutos del día para descansar. Puede hacerlo mientras va en el transporte o cuando su paciente está dormido. Dedicar 15 o 20 minutos al día a su descanso puede favorecer su estado de salud física y mental.
 - b) Realice actividades que sean de su agrado (leer, salir a caminar, bordar, tejer, ver la televisión). Algunas de estas actividades puede compartirlas con el paciente, así ambos tendrán un tiempo de distracción y pueden mejorar su relación.
 - c) Procuré alimentarse adecuadamente. Evite saltarse comidas.
 - d) Realice algún ejercicio sencillo (caminar, correr, bailar). No es necesario que dedique mucho tiempo a esta actividad. Puede hacerlo durante 15 o 20 minutos al día. Si es posible incluya a otros miembros de la familia, de esta forma también los demás cuidarán de su salud.
 - e) Pase tiempo con otros miembros de su familia (hijos, pareja) haciendo cosas que les gusten. Pueden realizar actividades sencillas como dibujar, juegos de mesa o simplemente platicar. Esto les permitirá fortalecer su relación al tiempo que descansan de los cuidados al paciente.

- f) Si no le es posible dormir por un tiempo largo, tome algunas siestas. Puede aprovechar el tiempo que su paciente se encuentra acompañado por alguna visita de confianza o incluso cuando su familiar también duerme.
- g) Si usted también está enfermo no descuide sus medicamentos. Si es posible inclúyalos en la rutina de atención a su paciente (tome sus medicamentos cuando lo haga su paciente)
- h) Procure no descuidar su arreglo personal. Realice actividades sencillas que mantengan y favorezcan su autoimagen como intentar un nuevo peinado, maquillarse, usar ropa que le agrada, etc. Esto ayudará a que el impacto negativo sobre su autoestima sea menor.
- i) Busque y participe en grupos de apoyo a cuidadores
- j) Realice actividades de relajación en casa.

(tiempo estimado 40 minutos).

Cierre de sesión: se realiza un resumen de lo que se vio durante la sesión y se hace una breve ronda para resolver dudas respecto a lo expuesto (tiempo estimado 10 minutos).

SESIÓN 19

FINALIZACIÓN DEL TALLER

Objetivo: cierre de la intervención y evaluación del taller

Participantes: personas con esquizofrenia y cuidador primario.

Duración: 120 minutos.

Materiales: instrumentos de evaluación

Actividades:

Esta sesión es muy importante pues en ella expresaran los participantes cuales han sido sus logros, dificultades y alcances a lo largo de la intervención.

1. El facilitador invita al grupo a formar un círculo tomados de las manos en el centro de la sala. Inmediatamente cuenta algo sobre la simbología del círculo:
 - Tomados de las manos: la mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar, debe estar sobre la mano izquierda del compañero de la derecha;
 - La mano izquierda, recibiendo la derecha del otro, simboliza nuestra necesidad de intercambio;
 - Al mismo tiempo en que podemos ayudar, necesitamos recibir ayuda. Ninguno de nosotros es tan fuerte para sólo ayudar o tan débil para sólo recibir ayuda;
 - El círculo forma parte de los rituales y costumbres de pueblos primitivos, probable-mente desde la prehistoria. Todas las actividades en esta época eran celebradas en forma de círculo;
 - Se creía que a través de la energía emanada entre las personas componentes de la ronda, los malos espíritus eran alejados y los buenos permanecían ahí;
 - En el círculo vemos a todos, estamos en el mismo plano, podemos mirar a aquellos que están cerca y a los más distantes. No hay primero ni último. Nos sentimos iguales;
 - Cuando entramos en el círculo, no estamos disputando el liderazgo. Estamos confiando en los amigos, familiares y conocidos.
 - La energía está en equilibrio entre dar y recibir;
 - En el círculo somos todos iguales;
 - No hay primero ni último;
 - Estamos todos en el mismo plano;
 - Veo a las personas de la izquierda, derecha y a los más distantes;

Posteriormente el coordinador solicita que cada participante exprese cuáles han sido sus mejorías o dificultades enfrentadas y que nos comparta como puede seguir mejorando.

Para finalizar esta actividad el facilitador cierra también con una palabra suya y dice a los participantes que: *nos separaremos algunas veces en pequeños círculos, pero sin perder de vista nuestra fuerza y nuestra unión.*

Cierre de sesión: finalmente se aplican los instrumentos de post-evaluación y evaluación del taller (anexo 15) también se hace otra actividad donde se les pide a los participantes que pequeños grupos de hasta 5 personas mencionen como mínimo tres factores comportamentales y actitudinales para mantener la calidad del curso, facilitar la búsqueda de sus objetivos, o que deban recibir atención específica, o ser eliminados.

CAPÍTULO 5 | DISCUSIÓN

Ahondar en el conocimiento de la neurobiología de la esquizofrenia es un factor clave para perfeccionar la capacidad de diagnóstico e identificar futuros objetivos de intervención y consiguientemente, mejorar el pronóstico de los pacientes, dado que es un hecho que esta enfermedad es multicausal.

Así pues, el progreso se desarrolla desde distintas líneas de investigación pero con la intención de converger en una ruta común; es necesario utilizar un enfoque multidisciplinar para dar respuesta a las preguntas que aún faltan por develar respecto a la enfermedad. Es por ello que es imprescindible emplear las aportaciones que se hagan desde otras ramas del conocimiento. Por ejemplo los avances en la nosología, con unos criterios diagnósticos más refinados y en los que se incluyan medidas objetivas (como los déficits cognitivos), en la investigación básica, en la psicofarmacología o en la neuropsicología, han de ser integrados. En neuropsicología por ejemplo, se han realizado importantes avances en la comprensión de los mecanismos cognitivos y fisiológicos subyacentes a los signos y síntomas de la esquizofrenia, lo cual nos permite mejorar nuestro conocimiento de la neurobiología del trastorno, así como las estrategias de intervención, tanto psicológicas como farmacológicas.

Conocer de manera general aspectos de la neurobiología de la esquizofrenia (por ejemplo: cambios bioquímicos, genéticos, estructurales y de neurodesarrollo), por parte del profesional de la psicología clínica, asegura una mejor comprensión en la labor de la intervención a cualquier nivel, ya que no se limita únicamente a las escasas y poco actualizadas teorías y modelos del trastorno que existen por parte de la psicología, se puede observar en las intervenciones psicológicas de esta década que optar por una visión biopsicosocial del trastorno, brinda mejores resultados en cuanto evolución y pronóstico de la enfermedad.

En cuanto al aporte de la psicología en el tratamiento de la esquizofrenia es fundamental contar con un modelo que se adapte a las nuevas perspectivas multidimensionales. Como se puede observar el contar con un modelo de intervención en los trastornos mentales especialmente en la esquizofrenia otorga un sólido sistema de tratamiento pues se brinda información especializada y relevante tanto a los pacientes como a las personas que están estrechamente vinculadas con la persona que padece el trastorno, además las estrategias interventivas por parte de la psicología en esquizofrenia en esta década van orientadas a trabajar desde sus más sólidos principios como lo es la comunicación, el manejo de pensamientos, habilidades interpersonales,

emociones, creencias, percepción, automonitoreo etc. de manera esquemática y adaptadas a la lógica y funcionamiento del trastorno.

Por lo tanto tener un modelo teórico para la intervención psicológica de la esquizofrenia es una herramienta que permite al profesional una opción de maniobra ante las situaciones de malestar que supone la esquizofrenia, tomando en cuenta que este es un complemento ante el engranaje que representa la atención de la patología. De modo que la sistematización de proceder en el tratamiento de la esquizofrenia contempla también como ya se mencionó anteriormente a los cuidadores primarios, pues se ha demostrado que atender el clima de la persona que permanece cerca del paciente es necesario en la intervención psicológica (Rascón, Caraveo, y Valencia, 2010).

Por otra parte, cabe destacar que la mayoría de las intervenciones psicológicas dirigidas a personas con esquizofrenia y sus cuidadores primarios se han diseñado y aplicado en países altamente desarrollados en salud mental (por ejemplo Cuba, Estados Unidos de Norteamérica, España), por lo tanto en México aún este tipo intervenciones no es ampliamente utilizado y difundido (Pérez-Álvarez, 2012). Por lo cual tener un manual de intervención para personas con esquizofrenia y sus cuidadores primarios en México ayuda al profesional de la psicología clínica y de la salud a intervenir de una manera sistemática y objetiva.

CAPÍTULO 6 | CONCLUSIÓN

La atención sanitaria de la esquizofrenia supone un gran reto para los profesionales de la salud, ya que implica un abordaje multidisciplinario dado que esta enfermedad es multicausal y multidimensional, sin embargo este reto no solo requiere del apoyo del profesional, puesto que gran parte de la mejoría está determinada por el ambiente de los pacientes, por lo cual se requiere de condiciones propicias para un buen pronóstico. Debido a que la esquizofrenia trae consigo cierto grado de incapacidad lo más idóneo es que estas personas cuenten con apoyo de alguien que este al cuidado de algunos aspectos del enfermo, no obstante no siempre las personas que brindan ayuda al esquizofrénico, cuentan con los conocimientos mínimos necesarios para lidiar con los cuidados. Es por ello que con este trabajo se pretende aportar un poco y de alguna manera, a la conformación de atención a los pacientes-cuidadores primarios, que tome como base la concepción multidimensional en la esquizofrenia, misma que está emergiendo a partir de los inicios de este siglo. Es importante mencionar que esta propuesta de intervención queda dispuesta para una posible segunda etapa de aplicación.

Diseñar una propuesta de intervención psicológica para un trastorno psiquiátrico implica no perder la línea de la disciplina psicológica y trabajar desde sus variables (comunicación, emociones, pensamientos, redes sociales) para complementar todo aquello que los medicamentos no pueden modificar por sí solos, pero al mismo tiempo también implica tomar en cuenta cuáles son los aspectos médico-psiquiátricos para su abordaje multidisciplinar. Esto deja en evidencia que la labor del psicólogo clínico y de la salud en la atención de los trastornos psiquiátricos en concreto el de la esquizofrenia puede ser tangible siempre y cuando no pierda de vista donde empieza y termina la labor de los demás colegas profesionales de la salud.

REFERENCIAS

- Abraham, A. L., Focaccia, R., & Gattaz, W. F. (2005). Childhood meningitis increases the risk for adult schizophrenia. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(2), 44-48.
- Aguilar-Valles, A. (2011). Identification of genetic factors in the etiology of schizophrenia. *Acta Biológica Colombiana*, 16(3), 129.
- Albarrán-Ledezma, A. J., & Macías-Terriquez, M. A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
- Almaguer-Mederos, L. A., Barroso-Pérez, C. T., Amaro-Blanco, A. J., Lorenzo-Ruiz, A., & Gamboa-Díaz, Y. (2013). Habilidades para el cuidado y estrés asociado a la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 288.
- Almeida, J. G., Almeida, H. N., & Santos, E. R. (2010). Sobrecarga dos cuidadores familiares de pessoas com doença mental: dimensões analítico-reflexivas na perspectiva do Serviço Social. *Psychologica*, (52-II), 91-116.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ávila-Toscano, J H; García-Cuadrado, J M; Gaitán-Ruiz, J; (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19() 71-84. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=80415077007>
- Avilés-Castellanos, G. A. (2014). Caracterización de pacientes con esquizofrenia. *Medisan*, 18(5), 602-605.
- Awan, N. R., Jehangir, S. F., Irfan, M., Naeem, F., & Farooq, S. (2017). Explanatory model of illness of the patients with schizophrenia and the role of educational intervention. *Schizophrenia Research*.
- Bados-López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Barcelona: Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico.

- Barrera, L., Sánchez, B., Carrillo, G., Chaparro, L., & Carreño, S. (2015). Validación semántica y prueba de estabilidad del "Inventario de habilidad de cuidado" versión en español. *Actualizaciones en Enfermería*, 18(1), 8-14.
- Barrera-Ortiz, L., Blanco de Camargo, L., Figueroa, P., Pinto-Afanador, N., & Sánchez-Herrera, B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional. Revista Aquichán*, 6(1), 22-33.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Baumgart, A. (2006). Investigación diagnóstica en Psicopatología: concepciones y formas clínicas de las Psicosis Esquizofrénicas. Actualización. In XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- Beck, A. T. (2010). *Esquizofrenia: teoría cognitiva, investigación y terapia*.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bembenek, A. (2005). Seasonality of birth in schizophrenia patients. Literature review. *Psychiatricrehabilitation in Poland*, 39, 259-270.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé.
- Bohórquez-Peñaranda, A., Gómez-Restrepo, C., García-Valencia, J., Jaramillo-González, L. E., de, I. H., Arenas, Á., & Tamayo-Martínez, N. (2014). Antipsychotic treatment of the adult patient in the acute phase of schizophrenia. *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 44 Suppl 1, 13-28. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.003>
- Brown, A. S. (2006). Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 200-202.
- Buka, S. L., Cannon, T. D., Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2008). Maternal exposure to herpes simplex virus and risk of psychosis among adult offspring. *Biological psychiatry*, 63(8), 809-815.
- Cai, C., Yu, L., Rong, L., & Zhong, H. (2014). Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 59, 174-178.

- Camacho Estrada, L., Arvizu, H., Yokebed, G., & Jiménez Mendoza, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41.
- Cangas, A. J., & Ibañez, V. (2010). Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave. Granada: Alborán.
- Caponigro, J. M., Moran, E. K., Kring, A. M., & Moskowitz, J. T. (2014). Awareness and coping with emotion in schizophrenia: acceptability, feasibility and case illustrations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 371-380.
- Ceballo-Bello, Y., de Vasconcelos, J. D., & Ferreira-Correia, 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.
- Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A. M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 175(1), 168-173.
- Cid, F., & Cavieres, A. (2013). Efecto del Programa Psicoeducativo ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 102-109.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., & Olivares, J. M. (2016). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- de la Fuente, J.R., (1992). *Psicología Médica*, 2nd edición Fondo de Cultura Económica, México.
- de Romo, A. R. (2012). Diferentes propuestas para entender la esquizofrenia. *Archivos De Neurociencias*, 17(4), 242-246.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Ellis, A., & Lega, L. I. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Journal of RET*, 9(3), 139-172.

- Escalona, M. C., Estrabao, O. A. Á., & Álvarez, S. M. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y genealógica de la esquizofrenia en pacientes de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez de Holguín. *Correo Científico Médico*, 16(4).
- Espert, R., Navarro, J. F., & Gaoba, M. (1998). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Revista de Psicología Conductual*, 6(1), 29-48.
- Espinoza, A. M., Derito, N. C., & Rodríguez, G. M. (2006). Inicio y curso del proceso esquizofrénico. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3).
- Estrada-Morales, M., (2016). Taller de técnicas de afrontamiento para evitar el síndrome de Burnout dirigido al cuidador primario del paciente con demencia (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Fallahi-Khoshknab, M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2014). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(5), 438-446.
- Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J. D., Ringuet, A., & Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC psychiatry*, 15(1), 231.
- Fernández-Catalina, P., & Labrador-Encinas, F. J. (2012). Programa psicosocial dirigido al bienestar de los familiares de personas con trastorno psicótico. Presentación de un estudio de efectividad. *Inf. psiquiátr*, 353-392.
- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393.
- Fumero, A., & de Miguel, A. (2013). Psicopatología y Autoconcepto en Esquizotipia Modulada por la Sintomatología Esquizofrénica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3).
- García-Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.

- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (5), 83- 92.
- García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V., & Torío-López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197.
- García-Valencia, J., Miranda, A L., López-Jaramillo, C. A., Palacio-Acosta, C. A., Gómez-Franco, J., Ospina-Duque, J., (2005). Esquizofrenia y neurodesarrollo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV() 63-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403006>
- Garrido, G., Penadés, R., Barrios, M., Aragay, N., Ramos, I., Vallès, V., Faixa, C. & Vendrell, J. M. (2017). Computer-assisted cognitive remediation therapy in schizophrenia: Durability of the effects and cost-utility analysis. *Psychiatry Research*, 254, 198-204.
- Gil, D., Palacios, M., Sánchez, R., Gómez, I., Gutiérrez, E., & Ramiro, G. y Fuentecilla, A. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento en atención en esquizofrenia: Un estudio piloto [Efficacy of an attention training program in schizophrenia: A piloto study]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 43-56.
- Giménez, C., & Zafra, F. (2009). Hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia. *Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia*.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 39- 76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez-Hinojosa, A. M., Botella-García del Cid, L., Corbella-Santomà, S., Herrero-Esquerdo, O. & Pacheco-Pérez, M. (2014). Resultados de un Tratamiento Grupal en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide sobre la Calidad de Vida y el Estado Sintomático. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 165-182.
- Gómez-Restrepo, C. (2014). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia: "hacer bien las cosas que hacen bien". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 1-2.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez-Peñaranda, A. P., de la Hoz-Bradford, A. M., Tamayo-Martínez, N., García-Valencia, J., & Jaramillo-González, L. E.

- (2014). Maintenance treatment with antipsychotics for adult patients diagnosed with schizophrenia]. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 44 Suppl 1, 29-39. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.004>
- González-Pienda, J. A., Núñez-Pérez, J. C., Glez-Pumariega, S., & García-García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2).
- Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 15(1), 72.
- Higuera-Romero, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292.
- Ho, R. T., Fong, T. C., Wan, A. H., Au-Yeung, F. S., Wong, C. P., Ng, W. Y., & Chen, E. Y. (2016). A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia research*, 171(1), 42-49.
- Howes, O., McCutcheon, R., & Stone, J. (2015). Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England), 29(2), 97–115. <http://doi.org/10.1177/0269881114563634>
- Jiménez, F., Moyano, E., Piera, A., Palomo, A. L., & Pérez Valderrama, B. (2002). Dimensiones de la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 9(4), 164-174.
- Johnson, M. (1999). *Nursing outcomes classification (NOC): estresores del cuidado*. EEUU: Mosby Year Book Inc.
- Kay, S. R., & Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 16(3), 537.
- Lancon, C., Aghababian, V., Llorca, P. M., & Auquier, P. (1998). Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(5), 369-376.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernandez, O., García-Saiz, A., Pérez, G., Alonso Sánchez, M., & Ortega-Ferrández, J. A. (2004). Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de

- pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(3), 166-177.
- Li, H. (2005). Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 3-8.
- Lindenmayer, J. P., Fregenti, S., Kang, G., Ozog, V., Ljuri, I., Khan, A., ... & McGurk, S. R. (2017). The relationship of cognitive improvement after cognitive remediation with social functioning in patients with schizophrenia and severe cognitive deficits. *Schizophrenia research*, 185, 154-160.
- López-Jiménez, A., Ríos-Díaz, J., & Gómez-Sánchez, R. (2014). Intervención con terapia ocupacional en pacientes penitenciarios con esquizofrenia paranoide: estudio experimental no controlado. *Fisioterapia*, 36(5), 217-224.
- López-Martín, O., Segura-Fragoso, A., Rodríguez-Hernández, M., Dimbwadyo-Terrer, I., & Polonio-López, B. (2016). Efectividad de un programa de juego basado en realidad virtual para la mejora cognitiva en la esquizofrenia. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 133-136.
- Loubat, M., Cifuentes, Á., & Peralta, P. (2013). Intervención grupal de estimulación cognitiva para jóvenes con primeros episodios psicóticos. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 8(27), 89-100.
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Fetherston, A., Kinsella, A., & O'Callaghan, E. (2012). Schizophrenia: a five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *European Psychiatry*, 27(1), 56-61.
- Malchow, B., Keller, K., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., & Schmitt, A. (2015). Effects of endurance training combined with cognitive remediation on everyday functioning, symptoms, and cognition in multiepisode schizophrenia patients. *Schizophrenia bulletin*, 41(4), 847-858.
- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Gonçalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33, 9-17.
- Martínez Araujo, Z., & Yannarella, W. E. (2010). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Malestar y Subjetividades*, 10(2).

- Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martínez-Jambrina, J. J., de Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(2), 83-91.
- Melchor-Granados, A., D. (2012). Esquizofrenia: propuesta psicoeducativa Cognitivo conductual para cuidador primario y paciente con esquizofrenia medicado de consulta externa (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Mesa-Castillo, S. (2014). Sobre la etiología de la esquizofrenia: genes y medio ambiente. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(3).
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N., & Borrero, Á. A. (2016). Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Moriana, J. A., Alarcón, E., & Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(146), 719-742.
- Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., & Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 23(1), 5.
- Mori-Sánchez, M. D. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14(14), 81-90.
- Moyano, F. A. (2014). Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. *Revista de Enfermería*, 8(1).
- Muñoz, J.J., Manzano, J.M., Navas, E., Santos, J.M. & Ortiz, T. (2012). Terapia cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de la sintomatología positiva de pacientes esquizofrénicos crónicos. Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 69-84.

- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC research notes*, 5(1), 399.
- Nevot, P., & Chinchilla, A. (2007). Epidemiología de la Esquizofrenia. Las Esquizofrenias: Sus hechos clínicos y valores clínicos y terapéuticos, 21-39.
- Ngoc, T. N., Weiss, B., & Trung, L. T. (2016). Effects of the family schizophrenia psychoeducation program for individuals with recent onset schizophrenia in Viet Nam. *Asian journal of psychiatry*, 22, 162-166.
- Nischk, D., Dölker, C., Rusch, J., & Merz, P. (2015). From theory to clinical practice: a phenomenologically inspired intervention for patients with schizophrenia. *Psychopathology*, 48(2), 127-136.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-220.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia bulletin*, 10(2), 300.
- Olney, J. W., & Farber, N. B. (1995). Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 998-1007.
- Ojeda, C. (2006). La esquizofrenia clásica. *Rev GU*, 2(4), 375-8.
- Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., & Eguíluz, J. I. (2012). Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. *Rev Neurol*, 54(10), 577-586.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020 (www.who.int). Ginebra, Suiza: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Esquizofrenia. [Online] Recuperado de <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs397/es/index.html> [Accessed 3 Feb. 2017].
- Ortiz-Gómez, M. T., Lauro-Bernal, I., Jiménez-Canagas, L., & Silva-Ayzaguer, L. C. (2000). Proyectos de Intervención en salud familiar: una propuesta método. *Rev. Cubana Salud Pública*, 26(1), 12-6.

- Ozkan, B., Erdem, E., Ozsoy, S. D., & Zararsiz, G. (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pakistan journal of medical sciences*, 29(5), 1122.
- Palli, A., Kontoangelos, K., Richardson, C., & Economou, M. P. (2015). Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 277-289.
- Paz, H. (2005). Modelos fisiopatológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(4), 314-328.
- Penadés-Rubio, R., Villalta-Gil, V., Farriols-Herrando, N., Palma-Sevillano, C., y Salavera-Bordás C. (2011). Esquizofrenia. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, y Á. Ruano (1ra°Ed.) *Rehabilitación neuropsicológica Intervención y práctica clínica* (pp. 207). Barcelona, España: Elsevier
- Peña, J., Sánchez, P., Elizagárate, E., Ibarretxe-Bilbao, N., Ezcurra, J., Caballero, L., & Ojeda, N. (2015). Recuperación Clínica Pero No Cognitiva En Esquizofrenia A Traves De La Experiencia Del Cine De Ficción. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(4), 214-219.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
- Purba, J., Suttharangsee, W., & Chaowalit, A. (2017). Effectiveness of a Coaching Program for Family Caregivers of Persons with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Walailak Journal of Science & Technology*, 14(1).
- Ramírez, J. F. V., Grijalva, M. G., & Avilés, A. G. P. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146-151.
- Rangel-Domínguez, N. E. (2014). Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*, 10(2/3), 365.
- Rascón, M. L., Caraveo, J., & Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica*, 62(6), 509-515.

- Rascón, M. L., de Lourdes Gutiérrez, M., Valencia, M., & Murow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31, 205-212.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud mental*, 37(3), 239-246.
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1987). (No. C/344.04072 M42). México.
- Rispaud, S. G., Rose, J., & Kurtz, M. M. (2016). The relationship between change in cognition and change in functional ability in schizophrenia during cognitive and psychosocial rehabilitation. *Psychiatry research*, 244, 145-150.
- Robaina-Jiménez, Z., & Hechavarría, I. V. N. (2013). Bases genéticas de las principales hipótesis etiológicas en la esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(3).
- Roddy, S., Onwumere, J., & Kuipers, E. (2015). A pilot investigation of a brief, needs-led caregiver focused intervention in psychosis. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 529-545.
- Programa Psicológico Terapéutico Integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos. *Informació Psicológica*, (79), 43-50.
- Ruiz-Ríos, A. E., & Nava-Galán, M. G. (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., & Ribas-Sabaté, J. (2014). A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 81-89.
- Saiz-Ruiz, J., Vega-Sánchez, D. C., & Sánchez-Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Salokangas, R. K. (1997). Structure of schizophrenic symptomatology and its changes over time: prospective factor-analytical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(1), 32-39.
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula abierta*, 38(2), 53-64.

- Santacreu-Mas, J. (2011). *Protocolo General de Intervención Clínica en Psicología*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC psychiatry*, 12(1), 48.
- Soria Trujano, R., Vega Valero, C. Z., & Nava Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- Soto, F. L., Cortés, C. E., Terrazas, J. V., & Terrazas, S. V. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2).
- Soto-Pérez, F., & Castillo, D. (2014). PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 118-129.
- Stroman, D. F. (2003). *The disability rights movement: From deinstitutionalization to selfdetermination*. Lanham, MD: University Press of America
- Suescun, J., Guzman-Hernandez, C, Ramirez-Oyola, Y., & Campo, M. (2014). Variación en los puntajes de depresión en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide luego de intervención con horticultura. *Cultura Educación y Sociedad*, 5(1).
- Suvisaari, J., Haukka, J., Tanskanen, A., Hovi, T., & Lönnqvist, J. (1999). Association between prenatal exposure to poliovirus infection and adult schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1100-1102.
- Thara, R., Islam, H., Mendis, N., & Sucharitakul, D. (2002). Schizophrenia: Youth's greatest disabler [WHO Regional Office for South-Est Asia]. *Health & Behavior. Facts and Figures*.
- Torres Pereira, J. (2007). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). Universidad de Huelva.
- Torrey, E. F., Rawlings, R., & Waldman, I. N. (1988). Schizophrenic births and viral diseases in two states. *Schizophrenia research*, 1(1), 73-77.
- Vaccari-Jiménez, P., Astete-Cereceda, M., & Ojeda, P. (2012). Desinstitucionalización de la salud mental pública en Chile: nuevos desafíos y algunos ejemplos sobre las experiencias del centro comunitario de salud

- mental (COSAM) y del Hospital del Día (HD) en la comuna de Concepción. *Pequén*, 1(2), 83-107.
- Van der Does, A. W., Dingemans, P. M., Linszen, D. H., Nugter, M. A., & Scholte, W. F. (1995). Dimensions and Subtypes of Recent-onset Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(11), 681-687.
- Vázquez-Campo, M., & Mouriño-López, Y. (2013). ¿Es efectiva la terapia con arte en personas que padecen esquizofrenia?. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 10(43), 14.
- Vázquez-Campo, M., & Mouriño-López, Y. (2013). ¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia?. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 10(42), 15.
- Venegas-Bustos, B. C. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1), 137-147.
- Villamil-Salcedo, V., Valencia-Collazos, M., Medina-Mora M. E., y Juárez-García, F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(4), 283 -289.
- Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., Buchain, P. C., Oliveira, A. M., Oliveira, G. M., Di Sarno, E. S., ... & Elkis, H. (2016). A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry Research*, 245, 148-156.
- von Maffei, C., Görge, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC psychiatry*, 15(1), 93.
- Yildirim, A., Buzlu, S., Asilar, R. H., Camcioglu, T. H., Erdiman, S., & Ekinci, M. (2014). The effect of family-to-family support programs provided for families of schizophrenic patients on information about illness, family burden and self-efficacy. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 31.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

ANEXOS

Anexo 1

NORMAS DEL TALLER:

- Me expreso en primera persona
- Escuchar atentamente
- Todas las ideas son válidas
- Respetaré una idea, aunque no la comparta
- Trabajo en grupo
- Expreso aquello que puedo compartir
- Lo que aquí se comenta, aquí se queda

Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado de los objetivos y procedimientos del estudio y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. _____

_____ Firma del participante o del padre o tutor. Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

_____ Firma investigador.

CARTA COMPROMISO

Por medio de la presente manifiesto mi deseo de participar voluntariamente en la "intervención para personas con esquizofrenia y sus cuidadores primarios", mismo que se desarrollará en 20 sesiones, con una duración aproximada de hora y media cada una. De la misma manera, me comprometo a asistir a cada una de las sesiones en las fechas y horarios acordados con el instructor(a), hasta completar el taller y a llevar a cabo todas las actividades que forman parte del mismo.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma del Instructor

Anexo 3

PROGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

NUMERO DE SESIÓN	CONTENIDO DE LA SESIÓN
Sesión 1	bBenvenida y presentación
Sesión 2	Conociendo la esquizofrenia
Sesión 3	Factores de vulnerabilidad-estrés en la esquizofrenia
Sesión 4	Importancia del medicamento
Sesión 5	Sobrecarga emocional en el cuidador primario
Sesión 6	Estigma en la enfermedad y autoconcepto
Sesión 7	Autoconcepto
Sesión 8	Funcionalidad y contexto que rodea al paciente
Sesión 9	Abordar el contenido de las voces
Sesión 10	Diferenciación cognitiva (etapa 1)
Sesión 11	Diferenciación cognitiva (etapa 2)
Sesión 12	Diferenciación cognitiva (etapa 3)
Sesión 13	Percepción social
Sesión 14	Comunicación verbal
Sesión 15	Habilidades sociales
Sesión 16	Resolución de problemas interpersonales
Sesión 17	Redes de apoyo para el cuidador primario
Sesión 18	Autocuidado en el cuidador primario
Sesión 19	Finalización del taller

Anexo 5

Alucinaciones

Delirios

Alucinación
visual

Alucinación
auditiva

Ideas de
referencia

Ideas de
influencia

Apatía

Perdida de
interés

Aislamiento
social

Bloque o
incongruencia
en la
respuesta
emocional

Anhedonia

Quedarse
absorto

Anexo 6

HOJA DE ADMINISTRACIÓN Y TOMA DEL MEDICAMENTO

Domingo	Sábado	Viernes	Jueves	Miércoles	Martes	Lunes	Hora

Anexo 7

Síntoma	Marcar con una "X" si lo presenta	Nombre(s) del medicamento
Somnolencia		
Agitación		
Rigidez muscular		
Sensibilidad a la luz		
Mareos		
Hipertensión		
Acidez estomacal		
Estreñimiento		

Anexo 8

Complete las frases siempre refiriéndose a usted mismo.

1. Quiero _____
2. Necesito _____
3. Espero _____
4. No puedo _____
5. Ganaré _____
6. Pronto _____
7. Todas _____
8. Mi grupo _____
9. En mi clase _____
10. Mi amigo (a) _____
11. Tengo miedo _____
12. Me agrada _____
13. Jamás _____
14. Ahora mismo _____
15. Yo _____
16. Los otros _____
17. Tú crees que yo _____
18. Él / ella piensa que yo _____
19. Sueño _____
20. Me divierto _____

Anexo 9

Pensamientos e ideas irracionales

1.- Para un adulto existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.

Es realmente imposible gustar a todas las personas que nos rodean. Incluso aquellas personas a las que gustamos básicamente y nos aprueban, discreparán en algunas de nuestras conductas y cualidades. Esta creencia irracional es probablemente la mayor causa de infelicidad.

2.- Hay que ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.

Los resultados de que uno ha de ser perfecto son: auto reproches ante el fallo inevitable, disminución de la autoestima, aplicación de patrones perfeccionistas a la pareja ya a los amigos, paralización y miedo a intentar cualquier cosa.

3.- Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.

Una posición más real es la de pensar que tales personas se comportan de modo antisocial e inapropiado. Quizá se debe a que son tontas, ignorantes o neuróticas y lo que deberían de hacer es intentar cambiar su conducta.

4.- Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.

Esto puede describirse como el síndrome del niño mimado. Tan pronto como el globo se deshinch, empieza el diálogo:” ¿por qué me pasa esto a mi? ¡Demonios! No puedo soportarlo. Es horrible, es todo un asco”. Cualquier inconveniente, problema o falla que aparezca en tu camino se interpreta de este modo. El resultado es una profunda irritación e intenso estrés.

5.- Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden en sus emociones.

Una deducción lógica, a partir de esta creencia, es pensar que para lograr la felicidad o evitar la tristeza hay que controlar los acontecimientos externos. Dado que ese control es limitado y no podemos manipular los deseos de los demás, el resultado es la sensación de infelicidad y una ansiedad crónica. Atribuir la falta de felicidad a los acontecimientos es una forma de evitar enfrentarse con la realidad. Las propias interpretaciones de los hechos son las que causan la infelicidad. Mientras que poseemos un control limitado sobre las acciones de los demás, disponemos de un gran control de nuestras emociones.

6.- Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Esto a veces se expresa de la siguiente forma “Sólo que suene un timbre, ya empiezo a preocuparme” Y muchas personas comienzan a enumerar los

escenarios de la catástrofe. Desarrollar miedo o ansiedad ante lo incierto hace la extinción más difícil y aumenta el estrés; por el contrario reservar las respuestas de miedo al peligro real permite disfrutar de lo incierto como una experiencia nueva y excitante.

7.- Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

Hay muchas formas de eludir las responsabilidades: "Debería decirle que ya no me interesa, pero no esta noche... Tendría que encontrar otro trabajo, pero estoy demasiado cansado para ponerme a buscar en los ratos libres...Piensa en las excusas habituales que utilizas para evitar responsabilidades.

8.- Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Esta creencia se convierte en una trampa psicológica en la que tus opiniones y conocimientos de tus necesidades particulares quedan atrapados por la dependencia desarrollada hacia una autoridad superior.

9.- El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.

Sólo porque una vez algo te afectó de forma importante no significa que debas actuar con las conductas que desarrollaste en esta situación primera. Estas formas y modelos de conducta son sólo decisiones tomadas tantas veces que se han hecho casi automáticas. Debes averiguar cuáles son y empezar ahora mismo. Hay que aprender de las experiencias pasadas, pero no debemos permanecer atados a ellas indefinidamente.

10.- La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Esto es llamado "Síndrome de Campos Elíseos". Existen más formas de felicidad que la relajación absoluta.

11.- Te hallas desamparado y no tienes control sobre lo que experimentas o sientes.

Esta creencia es la razón de muchas depresiones y ansiedades. La verdad es que no sólo ejercemos un considerable control sobre nuestras situaciones interpersonales, sino que controlamos también la forma de interpretar y responder emocionalmente a cada uno de los acontecimientos de nuestra vida.

12.- Las personas somos frágiles y nunca deberíamos sufrir ningún daño.

Esta creencia irracional lleva a una falta de comunicación abierta de sentimientos importantes y a un sacrificio auto impuesto de no disfrutar de lo bueno y agradable. Dado que todo lo que necesitas o deseas parece dañar o privar a alguien de alguna cosa, te sientes frustrado, desamparado y deprimido. Las relaciones se llenan de espacios muertos en los que los conflictos se van desarrollando y nos e hace nada para solucionarlos.

13.- Las buenas relaciones están basadas en el sacrificio mutuo y en la idea de dar.

Esta creencia se basa en la suposición de que es mejor dar que recibir. Se manifiesta en repulsión a pedir nada y a que las necesidades ocultas se adivinen y satisfagan. Desgraciadamente, la abnegación constante sólo aboca a la amargura y a la depresión.

14.- Si no te esfuerzas mucho por agradar a los demás, estos te abandonarán y rechazarán.

Esta creencia es consecuencia de una baja autoestima, generalmente se corre menos riesgo de rechazo si uno se muestra a los demás tal y como es; pueden tomarlo o dejarlo, pero si te aceptan ya no tienes de que preocuparte de bajar la guardia ni de que te rechacen más tarde.

15.- Cuando la gente desapruueba lo que haces, significa invariablemente que estas equivocado o que no eres bueno.

Esta creencia provoca ansiedad crónica en la mayoría de las relaciones interpersonales. La irracionalidad del pensamiento radica en la generalización de un fallo específico o de un rasgo que no es atractivo a la totalidad de uno mismo.

16.- La felicidad, el bienestar y la satisfacción sólo pueden alcanzarse en compañía de los demás y estar solo es algo horrible.

Placer, auto valía y satisfacción pueden sentirse tanto estando solo como acompañado. Estar solo es productivo y a veces, deseable.

17.- El amor es perfecto y la relación ideal existe realmente.

Los que suscriben esta teoría normalmente se resienten de sucesivas relaciones porque ninguna les satisface del todo, ya que están esperando siempre al compañero ideal. No suele llegar nunca.

18.- No tendríamos que sentir dolor tenemos derecho a una buena vida.

La postura realista al respecto es que el dolor es una parte inevitable de la vida del hombre. Frecuentemente acompaña a las decisiones difíciles y saludables y a los procesos de crecimiento. La vida no es una fiesta y muchas veces hay que sufrir sin que se pueda evitar.

19.- Su valor como persona depende de cuánto consiga y realice.

Una evaluación mucho más real como persona es la de pensar que éste depende de cosas como la capacidad de estar vivo, sabiendo todo lo que significa el ser humano.

20.- El enfado es automáticamente malo y destructivo.

El enfado tiene muchas veces un efecto desintoxicante. Puede ser una forma honesta de comunicación de sentimientos, sin atentar contra la estima y la seguridad de los demás.

21.- Está mal o es un error ser egoísta.

La verdad es que nadie conoce sus propias necesidades mejor que uno mismo, y nadie tiene mayor interés en que sean satisfechas. Tu felicidad es responsabilidad tuya. Ser egoísta es aceptar esa responsabilidad.

Anexo 10

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS			
Fecha	Situación	Emoción	Pensamiento(s) automático (s)

Anexo 11

COMPARACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE CON EL NIVEL PREMÓRBIDO, A TRAVÉS DE LOS DATOS DEL INFORMANTE	
Funcionalidad previa del paciente	Funcionalidad actual del paciente

Anexo 12

ASPECTOS FAVORABLES EN LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-
- 11.-
- 12.-
- 13.-
- 14.-
- 15.-
- 16.-
- 17.-
- 18.-
- 19.-
- 20.-
- 21.-
- 22.-
- 23.-
- 24.-
- 25.-

Anexo 13

IMÁGENES DE SITUACIONES SOCIALES (estas imágenes fueron seleccionadas ya que no cuentan con copyright, por lo tanto pueden ser reutilizadas)



Anexo 14

Perro

Abrir

Luz

Arriba

Lento

Volar

Caer

Soñar

Ligera

Púrpura

Música

Elemento

Remolinos

Calle

Anexo 15

Evaluación del taller

Marque con una "X" lo que usted considere

	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Actitud del facilitador				
Exposición y dominio del tema				
Aclaración de dudas respecto al tema				
Manejo de tiempos				
Manejo de dinámicas				
Cumplimiento de objetivos				

¿Qué aprendizajes obtuviste con este taller?

¿Qué fue lo que más te gusto del taller?

¿Qué fue lo que menos te gusto del taller?

Instrumentos de medición que se proponen para la evaluación de este taller:

- *Inventario de habilidad de cuidado versión en español* (Barrera, Sánchez, Carrillo, Chaparro y Carreño, 2015).
- *Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas* (Soria-Trujano, Vega-Valero y Nava-Quiroz, 2009).