



Análisis del estado actual de la intervención terapéutica en la esquizofrenia: una revisión documental.

Valentina Beltrán Posada
Manuela Franco Carvajal
Juliana Andrea Gallo Henao

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

2020-1

Análisis del estado actual de la intervención terapéutica en la esquizofrenia: una revisión documental.

Valentina Beltrán Posada
Manuela Franco Carvajal
Juliana Andrea Gallo Henao

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor
Jairo Esteban Rivera Estrada
Magister en psicología clínica

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

2020-1

Dedicatoria

A nuestros padres y familia, por hacer su constante apoyo y por hacer posible la realización de nuestra formación.

A mi abuela, por ser una luz en mi vida y mi guía desde el cielo.

A mis compañeras de trabajo de grado por tanta dedicación y esfuerzo.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros docentes que nos apoyaron, instruyeron y guiaron formándonos como profesionales, especialmente, al profesor Luciano Restrepo Álvarez por ayudarnos a encaminar este proyecto y a nuestro asesor Jairo Esteban Rivera Estrada, por su orientación, consistencia y apoyo durante el desarrollo del trabajo.

Finalmente, queremos agradecer a todas las personas que hicieron posible la realización de este sueño y que nos acompañaron durante el proceso.

Contenido

Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Lista de anexos	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Análisis del estado actual de la intervención terapéutica en la esquizofrenia: una revisión documental	11
Planteamiento del problema	11
Objetivos	13
General	13
Específicos	13
Justificación	14
Metodología	17
Consideraciones éticas	20
Marco referencial	21
La enfermedad mental a través de la historia	21
Era Pretécnica.	21
Antigua Mesopotamia.	21
Antiguo Egipto.	22
Grecia Antigua	22
Imperio Romano	23
Edad Media.	24
Renacimiento.	25
Periodo Barroco.	25
Era Técnica.	26
Movimiento de la Ilustración.	26
Movimiento del Romanticismo.	27
Periodo Positivista.	28
Época Moderna.	29

Esquizofrenia propiamente dicha	32
Epidemiología.	36
Causas u orígenes	38
Factores e influencias	39
Síntomas.	41
Síntomas positivos.	41
Síntomas negativos.	42
Deterioro cognitivo.	44
Fases de la esquizofrenia	47
Subtipos de Esquizofrenia	48
Intervenciones y tratamientos para la esquizofrenia	49
Entrenamiento en habilidades para la vida.	51
Enfoque cognitivo-conductual.	54
Rehabilitación cognitiva.	55
Arteterapia.	57
Terapia de acompañamiento con animales.	58
Realidad virtual en el tratamiento para la esquizofrenia.	59
Psicofarmacología.	61
Intervenciones y tratamientos que han demostrado mayor eficacia	64
Panorama Actual	69
Categorías Emergentes	74
Leyes de Salud Mental	74
Política Nacional de Salud Mental	74
Ley 1438 de 2011	75
Ley 1616 de Salud Mental de 2013	75
Sistema de salud	76
Formación de profesionales	81
Infraestructura	86
Costo-Inversión	86
Recursos personales	87
Recurso material	88

Recurso Humano	89
Contexto y población	90
Síntesis	94
Conclusión	97
Discusión	101
Referencias	106
Anexos	119

Lista de anexos

Mapa mental de categorías emergentes 1119

Resumen

En el presente trabajo se realiza un recorrido acerca de la concepción de la esquizofrenia a través de la historia y los tratamientos aplicados para dicho trastorno, pasando por modelos de diversa índole hasta llegar a los que, en la actualidad, han mostrado mayor eficacia. Esto con el objetivo de analizar el estado actual de las intervenciones terapéuticas en la esquizofrenia. El tipo de estudio usado en esta investigación es de corte cualitativo con un alcance descriptivo y para su desarrollo se empleó una muestra teórico-conceptual, utilizando a su vez, un método de análisis de contenido, recopilando la información con una técnica de revisión teórica bajo el criterio de inclusión-exclusión y un diseño no experimental. Se consolida con esta revisión documental que los tratamientos que mayor eficacia han mostrado, en la actualidad, son aquellos que se centran en intervenir al individuo en su comunidad, considerando las múltiples esferas que conforman la vida de una persona y cómo estas se correlacionan e influyen en su proceso terapéutico. Destacando que estos tratamientos comunitarios hacen énfasis en restaurar la funcionalidad del sujeto, tanto en su esfera personal y social, tratando de disminuir los estigmas, como el pronóstico pobre, que se crean alrededor de una enfermedad mental como lo es la esquizofrenia. Sin embargo, se evidencia que hay más factores que afectan su tratamiento; específicamente en Colombia se encuentra que hay fallas en la implementación e inversión de las leyes de salud mental, promoción y prevención de la misma y en la formación de los profesionales de la salud. Empero, el TAC demuestra tener una capacidad de adaptación para su aplicación, dependiendo de su contexto.

Palabras claves: Esquizofrenia, Tratamientos Comunitarios, Salud Mental, Psicología.

Abstract

The following paper aims to make a tour at the way the conception of schizophrenia, and the treatments to treat this disorder, have changed throughout history, passing through various kinds of models until reaching those that, right now, have shown greater effectiveness. All this aiming to analyze the current state of the therapeutic interventions on this disorder.

The type of study used in this research is qualitative with a descriptive scope and for its development a theoretical-conceptual sample was used, using in turn, a method of content analysis, collecting the information with a theoretic review technique under the criterion of inclusion-exclusion and a non-experimental design. It is consolidated with this research that the treatments that have shown the greater effectiveness are those that focus on intervening the individual in their community, considering the multiple spheres that make up a person's life and how they correlate and influence their therapeutic process. Stressing that these community treatments emphasize restoring the functionality of the subject, both in his personal and social sphere, trying to reduce the stigmas, such as poor prognosis, which are created around a mental illness as is schizophrenia. Although its' evidenced that there are other factors that intervene in its treatment. Specifically in Colombia there are flaws in the implementation and inversion of mental health laws, promotion and prevention of them, and there are also flaws in the formation of health professionals. Despite all that, the ACT has shown great capacity of adaptation, depending on the context.

Keywords: Schizophrenia, Community Treatments, Mental Health, Psychology.

Introducción

El siguiente trabajo tiene como objetivo describir, analizar, reconocer e identificar las intervenciones y aportes más comunes y eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia desde los principios de su abordaje, enfatizando en el Tratamiento Asertivo Comunitario y el desarrollo del mismo hasta la teoría que se conoce en la actualidad.

Posteriormente, se indagará en diversos estudios, investigaciones, libros, artículos, revistas, documentos científicos, entre otros, sobre la esquizofrenia y su evolución a lo largo de la historia. Para lograr este objetivo, se utilizará una metodología de tipo cualitativa y se implementará la técnica de revisión documental, la cual consiste en la construcción de un filtro de datos, siendo este el soporte y evidencia de las investigaciones encontradas sobre el tema en mención.

Además, mediante este proyecto se busca llegar a un análisis de contenido en la investigación en esquizofrenia, ya que se estudia una gran parte de la literatura y fuentes relevantes de información en el área; desarrollando, así, un proceso de comprensión que converge en una visión global e integradora y en una comunicación de este resultado para otros.

De acuerdo a esto, se determina la importancia de la revisión documental, ya que por medio de esta se conocerá con qué investigaciones se cuenta respecto al tema y qué hace falta por hacer en el contexto colombiano como lo son los retos a afrontar en cuanto a la aplicación de las normas, la inversión en los programas de salud mental y mejora de las entidades prestadoras de servicios, la formación de profesionales bajo otros modelos que involucren trabajos interdisciplinarios para una mejor preparación que les permita brindar

una atención integral. Además, se hace evidente la importancia que tienen las familias y redes de apoyo de los pacientes al involucrarse en sus procesos de tratamiento, para que estos puedan mostrar una mayor eficacia y mejoría en el pronóstico de la enfermedad y funcionamiento social y familiar del individuo.

Análisis del estado actual de la intervención terapéutica en la esquizofrenia: una revisión documental

Planteamiento del problema

Según el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias (2014), la esquizofrenia puede definirse como un trastorno mental del neurodesarrollo que constituye una discapacidad para el desempeño óptimo a nivel educativo, laboral y familiar del individuo. Las manifestaciones de este trastorno pueden iniciar en la adolescencia o en la adultez temprana con anomalías en muchas funciones cerebrales, presentando síntomas como la alteración en el juicio de realidad, ideas delirantes, alucinaciones y trastornos cognitivos -memoria ejecutiva, atención, entre otros-.

Es necesario resaltar que, históricamente, la esquizofrenia ha sido intervenida mediante diversos tratamientos que, en sus inicios, atentaban contra la dignidad humana, pues esta no era considerada una enfermedad sino que se le daba una connotación negativa desde un punto de vista mágico-religioso tanto a la aparición de los síntomas como a quien los padece. Posteriormente, en la modernidad, con la emergencia del discurso científico y la declinación de la omnipotencia divina -como explicación para las enfermedades mentales-, fue incorporada dentro de los trastornos de personalidad, específicamente el disociativo; hasta que, mediante la evolución del conocimiento y la teoría, pasó a ser conceptuada como un trastorno psicótico (Álvarez & Colina, 2011, p. 16).

Cabe mencionar que, debido al deterioro cognitivo y social que tiene esta enfermedad para el paciente y su familia, es fundamental que se estructuren modelos de intervención

que le permitan al sujeto ser más funcional y tener un mejor conocimiento de la enfermedad que, a su vez, le brinde herramientas óptimas para el manejo de la misma. Además, de permitir que dichas estrategias generen en el paciente una adherencia y compromiso con el tratamiento. Apuntando, de esta manera, a que los indicadores de calidad de vida de personas con enfermedad mental se incrementen y puedan acceder a servicios e intervenciones eficaces. Es importante resaltar que estos tratamientos han sido enmarcados y especulados, principalmente, en el manejo médico/psiquiátrico o farmacológico, pero poco se ha logrado estructurar frente a intervenciones eficaces desde disciplinas como la psicología.

En consecuencia, es relevante resaltar el desconocimiento dentro de la disciplina psicológica frente a lo mencionado anteriormente. Por lo cual, se hace necesario que se realicen este tipo de estudios que sistematizan la información existente acerca de la intervención terapéutica con estos pacientes, con el fin de entender y determinar cuáles son esos vacíos de conocimiento que se evidencian actualmente y de qué manera se podría aportar hacia un incremento en el dominio del saber frente a este trastorno, que posibilite incorporar oportunidades de mejora y ampliar el margen de tratamiento hacia dichos pacientes, enfatizando tanto en lo individual, como en lo cognitivo, familiar y social de la persona.

De acuerdo a lo planteado, esta investigación busca responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es el estado actual de la intervención terapéutica de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia?

Objetivos

General

Analizar el estado actual de las intervenciones terapéuticas en la esquizofrenia a partir de una revisión documental.

Específicos

- Identificar la información relacionada con las intervenciones que, a lo largo de la historia, se han utilizado para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.
- Describir la información obtenida para este trabajo de manera que se evidencien los avances en la intervención de la esquizofrenia que han sido alcanzados hasta la actualidad.
- Sistematizar la documentación obtenida para llevar a cabo el proceso de lectura crítica.
- Generar una discusión entre los textos que permitan obtener una conclusión frente al estado del tratamiento y la intervención que mayor eficacia han demostrado actualmente para los pacientes con esquizofrenia y su posible aplicación en el contexto colombiano.

Justificación

Según la OMS (2019), la esquizofrenia afecta a 21 millones de personas en todo el mundo, sin embargo, no puede considerarse uno de los trastornos más frecuentes dentro de la población mundial. Este trastorno tiende a presentarse, en mayor medida y a más temprana edad, en hombres con una incidencia de 12 millones mientras que en las mujeres este afecta a 9 millones.

En Latinoamérica no se encuentra mucha información acerca de este trastorno y su intervención, pues la mayoría de contenido teórico y programas de diagnóstico y tratamiento son de Australia, Estados Unidos y Europa, entre otros, logrando un 70% de rehabilitación eficaz en sus casos (Verduzco, 2009).

Colombia presenta, estadísticamente, una prevalencia del 1% de este trastorno en la población total, estimando una población de 471.052 personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Considerando las estadísticas y los datos ya mencionados se podría decir que, a pesar de que la esquizofrenia es un trastorno que tiene una gran incidencia a nivel mundial; de manera general, hay un vacío de conocimiento en el manejo que los profesionales de atención en salud primaria les brindan a las personas esquizofrénicas, ya que en el ámbito de la salud pública (EPS - IPS) no se cuenta con una preparación óptima a dichos profesionales. Por lo cual, los pacientes no pueden acceder a un tratamiento adecuado que les permita una resocialización favorable.

Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia sufren de una vulneración de derechos, discriminación y estigmatización como consecuencia del poco conocimiento que se tiene acerca de su afección. Además, algunos de ellos no cuentan con recursos económicos suficientes ni con una red de apoyo familiar, lo que lleva a la necesidad de establecer esta red de apoyo en la comunidad.

Antedicho, es importante resaltar que en este país existen unas leyes que se encargan de velar por ese estado de bienestar del individuo, dentro de estas se encuentra la Ley 1616 del 2013, la cual hace referencia a conceptos claves que se deben tener en cuenta al hablar de salud y, específicamente, relacionadas con la salud mental.

Por dicho motivo, este trabajo se presenta, como una revisión documental, con el fin de realizar una descripción sobre el estado actual de la intervención psicológica en la esquizofrenia, qué tratamientos existen, cómo son llevados a cabo y qué eficacia tienen. Lo que permitirá conocer y determinar los vacíos de conocimiento existentes dentro de la psicología acerca de esta enfermedad. Puesto que, si bien a la fecha, no se ha encontrado una cura definitiva para la esquizofrenia; esta es tratable, ya sea mediante la medicación combinada con medidas eficaces de apoyo psicosocial, terapias de tipo neuropsicológico y concientización de las comunidades frente a la estigmatización del enfermo. Esto es crucial para permitirle al paciente desarrollarse funcionalmente para la continuidad de su vida. Sin embargo, no siempre se hace una completa intervención psicológica.

Es importante también que tanto profesionales del área de la salud como estudiantes, se capaciten acerca del tema a través de la asistencia a conferencias, diplomados,

capacitaciones y la investigación de artículos indexados, dentro de la cual se incluye este trabajo; a comunidades que busquen informarse sobre este tema.

Igualmente, se podrá encontrar la información necesaria que permita dar cuenta del conocimiento actual en esquizofrenia, lo que podrá contribuir a la creación programas que estén centrados en la intervención en Salud Mental y que busquen conocer más acerca de dicho trastorno y sus afecciones para el sujeto como individuo, como miembro de la familia y la sociedad a la que pertenece.

Metodología

La presente investigación es de corte cualitativo, con características retrospectivas, ya que busca entender de qué manera se ha percibido la enfermedad mental, puntualmente la esquizofrenia a través del tiempo, y cómo dichas percepciones han delimitado la manera de intervenir y de establecer los modelos más adecuados y eficaces para esto. Se elige este tipo de investigación, puesto que se enfoca en las cualidades de lo estudiado, es decir, la descripción de características, de relaciones entre estas o el desarrollo de características del objeto de estudio.

A su vez, el método cualitativo que se implementa es el análisis de contenido, según Berelson (1952), es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (citado en Andréu, 2002, p.2). El método usado para recopilar la información en esta técnica es el de la lectura que, siguiendo el método científico, debe ser sistemática, objetiva, replicable y de carácter válido.

Es importante mencionar que esta técnica combina la observación y la producción de datos, más la interpretación y análisis de los mismos de forma intrínseca. Esta realiza una “[...] interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados [...] u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos [...]” (Andréu, 2002, p. 2). Cabe resaltar las distintas formas de enunciar un dato, ya sea latente (aquello que dice sin pretenderlo) o expreso (literalmente lo que el autor dice) por lo que el lector debe tener en cuenta el contexto que se manifiesta dentro del marco de referencias que contiene toda la información preliminar que se debe considerar en el momento de leer el texto.

Es por este motivo que se escoge una muestra teórica o conceptual debido a que se realizó un proceso de recolección, selección, análisis y discusión; con el fin de recopilar la información necesaria que permitiera evidenciar la manera en la que se ha entendido el concepto de esquizofrenia y los aciertos o desaciertos que se han logrado con respecto a sus posibles tratamientos e intervenciones, con una prospección de reflejar planes o estrategias de mejora.

Las fuentes de información utilizadas para este trabajo son: Google Académico; bases de datos (Dialnet, Redalyc, Scielo, Ebsco, Elsevier); repositorios (Repositorio Académico de la Universidad de Chile, Actas Españolas de Psiquiatría); tesis doctorales; editoriales (Desclée De Brouwer, Escorial); contenido de páginas web (Academia.edu, MayoClinic, American Psychological Association (APA)); documentos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta investigación presenta un alcance descriptivo, pues se busca mostrar con precisión las dimensiones teóricas que se han tenido y se tienen actualmente acerca de la concepción de la esquizofrenia y su intervención desde la terapia, enfatizando en las características y el panorama actual. Teniendo en cuenta estas categorías se seleccionaron los documentos a incluir en la formulación del proyecto, entre los que se pueden destacar: libros, artículos de revista, manuales (DSM-5), noticias, boletines de prensa, contenido de páginas web, repositorios, bases de datos, bibliotecas virtuales, etc.

Su diseño es no experimental, pues al ser una revisión documental no requiere que los investigadores interfieran con las variables directamente. Asimismo, este diseño es

fundamentado en la teoría, ya que dan paso a la construcción de la misma a partir de los datos recolectados y estudiados.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre 1993, propuesta por el Ministerio de Salud, en la que se establecen las normas a la hora de realizar una investigación científica en salud, aplicando como objeto de estudio a la población humana; se define que esta investigación por ser una revisión documental, de carácter completamente descriptivo y analítico, no implica ningún riesgo, debido a que no se tendrá ningún tipo de intervención con una población específica. En cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará de acuerdo a los criterios que la conforman, asegurando el uso de principios científicos y éticos, esclareciendo que es una investigación sin riesgo, bajo la clasificación del Artículo 11.

Cabe aclarar que todas las citas realizadas en este trabajo están referenciadas bajo los parámetros de las Normas APA con el fin de no infringir en los derechos de autor.

Marco referencial

La enfermedad mental a través de la historia

Cada momento histórico ha otorgado un significado diferente a la concepción de enfermedad y trastorno mental. Varios teóricos postulan distintos inicios de los tratamientos de este “mal” a través de la medicina, en especial, la psiquiatría y, finalmente, la psicología.

Laín (citado en Omaña, 2008), divide la historia de la práctica psiquiátrica en dos etapas: la era pretécnica y la era técnica, esta última se desarrolla durante la Revolución Industrial (1760-1840).

Era Pretécnica.

Esta se comprende desde varios siglos antes de Cristo hasta el periodo Barroco (Siglo XVII - XVIII).

Antigua Mesopotamia.

León Castro (2005) postula que los *Assipu*, primeros médicos babilonios, consideraban las enfermedades mentales como posesiones demoníacas y las trataban con métodos mágico-religiosos, esto alrededor de los 1200 años a. de C.

Pero, a su vez, Sierra (2001) plantea que los inicios fueron incluso antes, aproximadamente 4.000 años a. de C., en Mesopotamia con el establecimiento de la civilización sumeria. Sus métodos eran mágico-animista, con un pensamiento sobrenatural de la enfermedad, considerándolo como un castigo divino impuesto por los dioses tras

haber incumplido las normas. Por lo que el médico encargado debía evaluar cuál de los 6.000 demonios invadía el cuerpo.

Sobre esto destaca el significado que se le otorgaba a la misma enfermedad, pues era considerada como pecado, impureza moral, ira divina y castigo.

Antiguo Egipto.

En esta época, la enfermedad se consideraba como la separación entre la psique y el soma. Los egipcios localizaban la enfermedad mental en el corazón (Papiro de Eber) y en el útero (Papiro de Kahun) y, por ende:

La depresión, problemas de memoria o cognitivos y trastornos de personalidad, trastornos perceptivos, eran atribuidos al tamaño y color del corazón y los vasos sanguíneos. El tratamiento era mágico-religioso, realizado por sacerdotes (templo de la incubación en Sakkara) donde eran llevados a cabo tratamientos como la interpretación de los sueños, terapia del sueño, tratamientos herbales, fumigación, etc. (Okasha & Okasha, 2012, p.74).

A esta civilización se le reconoce por ser los primeros en ubicar las funciones mentales y motoras en el cerebro. Además, realizaban actividades recreativas como las pinturas, danzas, excursiones, conciertos, entre otras, para el tratamiento de sus pacientes con distintos trastornos del comportamiento (Omaña, 2008).

Grecia Antigua

Los griegos fueron los pioneros en el estudio de las enfermedades mentales desde un planteamiento científico que separaba el estudio de la mente y sus afecciones de la religión,

otorgándole un origen natural. Además, investigaban leyes para crear una base de dichas enfermedades, buscando conexiones entre un todo, una causa y efecto.

Estos plantean tres tratamientos psicológicos principales: inducción del sueño, interpretación del mismo y el diálogo con el paciente.

Hipócrates (460-370 a. de C.) ubica en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Asimismo, sostenía que las enfermedades se generaban por un desequilibrio de cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre.

Fue, también, importante en la descripción y clasificación de enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria y postula los inicios de una doctrina de los temperamentos.

Años después, Aristóteles (384 - 322 a. de C.) continúa con estas concepciones, mientras que, Platón (427- 347 a. de C.) consideraba que los trastornos mentales eran, de igual manera, orgánicos, en parte ético y divino, catalogando la locura en cuatro tipos: profética, ritual, poética y erótica.

El filósofo griego Celso (25 a. de C.) se encargó de dividir las enfermedades en locales y generales, ubicando en estas últimas las enfermedades mentales, dividiéndolas en dos subgrupos: febriles -delirios- y no febriles -locura-.

Imperio Romano

Análogamente, los romanos proponían que eran las pasiones y deseos insatisfechos, actuando sobre el alma, los que causaban las enfermedades en el ser.

Areteo (50 – 130 d. de C.), médico romano, encuentra que, tanto la manía como la melancolía, podían ser presentadas como parte de una misma afección. Fue el precursor de

las personalidades pre-psicopáticas, llegando a la conclusión de que las personas que eran propensas a la manía tenían un carácter violento e irritable, mientras que las propensas a la melancolía eran de carácter depresivo. “Adelantándose a Kraepelin, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad” (Omaña, 2008, p. 10).

Seguido de este, Galeno (130 – 200 d. de C.) fue el médico más reconocido de la Antigüedad –junto a Hipócrates-, pues sus estudios acerca de las lesiones cerebrales le condujeron a la afirmación de que, cuando había una lesión encefálica a un lado del cuerpo, las alteraciones por dicha lesión se evidenciaban en el lado opuesto del daño. “Sostenía que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma” (Omaña, 2008, p.10).

Edad Media.

Con la caída del Imperio Romano y el establecimiento de la Iglesia en el poder, en el Siglo V, estos avances frente a la ciencia y la medicina tienen un retroceso.

Durante esta época la Psiquiatría reaparece bajo el nombre de Demonología, luego de que la Iglesia la expulsara de la medicina. Con esta postura, las enfermedades vuelven a ser consideradas como una posesión demoníaca o pactos diabólicos, generando un rechazo y estigma para el enfermo.

En contraparte, varios médicos árabes como Razés, Avicena y Maimónides se opusieron a esta explicación, lo cual causa la evolución de la medicina árabe de este periodo, pues estos médicos se dedicaron a traducir y rescatar lo que los griegos, anteriormente, habían postulado.

Renacimiento.

Algunos teólogos alemanes, Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el respaldo del Papa, comienzan la cacería de brujas, a quienes se les atribuía, también, como causantes de estos trastornos mentales.

Para estas, el tratamiento de aquella época fue la tortura, la muerte y, consiguiente, la cremación del cuerpo como un acto piadoso que liberaba el alma del “desdichado”.

Es en 1247 cuando se crea el primer Hospital Psiquiátrico en el mundo, impulsando a España para la creación de otros centros similares (López, 2008). Y, tiempo después, en 1567, se forma el Primer Centro Mental en el Nuevo Mundo (México).

Paracelso (1493-1541), defendió una aproximación humana al enfermo, y en su teoría hace una alusión al inconsciente con su idea de la etiología psíquica de la locura y la intervención de los factores sexuales. De igual manera, el filósofo Juan Luis Vives (1492-1540), con su obra “De anima et vita” (1538) aborda estos temas y llega a exponer los primeros conceptos psicológicos, lo que le amerita la consideración como padre de la Psicología Moderna (Casini, 2006).

Periodo Barroco.

Culminando la era pre técnica de la Psiquiatría, en este periodo no se manifestaron cambios relevantes frente a estas teorías. Sin embargo, a los pacientes psicóticos se les encerraba en asilos, pues eran concebidos como alienados.

De esta época resaltan los médicos ingleses, Sydenham (1624-1689) y Willis (1621 - 1675), exponiendo a la histeria como una enfermedad del cerebro - no del útero- y, que esta existía también en hombres –Histeria Masculina-.

De este periodo también se destaca Descartes (1596-1650), quien localizaba el alma en la glándula pineal, creando un vínculo entre una noción espiritual y una estructura física concreta.

Era Técnica.

Esta abarca desde 1740 con la Ilustración hasta la fecha actual.

Movimiento de la Ilustración.

Stahl (1660-1734), divide las enfermedades mentales en dos grandes grupos: las simpáticas – en las que existe una afectación orgánica- y las patéticas –sin hallazgos patológicos-.

Durante este periodo, los enfermos mentales ya no eran internados en hospitales o quemados en la hoguera sino que eran abandonados en las calles, volviéndose objetos de maltratos, burlas y menosprecios.

En 1656, en Francia, se establece *un asilo para locos* en donde podían retener a los pacientes de forma indefinida, este lugar llegó a encerrar a los enfermos mentales con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, los cuales eran sometidos a tratamientos eméticos, purgantes, sangrías y, nuevamente, torturas.

Es alrededor de 1800 con Philippe Pinel (1745-1826) que se plantea el cambio de actitud de la sociedad hacia los enfermos para que estos puedan ser considerados como personas merecedoras de un tratamiento digno, asimismo, sostiene que no se deben construir nuevas hipótesis frente la Psiquiatría y los trastornos mentales sino limitarse a la observación y descripción de los sucesos.

“En su obra “Tratado de la Insania” (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales” (Omaña, 2008, p.13).

Con las distintas obras y los seguidores de este médico y reformador es que la Psiquiatría se introduce en una nueva época, librándose de las interpretaciones demonológicas y se sustituyen sus métodos por la observación empírica. Estos aportes causan lo que es conocido como la Segunda Revolución Psiquiátrica.

Movimiento del Romanticismo.

Esquirol (1782-1840) –notable discípulo de Pinel-, sobresale en este periodo como el psiquiatra más influyente, continuando con la terapia moral de Pinel, en la que liberó a varios pacientes de los asilos. También acuña el término alucinación en una de sus obras, diferenciándose de la ilusión.

Además, inauguró el primer curso de psiquiatría, en el que uno de sus principales seguidores fue Jacques Joseph Moreau de Tours (1804-1884), quien describió el cuadro psicótico inducido por una droga (hashish).

Jean Martin Charcot (1825-1893), neurólogo francés, fue el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, creando la suposición de que los recuerdos traumáticos se guardaban en el inconsciente, dando lugar a síntomas físicos.

Otros autores a destacar fueron: Johann Reil (1759-1813), alemán, el primero en usar la palabra Psiquiatría, el fundador de la primera revista psiquiátrica y creador de la psicoterapia racional.

Benjamin Rush (1745-1813), conocido como el padre de la Psiquiatría Norteamericana.

Joseph Adams (1756-1818), inglés, quien sostuvo que se hereda la susceptibilidad a la enfermedad y no la enfermedad como tal, con lo cual se permite concebir el término Prevención y Curación.

Johann Christian Heinroth (1773-1843), alemán, quien usa inicialmente el término psicósomático.

James Cowles Prichard (1786-1848), inglés, quien propone la actitud antisocial como enfermedad mental, a la que luego se le llegó a denominar psicopatía.

Walter Cooper Dendy (1794-1871), también inglés, quien introduce el término psicoterapia, al que definió como una prevención y remedio mediante una influencia psíquica.

Periodo Positivista.

Posterior a estos avances llega el periodo del Positivismo naturalista (1814-1914), en el cual se empieza a abordar la psiquiatría como un método científico. Morel (1809-1873) propone que algunas enfermedades mentales podían ser heredadas de los padres, que contaban con afecciones similares y, que esta predisposición podría convertirse en una enfermedad, ya sea mediante una transmisión generacional o por la vivencia de traumas, consumo de drogas o infecciones que lo deriven.

A mediados del siglo, los autores resaltados son Kraepelin (1856-1926) y Freud (1856-1936), cuyas teorías servirían para el desarrollo de la teoría del trastorno de la esquizofrenia.

Época Moderna.

Ya en el siglo XX, con la Psiquiatría Moderna, esta ciencia logra su mayor desarrollo con los distintos aportes teóricos, las variadas terapias psicológicas y la aparición de la psicofarmacología.

Eugen Bleuler (1857-1939), aporta gran contenido a la teoría de la esquizofrenia, en la que determina que esta tiene cuatro síntomas fundamentales: autismo, ambivalencia, alteraciones en la asociación y la afectividad (Bleuler, 1996).

El Alemán Karl Jaspers (1883-1969), crea la metodología para la Psiquiatría, lo que la adecua como ciencia.

Ernst Kretschmer (1888-1964) describe dos tipos corporales: leptosomática, relacionada con la esquizofrenia y pícnico, relacionada con la psicosis maniaco-depresiva.

Adolf Meyer (1866-1950) integra la concepción psicobiológica a la Psiquiatría para el tratamiento de los trastornos mentales.

El alemán Kurt Schneider (1887-1967) describe los síntomas de primer rango de la esquizofrenia como patognomónicos, es decir, que son síntomas específicos de la enfermedad (Espinoza & Sosa, 2015).

Con Alfred Adler (1870-1937), primer psicoanalista en separarse de la teoría freudiana, se funda la Escuela de la Psicología Individual.

Después, el psicoanálisis de esta época comienza a desglosarse en varias escuelas.

Tras este suceso, surge la Psicología del comportamiento por Pavlov (1849-1936) con experimentos sobre la conducta aprendida y no aprendida. Bajo esta misma teoría, resaltan Watson (1878-1958) y Skinner (1904-1990) con el Conductismo (Pellón, 2013).

También se desarrollan diferentes formas de psicoterapia, como la de Carl Rogers (1902-1987) que se centra en el cliente; donde Farber, Brink & Raskin (2001, p.19) postulan que “el individuo es básicamente racional, responsable, realista e inclinado al crecimiento” tanto de sí como de la misma terapia. A su vez, Fritz Perl (1893-1970) crea la terapia gestáltica, que es una terapia vivencial, reviviendo los asuntos inconclusos en el aquí y ahora para restablecer el individuo y, así, modificar su conducta (Burga, 1981). Y, con Eric Berne (1910-1970) postula el análisis transaccional.

Entre los inicios y mediados de este siglo se comienza el uso de la lobotomía como un método de tratamiento para los pacientes que presentaran una enfermedad crónica y que no hayan mostrado un deterioro mental muy marcado (Asenjo, Horvitz, Vergara & Contreras, 2011).

Ya en los años 60's en Inglaterra surge la Antipsiquiatría como un movimiento social, con sus fundadores Ronald D. Laing (1927-1989) y David G. Cooper (1931). Este movimiento era una forma de rechazo a la razón de la Psiquiatría, reduciéndola a una ideología biologicista que, años después le generaría una crisis a esta ciencia. Además, creó un cuestionamiento a la familia y al Estado, dando paso a la fundación de la Institución Kingsley Hall (1965-1970) en donde los “supuestos enfermos” podrían tener un tratamiento alternativo (Desviat, 2006).

A pesar de los intentos por mantener esta tendencia, no duró mucho y fue revocada por la Psicofarmacología, que marcaría un antes y después en la historia de la Psiquiatría.

A partir de esto, se puede concluir que los tratamientos para las enfermedades mentales han sido amplios y, “si bien este problema tiene un origen biológico que lo determina son

los factores sociales, culturales, económicos, familiares los que moldean el contenido y desarrollo de dicho trastorno” (Arthur Kleinman, s.f., citado en Uribe, 2000).

Esto causa que los diferentes teóricos y académicos de las ciencias respectivas, otorguen una variedad de significados y “curas” a una misma afección, por lo que entidades mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Psicológica Americana (APA) o la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y nacionales como los Ministerios de Salud o entidades que cumplan funciones similares, que se encargan de crear un concepto general que permita una definición concreta acerca de este tema y de leyes que regulen las intervenciones a la misma.

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA): “Las enfermedades mentales son una condición de salud que implican cambios en las emociones, el pensamiento o el comportamiento (o una combinación de estos). Estas están asociadas con angustia y/o problemas en funciones sociales, laborales o actividades familiares.”

La ley 1616 de 2013, de Salud Mental de Colombia, entiende el término trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Esquizofrenia propiamente dicha

La palabra esquizofrenia está conformada por dos palabras griegas: *Esquizo*, σχίζειν (schizein), que significa “escindir” y *Frenia*, φρήν (phren), que significa “mente”. Dando una traducción literal a una “mente escindida”, separada de la realidad (Padín, 2012).

Como se mencionó anteriormente, a través de la historia, la esquizofrenia ha adaptado muchos significados bajo influencia de la religión, las concepciones socio-culturales y los aportes que la medicina, la psiquiatría y la psicología han hecho a lo largo de los siglos.

Es en el siglo XIX, donde se dan los planteamientos de la psiquiatría clásica influenciada por: el positivismo y con sus premisas del *modelo somático*, de las enfermedades mentales, la morfología del cerebro, las explicaciones por herencia y la organicidad.

Es, entonces, con la introducción de la psiquiatría moderna que este trastorno obtiene un cambio en su punto de vista con Bénédict Morel (1809-1873) que usa, por primera vez, el término “demencia precoz”, al hacer una descripción de algunos casos de jóvenes con deterioro mental progresivo, diferenciando la demencia de estos a la observada en personas mayores. Además, alude sobre los trastornos cuya sintomatología está relacionada con el deterioro de la vida social y con la alteración de la realidad en la adolescencia (Espinoza & Sosa, 2015).

Posteriormente, Kraepelin (1896), toma este término y le crea una descripción como trastorno de un inicio temprano, con evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. También postula tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica, dando paso a la clasificación de los tipos de esquizofrenia propuestos actualmente.

Más adelante, surgen nuevos autores como Freud, Bleuler, Ballet, Chaslin, Clérambault, entre otros. Estos autores se enfocan en describir las experiencias adquiridas a través del

lenguaje y el cuerpo, principalmente, acerca de la escisión de la identidad, para lo que utilizaron diferentes conceptos (Álvarez & Colina, 2011).

Entrando al siglo XX, en el año 1911, Bleuler acuñó el término “esquizofrenia”, alegando que el término, anteriormente expuesto, era inexacto y que, si era detectada a tiempo, podría evitarse un deterioro cognitivo.

Esto ocasiona que otros académicos empezaran con la investigación y fundamentación sobre este trastorno, su etiología, epidemiología, sus síntomas, clasificación, afección, y demás.

Entre estos autores se encuentra Sigmund Freud, quien impulsó el nacimiento del psicoanálisis, que resulta fundamental para el surgimiento de la noción de esquizofrenia. Pues Freud, concibió la división del sujeto como un hecho estructural, que no solo afecta al esquizofrénico, sino que en un principio afecta a todo ser humano sin distinción. Por lo que se podría decir que fue una de las primeras concepciones teórico-clínicas que lograban explicar la subjetividad del hombre moderno. Más tarde, Lacan hablaría también en estos términos, pues este autor toma como referencia para sus modelos psicopatológicos la psicosis; misma perspectiva en la que se desarrolla la posición Esquizoparanoide elaborada por Melanie Klein (Álvarez & Colina, 2011).

Es importante tener en cuenta que, a pesar de que en la literatura se señala la década del 1800 como el periodo dentro del cual se inicia a hablar de la esquizofrenia como trastorno mental propiamente dicho, es entre la década de 1760 y 1770, cuando surgen las primeras investigaciones científicas en Alemania, que se dan a conocer a través de revistas clínicas de la época; constituyéndose como a las primeras construcciones de conocimiento acerca de la esquizofrenia, que comprenden características que van a permitir diferenciar y/o

determinar posteriormente el diagnóstico de esta enfermedad. La principal estrategia utilizada para conseguir dicho objetivo, se llevó a cabo a través de la documentación de algunos casos famosos, que recogían los relatos de los sucesos que atraviesa el paciente; además, de describir su estado mental. Estos asociados principalmente a los delirios y el deterioro cognitivo que se manifestaba en las evaluaciones psiquiátricas de los pacientes intervenidos.

Desde esto se empiezan a construir las principales definiciones de esquizofrenia, hasta llegar a lo que se conoce actualmente sobre este trastorno:

El Royal College of Psychiatrists & Sociedad Española de Psiquiatría (2009), define que la esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento y, presenta una afección de una de cada 100 personas. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad, con regularidad, dura toda la vida.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias (2014), la esquizofrenia es un trastorno mental del neurodesarrollo, cuyas manifestaciones clínicas se inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales cuyos síntomas principales son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos -memoria ejecutiva, atención- y puede ser altamente discapacitante.

Desde el punto de vista neurobiológico, la esquizofrenia se da, entre otros mecanismos, por una excesiva actividad del circuito dopaminérgico mesolímbico, una desregulación en la función de los receptores de NMDA, un estado proinflamatorio y una alteración de los

factores tróficos cerebrales. Esto se traduce en atrofia cerebral y disfunción cognitiva a largo plazo.

Por otro lado, la OMS (2019) hace referencia a la esquizofrenia como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Caracterizada 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 personal, educativo y laboral.

Cabe destacar que, si bien en la actualidad existen diversas definiciones acerca de la esquizofrenia, en su mayoría, estas coinciden en que es un trastorno que afecta a una gran parte de la población mundial y que, presenta alteraciones del juicio y pérdida de contacto con la realidad.

A partir de esto, se puede afirmar que la esquizofrenia pertenece al grupo de trastornos mentales que se encuentran prevalentes en todo el mundo, por lo cual es una categoría universal y, como tal, un fenómeno que hasta cierto punto es indiferente a la sociedad en la que viven los pacientes. Sin embargo, hay regiones en el mundo que tienen mayor incidencia en ciertos síntomas de la esquizofrenia; y, así mismo, “el curso de esta enfermedad parece ser más benévolo en las regiones menos desarrolladas del planeta (como Colombia que participó en estos estudios), y mucho más severo en las sociedades industrializadas del Primer Mundo” (Uribe, 2000, p.348). Por lo que se podría afirmar que, si bien existe una universalidad de la enfermedad, hay una gran variación entre los factores que la componen, lo que puede atribuirse al contexto sociocultural y familiar del paciente.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, es importante resaltar que la esquizofrenia es una enfermedad cuyas consideraciones pueden variar según la realidad desde la que se observe, pues lo que para algunas culturas puede ser considerado como alucinatorio o fuera de lo “normal”, puede llegar a ser común en otras, lo que permite hacer hincapié en la importancia de tener en cuenta el entorno social y cultural del sujeto a la hora de evaluar su enfermedad. Esto es, incluso, un apartado que podemos encontrar en el DSM IV, en los síntomas de la esquizofrenia, frente a los “rasgos específicos de la cultura, la edad y el género” (Uribe, 2000). Ante esto, se podría inferir que los síntomas de la esquizofrenia responden a factores causales.

A su vez, en la versión más actualizada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la esquizofrenia se encuentra dentro de la sección denominada: Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Estos se caracterizan por pérdida de contacto con la realidad, la presencia de delirios, alucinaciones, afecto plano, déficits cognitivos, desorganización del pensamiento y de la conducta, disfunción laboral y social, y la catatonía, en diferentes combinaciones, gravedad y duración (Tamminga, 2018).

Afirman Busto, Arcos & García (citados por Montaña, Nieto & Mayorga, 2013, p. 8) que para poder mencionar o catalogar algo bajo el término psicótico, se debe tener implícito un deterioro del juicio de la realidad.

Epidemiología.

De acuerdo con la OMS (2019), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; sin embargo, no es tan prevalente como otros trastornos

mentales. Es más frecuente en hombres, afectando aproximadamente 12 millones, que en mujeres, afectando aproximadamente a 9 millones. De igual manera, es más común que los hombres desarrollen la esquizofrenia a una edad más temprana. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 más probabilidad de morir a una edad temprana que el resto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas que desarrollan.

Asimismo, Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena (2006), plantean que el riesgo de padecer esquizofrenia durante la adultez es del 1% para la población general. Sin embargo, en el mundo occidental la mayoría de los casos de esquizofrenia son diagnosticados, de manera que la tasa de incidencia y de prevalencia es muy similar, mientras que hay menos datos de la epidemiología de esta enfermedad en otros países –no obstante, se piensa que es sustancialmente similar al contexto occidental.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias (2014) refiere que la esquizofrenia es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en Latinoamérica estimada para el año 2011, según el último reporte de la carga global de la enfermedad. Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes.

El Estudio Internacional de Esquizofrenia, realizado por la OMS y publicado en 1998, encontró diferencias significativas en el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, dependiendo de su procedencia: los de países en desarrollo tienen un pronóstico significativamente mejor que en países desarrollados o del Primer Mundo.

De la misma manera, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), afirma que en Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población, lo que permite estimar una población de 471.052, aproximadamente, en Colombia, que padecen esta enfermedad.

Causas u orígenes

Según Tamminga (2018), si bien se desconoce aún una causa específica de la esquizofrenia, se sabe que esta enfermedad tiene una base biológica, que se puede evidenciar en:

- Alteraciones de la estructura encefálica (p. ej., aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo).
- Cambios en los neurotransmisores, especialmente actividad alterada de la dopamina y el glutamato.

Según algunos expertos, la esquizofrenia aparece en personas vulnerables durante el desarrollo nervioso, y el inicio, la remisión y la recidiva de los síntomas son el resultado de las interacciones producidas entre estas vulnerabilidades duraderas y los factores estresantes medioambientales.

En este orden de ideas, Mayo Foundation for Medical Education and Research (2018) reafirma esta postura planteando que “los problemas con ciertos químicos del cerebro que se producen naturalmente, como los neurotransmisores llamados dopamina y glutamato, pueden contribuir a la esquizofrenia”.

Factores e influencias

Jarne et al. (2006), exponen que algunos de los factores más relevantes que pueden ser asociados a la esquizofrenia son la edad, el género, el estatus familiar, el nivel socioeconómico y la fecha de nacimiento:

Edad: La mayor parte de los enfermos inician su enfermedad al final de la adolescencia y durante la juventud. Aunque hoy día se acepta que se puede presentar un primer episodio de esquizofrenia en cualquier edad, el 90% de los enfermos la inician entre los 16 y los 40 años, y la máxima frecuencia aparece entre los 18 y los 25 años. [...]

Género: Hay un mayor número de enfermos esquizofrénicos hombres en relación con las mujeres, hasta una proporción de 2-3/1. Además, los hombres inician la enfermedad de manera más temprana, entre los 16 y los 25 años, frente a las mujeres, que suelen hacerlo entre los 25 y 35 años, y presentan más intensidad en los síntomas y peor pronóstico. [...]

Nivel socioeconómico: La tendencia de los enfermos mentales a concentrarse en estatus socioeconómicos bajos, debido a las dificultades de adaptación a las exigencias de la vida diaria inherentes a la enfermedad. [...]

La fecha de nacimiento: En cerca del 40% de los enfermos esquizofrénicos la fecha de nacimiento coincide con el final del invierno y el inicio de la primavera, lo cual significa que la gestación ha tenido lugar mayoritariamente durante el invierno. Aunque no sabemos demasiado bien el porqué de este fenómeno, se relaciona con el descenso de la protección de la madre ante enfermedades de origen vírico, más activas en el invierno, y que actuarían de forma intrauterina favoreciendo dificultades en la maduración del neuroeje del embrión y el feto. (pp. 56-57)

Por otro lado, Tamminga (2018) expone que la exposición materna al hambre y la gripe en el segundo trimestre del embarazo, el peso al nacimiento, la incompatibilidad Rh durante el segundo embarazo y la hipoxia son factores que aumentan la probabilidad de padecer esquizofrenia.

Aunque la mayoría de las personas con esquizofrenia no tienen antecedentes familiares, se han implicado factores genéticos. Las personas con un familiar de primer grado con esquizofrenia tienen un riesgo del 10% de desarrollar el trastorno frente a un riesgo del 1% en la población general. La concordancia entre los gemelos monocigotos es de alrededor del 50%.

Asimismo, este autor plantea que la exposición a situaciones estresantes puede desencadenar la aparición o recaída de los síntomas en los individuos vulnerables.

De igual manera, existen factores protectores que mitigan el efecto del estrés sobre la formación o la exacerbación de los síntomas, entre los que se podría mencionar el tener un buen apoyo social, buenas habilidades de adaptación y la adherencia al tratamiento/ con antipsicóticos.

Por otro lado, Mayo Foundation for Medical Education and Research (2018), postula algunos factores que parecen aumentar el riesgo de desarrollar o desencadenar la esquizofrenia, entre los cuales se incluyen los siguientes:

- Tener antecedentes familiares de esquizofrenia.
- Aumento de la activación del sistema inmunitario, como por ejemplo, a causa de una inflamación o de enfermedades autoinmunitarias.
- Edad adulta avanzada del padre.

- Algunas complicaciones del embarazo y del nacimiento, como la desnutrición o la exposición a toxinas o virus que pueden impactar en el desarrollo del cerebro.
- Tomar drogas que alteran la mente (psicoactivas o psicotrópicas) durante la adolescencia y la juventud.

Síntomas.

Huneus citado por Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias (2014), continúa desarrollando las ideas de Bleuler, quien propone un sistema de clasificación para la esquizofrenia, reuniendo sus manifestaciones en dos grupos de síntomas: accesorios y fundamentales, que posteriormente pasarán a ser catalogados como positivos y negativos.

Estos son:

Síntomas positivos.

- **Alucinación:** percepción sin objeto real, son frecuentemente auditivas y cenestésicas -de carácter sexual placenteras y displacenteras-. Esta alteración también puede consistir en sensación de dolor o sensaciones extrañas en el cuerpo. Las alucinaciones auditivas son contradictorias y personifican los deseos y temores de los pacientes, son más frecuentes en condiciones de aislamiento y silencio y disminuyen con la distracción, contacto interpersonal y la actividad social y/o laboral.
- **Ideas delirantes:** corresponden a ideas insólitas y disparatadas mantenidas con certeza e imbatibilidad a través de argumentos lógicos. Bleuler menciona cuatro tipos de ideas delirantes -delirio persecutorio, delirio de grandeza, delirio erótico e

hipocondríaco-. Tanto las alucinaciones como las ideas delirantes estarían presentes en la fase aguda de la esquizofrenia.

- **Síntomas Catatónicos:** estos son actos de la esfera motora voluntaria -actualmente poco común como la Catalepsia -postura del cuerpo mantenida por largo tiempo, puede ser rígida o flexible-, estupor -reacción disminuida o ausente ante el medio-, hiperkinesia -movimiento constante sin sentido-, estereotipias -actos que se repiten y se van abreviando a lo largo del tiempo que resultan incomprensibles para el observador-, amaneramiento -poses como imitando a un personaje-, negativismo -reacción que es en el sentido contrario al esperado, la persona no quiere o no puede hacer lo que se espera de ella-, obediencia automática, ecopraxia -imitación-, automatismo -movimiento involuntario compulsivo- e impulsividad.

Síntomas negativos.

Estos corresponden a una perturbación de la asociación y la afectividad.

- **Alteración de la asociación -secuencia coherente de pensamiento-:** el pensamiento se torna ilógico a menudo bizarro, incorrecto, confuso y abrupto, las asociaciones pierden su continuidad.
- **Afectividad -Se torna crónica cuando los afectos comienzan a desaparecer-:** indiferencia -señal externa de su estado-, en algunas personas no se manifiesta este síntoma y pueden demostrar vivos afectos. La capacidad de la psiquis para producir afectos no ha desaparecido en esquizofrénicos.
- **Autismos:** desapego de la realidad junto con el predominio relativo o absoluto de la vida interior. Debido a que son excesivamente sensibles, evitan el contacto con la

realidad porque sus afectos son tan poderosos que tienen que evitar todo aquello que pueda estimular sus emociones.

- **Ambivalencia:** tendencia a dotar diversos psiquismos con indicadores negativos y positivos al mismo tiempo sin explicitar. Puede ser ambivalencia afectiva, de la voluntad y/o intelectual.

Deterioro cognitivo.

Como se mencionó anteriormente, las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan un deterioro cognitivo y evolución del mismo en distintas formas; sin embargo, este curso todavía no ha sido establecido concretamente y distintos estudios transversales y longitudinales tienen una respuesta diferente para sus planteamientos.

Según el metanálisis realizado por Napal et al. (2012):

En los estudios transversales se diferencian tres estados de la enfermedad: Alto Riesgo (High Risk -HR), Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y Esquizofrenia Crónica o de larga evolución (EC).

Myles-Worsley et al. (2007), la mayor presentación de sintomatología esquizofrénica no fue asociada a mayor severidad cognitiva, ni tampoco se observó interacción significativa entre riesgo genético y estado clínico y cognición. Este estudio sugiere que la afectación cognitiva está más influida por el estatus genético que por la sintomatología clínica. (p. 199)

En pacientes con Primeros Episodios Psicóticos los déficits cognitivos son más leves que en los pacientes con Esquizofrenia Crónica; en distintas investigaciones se han encontrado que hay mayor afectación en el aprendizaje verbal mientras que, en otros grupos, se encuentra en las funciones ejecutivas aludiendo al deterioro en planificación, iniciación, inhibición, atención inmediata y sostenida, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y fluidez verbal (Riley et al, 2000).

En estos estudios, de tipo transversal, se ha encontrado una relación entre variables premórbidas y la severidad y extensión del deterioro, constituyéndose como factores de riesgo para una mayor afectación en la atención, la fluidez verbal y el razonamiento no verbal.

Sin embargo, en el estudio realizado por Irani et al (2011), se concluye que existen más factores de riesgo que pueden acentuar el deterioro cognitivo: la edad avanzada, sexo masculino, mayor institucionalización, presencia de mayor sintomatología, bajo nivel educativo, la raza, una edad de inicio más temprana y mayor duración de la enfermedad.

Sponheim et al. (2010) afirman que “en la esquizofrenia crónica el deterioro cognitivo es generalizado y más acusado que en las muestras de PEP especialmente en tareas de resolución de problemas y de psicomotricidad” (p. 214).

Asimismo, Twamley et al. (2006), infieren que en este estado la memoria de trabajo es la que presenta mayor déficit, limitando, también, la adecuada función de las demás áreas cognitivas.

Rajji y Mulsant (2008), han interpretado que los dominios más afectados en los inicios de la esquizofrenia no presentan un registro de progresión, al contrario de aquellos que aparecen más tarde, pues son más progresivos y continúan con su deterioro con el pasar del tiempo.

Estos mismos autores (1991) realizaron una comparación de los déficits cognitivos en individuos con inicio temprano, aquellos con inicio tardío y adultos con Primeros Episodios Psicóticos concluyendo que:

Los individuos con esquizofrenia de inicio temprano presentan déficits cognitivos generales severos, mientras que aquellos con inicio tardío presentan funciones cognitivas relativamente conservadas, sufriendo de manera más restringida una afectación en la atención, fluidez verbal, cognición global, CI y habilidades visoespaciales. (p. 215)

En cuanto a los estudios longitudinales, estos presentan distintos resultados frente a las estabilidades de los déficits cognitivos en la esquizofrenia, Szköke (2008), afirma que los pacientes presentan una mejoría en gran parte de los parámetros cognitivos medidos, excepto en los test de atención; esto puede deberse al aprendizaje del test-retest presente en el grupo estudiado.

Otras revisiones afirman que este deterioro se produce entre la fase premórbida y la fase de Primer Episodio Psicótico seguido por una estabilidad en el déficit global, entre tanto, otros autores aseguran que esto varía según el grupo de pacientes estudiado.

Kurtz et al. (2005) sostiene que en:

[...] pacientes en la 5a década de la vida, el empeoramiento cognitivo general es más marcado tras un seguimiento longitudinal de 10 años, mientras que en aquellos pacientes que se encuentran en la 6a década, este empeoramiento cognitivo general es evidente ya a los 2,5 años. (p. 215)

A partir de lo abordado y las distintas posturas e investigaciones, el metanálisis concluye que el deterioro cognitivo ya se encuentra presente en el individuo antes del inicio de la enfermedad, es decir, antes de la aparición del primer episodio con síntomas psicóticos y una vez que esta aparece, su avance se muestra estable -cuando no mejora con el uso de

antipsicóticos en los primeros meses- y existe la posibilidad de mejora entre unas funciones cognitivas en tanto otras no evolucionan de forma favorable.

Fases de la esquizofrenia

Tamminga (2018) expone que la esquizofrenia presenta las siguientes fases:

- **Fase premórbida:** los pacientes pueden no mostrar síntomas o sufrir un descenso de la competencia social, una desorganización cognitiva leve o una distorsión de la percepción, una disminución de la capacidad de experimentar placer (anhedonia) y otros defectos de adaptación. Estos rasgos pueden ser leves y se reconocen sólo de manera retrospectiva, o pueden ser más apreciables con un deterioro de la funcionalidad social, académica y vocacional.
- **Fase prodrómica:** aparecen síntomas subclínicos con retraimiento o aislamiento, irritabilidad, suspicacia, pensamientos inusuales, distorsiones de la percepción y desorganización. El inicio de la esquizofrenia manifiesta -ideas delirantes y alucinaciones- puede ser brusco -en días o semanas- o lento e insidioso -durante años-.
- **Fase intermedia:** los períodos sintomáticos pueden ser episódicos -con exacerbaciones y remisiones identificables- o continuas; los defectos funcionales tienden a empeorar.
- **Fase tardía de la enfermedad:** el patrón puede quedar establecido y la incapacidad puede mantenerse o incluso mejorar.

Subtipos de Esquizofrenia

Según la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría (2014), durante la elaboración del DSM-IV se estableció la poca fiabilidad, la baja estabilidad a lo largo del tiempo y el escaso valor del pronóstico de los subtipos de la esquizofrenia. Es por eso que, con la nueva edición (DSM-5), se eliminan los clásicos subtipos: paranoide, catatónica, hebefrénica -o desorganizada- e indiferenciada.

Sin embargo, se mantiene en este Manual en consideración a la tradición clínica. Esta distinción permitió mayor aporte a los criterios del diagnóstico del Trastorno Esquizoafectivo y a la inclusión de la catatonía como especificador de variados Trastornos Psicóticos.

Intervenciones y tratamientos para la esquizofrenia

A lo largo de la historia se han utilizado diferentes tratamientos e intervenciones para pacientes con esquizofrenia, los cuales han perdido o ganado validez con el paso de los años, presentando teorías y mejoras en la práctica para conceptualizar la forma de abordar dicho trastorno.

Estos, según Montaña, Nieto & Mayorga (2013), han sido sustentados, principalmente, en cuatro enfoques: el entrenamiento de las habilidades sociales, la remediación cognitiva, el afrontamiento psicosocial con intervenciones orientadas en familias y grupos de familiares y, por último, la terapia cognitivo-conductual de los síntomas positivos.

Estas autoras sustentan que, cada una de las prácticas clínicas que se utilizan actualmente le apuntan a incrementar la calidad de vida del paciente, especialmente, en su dimensión psicosocial, que es la que abarca todos los aspectos subjetivos del individuo; es decir, aquellos aspectos no observables que corresponden a la percepción de las situaciones que posee cada persona. Por este motivo, se busca desarrollar variables que apunten a dicho fin, dentro de las que se pueden encontrar algunas como: las habilidades sociales, que se pierden con el incremento de la gravedad del trastorno, la rehabilitación cognitiva y de la conducta que permitan que el paciente sea más funcional socialmente. Es por esta razón, que Sánchez (2002) refiere que:

De ahí la necesidad de elaborar nuevos índices para calibrar el impacto social y personal de la enfermedad, entre los que se pueden enumerar la prevalencia de esta, las tasas de mortalidad, los costes económicos y las limitaciones de la actividad de las personas aquejadas por alguna enfermedad. (p.19)

Además, en la actualidad se han desarrollado otras intervenciones que, no responden únicamente al individuo de manera aislada sino que poseen objetivos claros y grupales, como a la importancia de las redes de apoyo familiares y sociales, que facilitan la adherencia al tratamiento que lleva a su posterior mejoría, pese a la poca introspección de la enfermedad que tienen estos pacientes.

Lo que deja a simple vista, y siguiendo con lo planteado por Montaña et al. (2013), que en la actualidad los tratamientos más efectivos para dicho trastorno nacen de las posturas clínicas interdisciplinarias que combinan los diferentes modelos de intervención, ya que trabajan todas las esferas del individuo.

Para este fin, es importante clarificar el concepto de intervención que plantea Muniz (2018), es la de una forma de acción clínica que tiene como propósito generar estrategias que brinden un nuevo sentido al sufrimiento que porta el sujeto de la consulta o ante una situación compleja. Esta estrategia va siendo moldeada, paso a paso, a lo largo de la intervención, pues la aplicación de evaluaciones y técnicas dependerá del mundo interno del sujeto y de la postura teórica y ética del profesional en cuestión.

Por otro lado, Gómez & Peláez (2014), plantean que se puede entender la psicoterapia como “una intervención clínica dirigida al sujeto en su particularidad, cuya relación con los otros origina la aparición del síntoma” (p.55). Es decir, es aquella intervención que apunta a los malestares o patologías que surgen en los individuos a partir de su relación consigo mismo, con otros o con el medio en el que se desenvuelve. Dicha característica es lo que une todas las modalidades de intervención clínica; sin embargo, lo que permite diferenciarla de otras es su duración que, generalmente, es a mediano o largo plazo.

Resulta de gran importancia entender la diferencia entre ambos conceptos, ya que, pese a la gran demanda de usuarios que se encuentran remitidos y con necesidad de una atención, la mayoría de programas gubernamentales o de hospitales públicos abordan la enfermedad mental a través del modelo de intervención, puesto que permite economizar recursos, abarcar mayor población y dar resultados en el menor tiempo posible.

Es por esto que, el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f), señala que una de las estrategias que ha utilizado el sistema de salud, es la llamada Atención Primaria en Salud (APS), que a través de la ley 1438 del 2011 se estableció “la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”. Para dicho fin, una de las formas que ha encontrado este Ministerio son las intervenciones psicosociales rehabilitadoras que permitan desarrollar en el individuo las habilidades necesarias para desempeñarse en la vida cotidiana con mayor autonomía y mejor calidad de vida.

Entrenamiento en habilidades para la vida.

En cuanto a las intervenciones, como se mencionó con anterioridad, uno de los enfoques que se utilizan actualmente es el del entrenamiento de las habilidades sociales. Este enfoque, a partir de lo planteado por Montaña et al. (2013), tiene sus bases en las teorías del aprendizaje y de la conducta, de allí es donde salen las técnicas que suelen aplicarse bajo este modelo, las cuales son directivas y se realizan a través del modelado; dando, por así decirlo, unas directrices o instrucciones que respondan al objetivo. Dentro de este último, estas autoras mencionan que es importante señalar que este enfoque o modelo de

intervención no tiene como finalidad curar la enfermedad, pues a lo largo de su construcción teórica y aplicación no ha reportado evidencias sólidas sobre su efectividad en síntomas positivos. Sin embargo, retomando las intervenciones sociales que se hacen bajo la estrategia de APS lo fundamental es lograr apuntar a aumentar los índices de calidad de vida y adaptación del paciente, en términos de que es posible mejorar el funcionamiento del individuo en el medio social y permitirle vincularse de manera asertiva con otros. Posibilitando, así, que el individuo logre asumir de forma adecuada los roles sociales que posee o pueda adquirir, mejorando su capacidad de respuesta frente a situaciones que le generen estrés o ansiedad y fortalecer la integración social y el mantenimiento de las relaciones interpersonales, siendo estas un factor protector en el individuo.

Por otro lado, si bien en un principio el entrenamiento de habilidades para la vida era una intervención pensada sólo para los pacientes diagnosticados, en la actualidad es una de las intervenciones que ha procurado no sólo mantener la autonomía del paciente y el cuidado de sus relaciones interpersonales más cercanas, sino también ha incursionado en una intervención enfocada a la vez en el grupo familiar. En su tesis doctoral Ribé (2014), plantea que los familiares o cuidadores de pacientes con una enfermedad mental sufren estigmatización, señalamientos, aislamiento y sumado a ello deben lidiar con:

La percepción de ausencia de información acerca de la enfermedad de su familiar, la falta de habilidades para manejarla, la imposibilidad de poderse tomar un respiro y la poca ayuda económica que reciben incrementa los niveles de la “carga del cuidador”.
(p.100)

Es por esta razón y siguiendo con lo planteado por Buitrón en su tesis, que a partir de la década de los setenta se inicia una preocupación por un enfoque que incluya dentro las prioridades del profesional, la atención del grupo familiar de los pacientes diagnosticados. Además, de los descubrimientos de las múltiples investigaciones sobre el papel vital que juegan los familiares en el pronóstico y rehabilitación de la enfermedad.

Gracias a ello, retomando a Montaña et al. (2013) refieren que el modelo de entrenamiento en habilidades para la vida se ha estructurado y dividido en cuatro fases: la evaluación del paciente, la psicoeducación con el paciente y su familia, la intervención individual y el seguimiento. Esta estructura, a lo largo de su implementación, se ha enfrentado con desafíos, el más importante corresponde a disminuir las recaídas. Los múltiples estudios realizados y aplicados con este fin, han concluido que las intervenciones breves no han demostrado mayor eficacia, es por ello que Montaña y compañía más adelante mencionan que en la actualidad los programas psicoeducativos llevados bajo este modelo mínimamente se espera que se realicen en un proceso de seis meses que incluya al menos diez sesiones de trabajo.

La fundamentación teórica de este modelo se encuentra en la Teoría Sistémica y se planteó como una estrategia que permitiera a los pacientes y sus familias identificar de una mejor manera los signos y síntomas asociados a la enfermedad, lo que se debe hacer en momentos de crisis, los tratamientos existentes y otra información que se requiera para que se pueda sobrellevar de una mejor manera la misma; lo que ha permitido que: se reduzcan las recaídas, la re-hospitalización, el estrés y las contrariedades en el entorno familiar debido a que permite desarrollar estrategias de resolución de conflictos, mejorar la

comunicación y una mayor adherencia al tratamiento, procesos en los que la familia se vuelve más un apoyo terapéutico que un paciente como tal.

Enfoque cognitivo-conductual.

En lo que respecta a una intervención, propiamente terapéutica, de carácter individual utilizada para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y que ha diseñado un enfoque dirigido a los cuidadores de estos pacientes se encuentra la terapia cognitivo-conductual. Los inicios de esta corresponden, según Muñoz & Ruiz (2007), a “Aaron Beck, quien en 1952, llevó a cabo una intervención con un paciente que presentaba un delirio resistente al tratamiento farmacológico, que consistía en una convicción de ser espiado por el FBI” (p.2).

Estos mismos autores postulan que, generalmente, la terapia cognitivo-conductual busca una mejoría de los síntomas positivos en el paciente; tratando de comprender la forma en cómo sus cogniciones están ligadas a sus creencias, emociones y conductas para, posteriormente, proponer otras posibles formas de resolver o enfrentar el malestar y, así, disminuir el estrés.

Esta forma de intervención es comúnmente utilizada como acompañamiento del tratamiento farmacológico, que Muñoz & Ruiz (2007) también señalan que es el único tratamiento que se tiene en cuenta en la actualidad. Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual ha logrado adquirir un gran protagonismo y se suele ver como prometedora, pues se centra en actuar sobre los síntomas más relevantes de la esquizofrenia -los delirios y alucinaciones-; iniciando por la evaluación, el enganche del paciente y desarrollando

estrategias de afrontamiento y comprensión, para, después, realizar un proceso muy gradual de la desconfirmación de dichos síntomas; culminando en un trabajo que le apunte a un desarrollo de una actitud activa en el paciente que facilite su adherencia al tratamiento y la funcionalidad social.

No obstante, a pesar de la popularidad que ha tomado dicho modelo terapéutico hoy en día, Gutiérrez, Ocampo & Gómez (2008) plantean que, una de las mayores dificultades que se encuentran en este momento es la de “trasladar resultados de estudios controlados a la práctica clínica cotidiana de la TCC en esquizofrenia” (p.9), pese a que posibilita que se obtengan buenos resultados, depende de la capacitación y/o experiencia que tenga certificada el terapeuta para aplicar dicha intervención, debido a que se dificulta que los expertos supervisen y pongan en evidencia su experiencia clínica, de manera que permita que los terapeutas con poco manejo se entrenen en ella.

Rehabilitación cognitiva.

En esta misma línea se encuentra la terapia de rehabilitación cognitiva, esta intervención psicológica posee un énfasis en la mejora del funcionamiento neuropsicológico, implica un proceso de aprendizaje y trata de incidir en el funcionamiento psicosocial (Sánchez, 2012). Dicho de otra manera, la terapia de rehabilitación cognitiva se encauza a intervenir en los síntomas cognitivos asociados a la esquizofrenia que, generalmente, constituyen gran parte de las dificultades que presentan los pacientes con este diagnóstico. Esto, debido a que se ven afectadas la atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje; este último dificulta en gran parte el pronóstico de la enfermedad, pues si el individuo posee dificultades en su funcionamiento y forma de aprendizaje, se empiezan a presentar

inconvenientes con respecto al grado de introspección, conocimiento de la enfermedad y adherencia a los tratamientos.

La rehabilitación cognitiva ha demostrado ser una técnica efectiva que mantiene una buena relación en costo y beneficio. Sin embargo, los estudios que se han realizado que demuestran una mayor efectividad son los que mezclan las técnicas de rehabilitación cognitiva con otro tipo de intervenciones, como el desarrollo de habilidades sociales o la incorporación al medio laboral y social; acompañado del tratamiento farmacológico.

Dentro de las técnicas de rehabilitación cognitiva encontramos dos tipos que son: las restituciones, que se enfocan en tratar de llevar ciertas funciones cognitivas al estado al que se encontraban antes de presentarse estos episodios. Por otro lado, están las constitutivas, que lo que espera lograr es que los individuos desarrollen estrategias que los lleven a aminorar el impacto que tienen los déficits cognitivos en el medio social, laboral, personal y familiar que afectan la calidad de vida y funcionalidad del paciente. Es por este motivo que Sánchez (2012), señala que “los déficits cognitivos “de base” poseen un rol fundamental en la capacidad de rehabilitación y recuperación funcional de éstos pacientes, posiblemente debido a la influencia de los mismos en la capacidad de aprendizaje requerida para el proceso de rehabilitación funcional” (p. 9).

Es importante entender que, a la fecha, quien posee mayor información que sustenta su eficacia es el enfoque cognitivo-conductual, no obstante, se han presentado mejoras en dicha concepción.

Gracias a ello, se ha entendido que adoptar formas de intervención más multimodales, ya están generando mayores resultados. Además, se han presentado otras formas de intervención alternativas y estas suelen utilizarse en menor medida y poseen pocas investigaciones al respecto de su efectividad, como lo son:

Arteterapia.

El arteterapia se ha constituido como una modalidad de intervención que se puede ubicar dentro de las psicoterapias de apoyo; según Morales Häfelin (2007), estas terapias están planeadas a largo plazo y se enfoca en incrementar las fortalezas del paciente; buscando restablecer su equilibrio psicológico y aumentar su autonomía. Este tipo de terapias se caracterizan por permitir que el paciente, a través de las diferentes expresiones artísticas - danza, teatro, música, diseño, modelado, pintura, etcétera, logre adaptarse a los factores estresantes que pueda tener en su día a día; además, permite plasmar y elaborar aquellos conflictos intra e interpersonales por medio de la autoexpresión.

Sin dejar de lado que, en enfermedades como la esquizofrenia, el individuo es incapacitado, ya que produce un deterioro en la esfera cognitiva, social y emocional del mismo. También, se debe reconocer que “todas las personas son poseedoras de un potencial, el cual siendo desplegado puede dar otro lugar o rol social al individuo en la comunidad” (Aranguren & León, 2011, p.3). Es decir, se busca potencializar en el paciente habilidades de expresión social, autorregulación de emociones y cogniciones y desarrollo de habilidades creativas para permitir una mayor integración al momento de una resocialización.

En una revisión sistemática, Ruddy & Milnes (2008) señalan que, este tipo de psicoterapia o modalidad de intervención es útil para que el paciente explore su mundo interno en una manera “no amenazadora”, esta ha demostrado una diferencia y mejora significativa en aspectos como el Estado Mental y el funcionamiento social; sin embargo, dentro de las dificultades que se han encontrado se pueden señalar que este tipo de intervención posee grandes índices de deserción antes del tiempo estimado para un tratamiento completo y no ha arrojado aportes significativos a largo plazo, por lo que no posee porcentaje significativo en la mejora de la calidad de vida del paciente.

Terapia de acompañamiento con animales.

Otra de las intervenciones o terapias de apoyo alternativas que se han planteado para aminorar algunos síntomas -en este caso referente a los emocionales o cognitivos- es la terapia asistida con animales. A la fecha, esta posee muy pocos estudios y las publicaciones en revistas científicas son muy escasas o, prácticamente, inexistentes. Esta terapia se ha caracterizado a través de los diversos estudios por generar una mejor adherencia al tratamiento, disminución del estrés y menor deserción de los tratamientos en los que se usa como complemento (Universidad Autónoma de Nuevo León, s.f).

Señala Vitutia (2015) que "los animales pueden servir como catalizadores o mediadores de las interacciones sociales humanas y pueden acelerar el proceso de construcción de una buena relación entre el paciente y el terapeuta" (p.105). En otras palabras, el acompañamiento o asistencia de animales dentro de la terapia, trabaja en los individuos aspectos como su autoconcepto, el locus de control, posibilita la expresión verbal y no verbal, relajación y/o baja los niveles de ansiedad, reducen sentimientos de soledad, entre

otros. Pero, sin dejar de lado, uno de sus más significativos impactos, es que la presencia del animal logra facilitar la relación que suele darse entre terapeuta y paciente, debido a que muchas veces se les es más sencillo expresar ideas, sentimientos o pensamientos mientras acarician o hablan con el animal que con el mismo terapeuta. Resaltando que, a lo largo de la historia y a través de la experiencia, los animales -en los lugares públicos, sobretodo- han sido un instrumento para que se produzcan más fácilmente las relaciones con otros que son desconocidos, generando con menos trabajo y más rápido una relación de confianza y empatía.

Sin embargo, es importante mencionar que “si bien es una terapia que cada vez ha tenido más acogida en el área social y de la salud, todavía hay quienes desconfían de sus efectos por no tener una fundamentación científica que los respalde” (Gómez, 2017, p. 82). Lo que deja a analizar que, si los efectos que produce son de tanta utilidad para los pacientes tratados bajo este complemento, se deben realizar estudios para que puedan presentarse como argumentos científicos y/o generalizables.

Realidad virtual en el tratamiento para la esquizofrenia.

Siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social -que se dan dentro del marco de costes que las enfermedades mentales tienen para el Estado-, específicamente, para el sistema de salud se han puesto en marcha nuevas formas de intervención que generen una mayor efectividad a un corto plazo y que le apunten directamente a la mejora de la calidad de vida del paciente. Dentro de dichas intervenciones se encuentra el uso de aplicaciones de realidad virtual para mejorar síntomas y funcionamientos de los individuos que poseen alguna enfermedad mental.

De acuerdo al estudio realizado por López-Martín, Segura, Rodríguez, Dimbwadyo & Polonio (2015) sobre los beneficios terapéuticos que tiene el uso del Nintendo Wii en la aplicación para trastornos como la esquizofrenia, se encontró que presenta mejoras en los síntomas cognitivos tales como velocidad del procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y visual y razonamiento y resolución de conflictos. No obstante, en este mismo estudio se señala que no hay mayor diferencia en los resultados obtenidos frente a la mejora cognitiva de funciones como la memoria y la atención.

A pesar de ello, en otro estudio realizado por Franco, Orihuela, Bueno, Conde & Jiménez (2012) se plantea que:

Se observa que en personas con esquizofrenia se produce una mejora importante en atención manteniendo durante más tiempo su capacidad retentiva y mejora su observación hacia la atención más global hacia las pruebas tanto en las modalidades de atención selectiva como en atención sostenida. (p.3)

Es por dicho motivo que, a la fecha, no se ha podido llegar a resultados concluyentes y generalizables, ya que no se posee la suficiente evidencia que permita concluir específicamente sobre cuáles funciones cognitivas posee efectividad. No obstante, López-Martín et al. (2015), refieren que lo más relevante frente a este tipo de intervención es que:

En los últimos años se han desarrollado programas específicos de ordenador que han resultado eficaces en la mejora cognitiva en la esquizofrenia, pero no en la adherencia al tratamiento ni en el incremento de la motivación, que son aspectos fundamentales en la

elección de intervenciones dirigidas a la recuperación en pacientes con esquizofrenia.

(p.3)

Por lo que resulta importante que las estrategias de intervención que se piensen o generen en la actualidad le apunten a los factores que provocan deserción del tratamiento.

Psicofarmacología.

A lo largo de la historia, el procedimiento más frecuente que se ha utilizado para el manejo de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia es el tratamiento farmacológico. Se realiza a través de medicamentos denominados antipsicóticos, este tipo de medicamento es común, pero no exclusivamente utilizado para el tratamiento de síntomas positivos en la psicosis. “los antipsicóticos en su característica más general son capaces de bloquear receptores dopaminérgicos presinápticos y postsinápticos e incentivar la acción de receptores histaminérgicos” (Hernández, 2018). Esto se refiere a que, en la actualidad, no existe ningún tratamiento que evidencia la cura de un paciente diagnosticado con esquizofrenia, por lo cual los antipsicóticos no son medicamentos que se prescriban con el fin de “proporcionar una cura” sino, que tiene un efecto mediante el cual modifica ciertas sustancias del cerebro, permitiendo al individuo ser más funcional y controlar los síntomas que pueden llevarlos a tener una crisis.

Este medicamento suele presentarse en mayor medida en forma de pastilla y/o para ingerir vía oral, pero también, algunas presentaciones vienen en inyecciones y estas suelen administrarse por el personal médico y dentro del mismo hospital; este último método suele utilizarse en pacientes que presenten alguna dificultad con la toma diaria del medicamento,

bien sea por incumplimiento u olvido o porque esté generando dificultades o cambios a nivel fisiológico, señalan en un estudio reciente Bernardo et al. (2011).

A través de los años se han desarrollado nuevos medicamentos para la esquizofrenia, debido a que los antipsicóticos de primera generación:

Son eficaces en el tratamiento de los síntomas positivos de la psicosis (delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento). Sin embargo, son menos eficaces en abordar los síntomas negativos (“síntomas deficitarios”, tales como apatía, embotamiento emocional o anhedonia) o alteraciones cognitivas asociadas con la psicosis. (Vogel, León, Torres & Crossley, 2017, p.2)

Estos antipsicóticos han recibido grandes críticas por los efectos secundarios que causan. Los que han generado mayor preocupación dentro de la comunidad científica y la población, en general, son: los síntomas motores -movimientos motores incontrolables- que en algunas ocasiones pueden ser agudos y desencadenan contracciones musculares generalizadas y persistentes o relacionados con las anomalías motoras evidenciadas en la enfermedad de Parkinson.

Paralelamente, Vogel et al. (2017) mencionan que un efecto que se ha reflejado en algunos pacientes que han consumido dicho medicamento es la disminución de glóbulos blancos en la sangre, que son los encargados de combatir infecciones en la sangre, produciendo que quien los consume sea más propenso a enfermarse debido a infecciones.

Por este motivo, surgieron los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, estos se han presentado como una alternativa eficaz y válida para el tratamiento de síntomas

evitando los efectos motores. Asimismo, Vogel et al. (2017) en las conclusiones de su estudio refieren que “Los nuevos antipsicóticos, desafortunadamente, no han cumplido con todas las expectativas esperadas, y también poseen efectos secundarios relevantes, tales como los efectos metabólicos” (p. 6). Con esto se hace hincapié en que a la fecha el principal reto es que se siga trabajando sobre crear medicamentos que causen menos efectos adversos o secundarios sobre los pacientes para, de esta manera, concentrarse únicamente en los efectos que tienen directamente sobre los síntomas.

Para finalizar, es necesario resaltar que todo tratamiento que se espere llevar a cabo con los diferentes pacientes tenga en cuenta aspectos éticos importantes, como el informar todos los efectos secundarios posibles, y los efectos clínicos sobre los síntomas y, de igual modo, facilitar que entre paciente y médico se tome la decisión de cuál es el más apropiado.

Intervenciones y tratamientos que han demostrado mayor eficacia

La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja, ya que demanda una alta carga de cuidados, produce estrés al interior de la familia, con evidente discriminación social, afecta a jóvenes en etapa de formación y conlleva a la disminución de su productividad e inclusión en la comunidad, asimismo, se ha encontrado una relación entre esta enfermedad y altas tasas de suicidio - del 20 al 50%- (Zaraza-Morales, D. R. & Hernández-Holguín, 2015).

Por lo cual, no es suficiente solo el uso de antipsicóticos sino que es necesario complementar el tratamiento con intervenciones psicológicas. Dichas intervenciones se pueden realizar desde distintas áreas y enfoques. Sin embargo, la intervención que ha mostrado mayor eficacia, según la Division 12 of the American Psychological Association. (s.f) es el Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT o TAC en español), como uno de los tratamientos psicológicos efectivos para la esquizofrenia y lo define como:

Un enfoque de equipo multidisciplinario para el manejo intensivo de casos en el que los miembros del equipo comparten una carga de trabajo, tienen una alta frecuencia de contacto con el paciente (generalmente al menos una vez a la semana), una baja relación paciente / personal y brindan alcance a los pacientes en la comunidad. Los equipos de TAC incluyen psiquiatras y otros médicos de salud mental. Este enfoque de equipo permite la integración del manejo de medicamentos, rehabilitación y servicios sociales. El tratamiento con TAC generalmente es continuo, en lugar de limitado en el tiempo con una disponibilidad de 24 horas del día y altamente individualizado para las necesidades cambiantes de cada cliente. Los objetivos del TAC son reducir las tasas de

hospitalización y ayudar a los clientes a adaptarse a la vida en la comunidad. El TAC es más apropiado para las personas que tienen un alto riesgo de hospitalizaciones repetidas y tienen dificultades para permanecer en el tratamiento tradicional de salud mental.

Según De la Cal (2015), el Tratamiento Asertivo Comunitario tiene sus inicios debido a la escasa evolución que se evidenciaba en los pacientes con trastorno mental severo, ya que no se tenían en cuenta aspectos importantes vinculados al paciente como: las necesidades básicas del individuo, las habilidades para responder a las demandas de la vida comunitaria, la motivación del paciente, la tendencia al abandono de los recursos de asistencia, el establecimiento de relaciones patológicas de dependencia, la ausencia de apoyo, información y educación para los miembros de la familia y el entorno social del paciente, entre otros.

Por dicho motivo, este tratamiento elabora un modelo de intervención inicial orientado a enseñar a los pacientes las habilidades básicas, instrumentales y sociales necesarias para ser un sujeto funcional en la vida cotidiana, evitar en lo posible la rehabilitación e institucionalización, animar a los pacientes a exponerse al entorno comunitario de manera efectiva, incluir a los familiares y al entorno social en el trabajo educativo del paciente, con el fin de romper relaciones de dependencia, establecer una relación con los recursos de la comunidad e interesarse activamente por los pacientes buscando disminuir las deserciones del tratamiento.

Por otro lado, López-Santiago, Blas & Gómez (2012) afirman que el TAC es un modelo exhaustivo, integral y comunitario para el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves. A su vez, este se desarrolla como una estrategia que busca intervenir en

los problemas de adaptación a la comunidad de estos pacientes, los cuales tras los procesos de «desinstitucionalización», suelen presentar múltiples reingresos en unidades hospitalarias.

Cabe destacar que, “[...] desde los primeros trabajos que avalaron su efectividad el TAC es uno de los modelos de tratamiento para los trastornos mentales graves con mayor apoyo empírico” (Thornicroft & Tansella citado en López-Santiago et al., 2012, p.2).

En cuanto a la relación costo-beneficio de este tratamiento, es superior al de otros tipos de intervenciones; sin embargo, en el momento de mostrar resultados es tres veces más favorable, pues posibilita conseguir un empleo, disminuir la severidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida. Y, en cuanto al costo social, generó gran influencia al mitigar el número de arrestos, intentos de suicidio y urgencias médicas (Saiz-Galdós & Chévez-Mandelstein, 2009).

Bond & Drake (2015), se refieren a este como un modelo de servicio directo, en donde los profesionales clínicos propios del programa proporcionan gran parte de los servicios que el paciente requiera durante su tratamiento, en lugar de hacer una remisión a otros profesionales.

Inicialmente, este modelo prometía una “atención de por vida”, con una disponibilidad de profesionales 24 horas al día, los 7 días de la semana, teniendo un mayor contacto con los pacientes y, con el tiempo, volviéndose más eficaz y rentable para aquellos que tenían un constante regreso a los hospitales psiquiátricos. Lo que quiere decir, que constituía todo lo contrario para los que eran hospitalizados con menos frecuencia.

A pesar de sus beneficios en la salud mental del individuo con trastorno psicológico, aún no ha sido muy implementada en países latinoamericanos. Esto posiblemente se deba a los recursos y profesionales que el país o entidad específica, en cuestión, disponga.

Siguiendo esta línea de tratamiento, con una red interdisciplinar, se encuentra en Latinoamérica la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), que es implementada para el tratamiento de distintas discapacidades -física, mental o psicosocial, intelectual o cognitiva, sensorial auditiva o sensorial visual- bajo políticas internacionales por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ministerio de Salud, 2015).

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) “tiene como propósito fundamental la restitución de la autonomía funcional y social como punto de partida para el desarrollo de las competencias ciudadanas de las personas, que les permitan avanzar en su inclusión social y mejorar su calidad de vida” (Ministerio de Salud, 2015, p.1).

Esta estrategia se realiza a través del trabajo en red en donde se busca integrar a los cuidadores, pacientes, comunidades, organizaciones gubernamentales públicas, entidades privadas y diferentes profesionales del área de la salud y protección social, con el fin de impactar en todas las esferas del individuo afectado, creando un sistema de actuación que permita integrar e implementar distintas estrategias que promuevan una mejor calidad de vida e inclusión del paciente en la sociedad. Es decir, que le permita participar de manera activa a través de la creación de oportunidades, desarrollo de habilidades personales y laborales, disminuyendo factores de riesgo e implementando factores protectores; buscando, a su vez, cambiar estigmas sociales que hay en torno a la enfermedad.

A pesar de las diferentes evidencias que se encuentran desde los distintos estudios e investigaciones acerca de la efectividad que tiene esta intervención sobre el funcionamiento social del paciente, se presentan dificultades frente a la implementación de la RBC en las comunidades, estas están relacionadas con que:

Hay muy poca atención médica especializada disponible. La falta de psiquiatras, enfermeros psiquiátricos, psicólogos y trabajadores sociales están entre las barreras principales al brindar tratamiento y atención en los países de bajos y medianos ingresos. Donde existen, los precios de las medicinas y las tarifas profesionales a menudo son muy elevadas y, por lo tanto, muchas personas en los países de bajos ingresos tienen acceso limitado. (Organización Mundial de la Salud, 2012, p.13)

La constante negligencia del sistema de salud en los diferentes países ha causado que la brecha de atención en salud mental sea cada vez más amplia y que las personas no tengan acceso a la atención adecuada. Es por este motivo, que muy poca población diagnosticada con esquizofrenia se ha visto beneficiada con las intervenciones adecuadas en sus comunidades, el apoyo oportuno a las familias, el acceso a oportunidades de subsistencia (laborales) o de ocio, la atención médica y psicológica digna e idónea y el apoyo social, principalmente a través de la superación del estigma y discriminación.

Otra intervención usada para personas con esquizofrenia, que ya fue abordado con anterioridad, es el Entrenamiento de Adaptación Cognitiva (CAT), el cual consiste en “enseñar al individuo con esquizofrenia a usar estrategias que compensen (o eviten) los déficits cognitivos asociados con la esquizofrenia” (Division 12 of the American

Psychological Association. s.f). Sin embargo, pese a su efectividad, esta técnica presenta algunos vacíos en cuanto a la esfera social del paciente.

Es por este motivo, que actualmente se busca complementar la rehabilitación cognitiva del paciente, la cual tiene un manejo de carácter individual.

Por lo cual, se implementan estrategias como la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), que permiten intervenir de manera integral todas las esferas del individuo, haciendo énfasis en el contexto familiar y social, pues ambos tratamientos tienen como objetivo la resocialización del sujeto, dejando atrás estigmas acerca de los trastornos mentales -la esquizofrenia en específico- y cómo estos no permiten que el sujeto continúe desarrollándose en los contextos que lo rodean.

Este estigma social -en ámbitos como lo laboral- fomenta la percepción desfavorable que se tiene de ellos y su enfermedad, afectando directamente en los síntomas negativos de la persona con esquizofrenia, pues resulta nocivo a nivel emocional y conductual, desmejorando su calidad de vida y autoestima, además, se relaciona positivamente con síntomas de depresión y ansiedad (Loubat, Lobos & Carrasco, 2017).

Panorama Actual

Jurado-Pulgar (2016), lleva a cabo una revisión documental en donde busca identificar y verificar la eficacia que el Tratamiento Asertivo Comunitario tiene en pacientes con trastorno mental grave, haciendo énfasis en la esquizofrenia.

Por lo previamente investigado, se conoce que el TAC se origina ante la necesidad de mejorar la atención sanitaria en la comunidad a personas con trastorno mental grave,

orientándola hacia servicios de redes de apoyo comunitarias, con el fin de reducir los ingresos hospitalarios de estos pacientes, permitiendo así, su reintegro en la sociedad. Sin embargo, actualmente, la eficacia de este es cuestionada.

La realidad actual es muy diferente en la provisión de servicios y se hace necesario evaluar los datos a la luz de nuevos desarrollos asistenciales. Algunas causas explicativas de esta disparidad en los resultados podrían ser el no seguimiento de los criterios de fidelidad mínimos que garanticen la eficacia del TAC y la modificación de su impacto a causa de las diferencias en el contexto de servicios en que se desarrollan los procedimientos. (Jurado-Pulgar, 2016, p.28)

En consecuencia, en este estudio se encuentran diversos resultados que se ven influenciados por algunas variables que conllevan a cuestionar la eficacia que está teniendo el TAC. Dentro estas encontramos con Jurado-Pulgar (2016, pp 28-29):

- **Variables personales:** apoyo familiar y social, frecuencia de contacto con los servicios de salud mental, tipo de trastorno, comorbilidad, variables sociodemográficas, funcionamiento psicosocial anterior, tratamiento previo, etc.
- **Variables socioculturales:** Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud mental, nivel de pobreza, tasa de desempleo, políticas sanitarias, roles sociales, prevalencia e incidencia de trastornos, etc. [...]
- **Variables de la intervención:** Componentes del equipo, experiencia previa del mismo, frecuencia de los contactos, fidelidad, motivación, etc. [...]

Teniendo en cuenta estos factores, y demás otorgados por este estudio, se puede determinar que si bien el Tratamiento Asertivo Comunitario se ve influenciado por diversas variables, este muestra efectividad en la atención comunitaria e integral a las personas con Trastorno Mental Grave. El cual, tendrá mayor eficacia siendo aplicado en los pacientes “especialmente graves y desvinculados/as que requieren hospitalizaciones con frecuencia y no pueden abordarse correctamente por las Unidades de Salud Mental así como en un contexto cuya densidad poblacional y morbilidad psiquiátrica sea elevada, dificultando un óptimo seguimiento comunitario”. (Jurado-Pulgar, 2016, p. 30)

En la edición española de *World of Psychiatry*, Bond & Drake (2015) profundizan sobre este modelo, resaltando que tiene unas posibilidades de extensiones o modificaciones, como lo es la modificación hecha para las personas sin hogar con enfermedades mentales graves, con el propósito de reducir la falta de hogar, en general, integrando modelos de alojamiento basados en evidencia, mostrando eficacia.

Y, en cuanto a las modificaciones, el TAC fue incorporado para tratamientos de abuso de sustancias, empleo respaldado y la psicoeducación familiar; adaptando, igualmente, servicios para pacientes que presentaban episodios tempranos de psicosis, los que tenían trastorno límite de la personalidad e, incluso, aquellos con antecedentes penales.

Si bien este tratamiento presenta muchas capacidades y variación en su aplicación, de igual manera, posee límites como lo son el requerir de unas cualidades del contexto y de la población; por ejemplo, el TAC no está bien adaptado al contexto rural debido a que la población carece de acceso a los servicios de salud intensivos.

Según Zaraza-Morales, D. R. & Hernández-Holguín (2015), países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba han tenido un avance en la identificación y caracterización de la esquizofrenia en la población, contando con estrategias de acción que buscan resolver las dificultades que puedan presentarse al vivir y/o convivir con personas que padecen de esta enfermedad.

Como se abordó con anterioridad, el TAC tiene un alto costo, al igual que la RBC, pues el prolongado tiempo que pasan los pacientes en hospitalización y tratamiento es elevado, tanto en sector público o privado.

Estas problemáticas unidas dan paso a una más grande, que sería la falta de experiencia que se ha presentado en cuanto a los modelos de atención comunitarios, fomentando una escasez de oportunidades para implementar estrategias o técnicas para una atención primaria, mínima, para las personas con enfermedades mentales.

Bohórquez et al. (2014), tras realizar una revisión de siete metaanálisis y la adopción y/o actualización de la Guía Nice y de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, buscan explorar las distintas formas o modalidades de intervención de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia, presentando como principal hallazgo la importancia de una atención psicosocial adecuada.

Debido a que las intervenciones basadas en la comunidad al ser contrastadas con las evidencias expuestas en los diferentes estudios, no han señalado ningún tipo de riesgo para salud del paciente y, en vista de que frente a la calidad de vida de los mismos y de sus familias -o redes de apoyo- han demostrado ser satisfactorias y beneficiosas en el pronóstico de la enfermedad, gracias a que alcanzan a atender las necesidades de este tipo

de pacientes, las cuales van mucho más allá de las que se logran cubrir con la atención médica básica.

Se hace necesario mencionar que, estos autores pretenden realizar énfasis en fijar recomendaciones frente al manejo y seguimiento de los pacientes con este diagnóstico, dentro de las que se revelan algunas que enfatizan aspectos significativos que poseen las intervenciones como la RBC para aminorar las hospitalizaciones continuas que tanto caracterizan a este trastorno –sobre todo en sus fases más agudas-. Se enuncia de esta manera, la creación o conformación de grupos básicos como una alternativa eficaz frente a este tipo de consecuencias que derivan del manejo básico que se le da a esta patología en los centros de salud.

Con esto, Bohórquez et al. (2014) manifiestan haber encontrado en las diferentes revisiones que, frente a los grupos básicos de atención, se hace:

[...] un énfasis importante por parte de varios de los expertos y de los pacientes en la necesidad de que este equipo sea un grupo integrado, que trabaje en conjunto para evitar el desplazamiento a otros centros y el cambio en los profesionales encargados de los pacientes. (p.107)

Los modelos de intervención comunitarios, son entonces, una modalidad de intervención que permite una mayor adherencia al tratamiento, manejo adecuado y continuo y, un abordaje interdisciplinario del paciente y de su grupo familiar donde se reduzca la carga del cuidador y se brinde una mayor satisfacción con los servicios que ofrecen los profesionales que conforman los equipos de salud mental en las comunidades.

A partir de lo que se ha planteado, aparecen una serie de categorías emergentes que son indispensables para continuar desarrollando, teóricamente, este trabajo, y al momento de analizar los obstáculos que influyen en el contexto colombiano para el abordaje práctico de estos modelos de intervención. Las cuales son:

Categorías Emergentes

Leyes de Salud Mental

Política Nacional de Salud Mental

En el año 1998, se adopta la primera Política Nacional de Salud Mental en Colombia. Ardón & Cubillos (2012) afirman que esta política buscaba “promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental; mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de atención en salud mental en todas sus fases” (p.18).

Sin embargo, Zaraza-Morales, D. R. & Hernández-Holguín (2015), expresan que a pesar de que esta política tenía su punto de referencia en la hipótesis de que el desarrollo de las enfermedades mentales se encuentre directamente relacionado al contexto y a las condiciones socioeconómicas de las personas, no fue implementada.

Por otro lado, en el año 2018 “el ministro de Salud, Juan Pablo Uribe, presentó la nueva Política Nacional de Salud Mental, con la que buscaba promover la salud mental como un derecho individual, familiar y colectivo en el país” (Colprensa, 2018).

Esta política que se adopta mediante la resolución 1486, toma en cuenta la Ley 1616 de 2013, la cual busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental de los colombianos. En esta Ley, se plantea que la política “deberá ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá que ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes” (Ley N° 4886, 2018).

Ley 1438 de 2011

Esta ley aprobada por el congreso de la República, incluyó a la salud mental en el Plan Decenal de Salud Pública y la Atención Integral en Salud Mental.

Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (Ley N° 1438, 2011)

Mediante esta Ley se logra la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscando prestar servicio público en salud en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Ley 1616 de Salud Mental de 2013

Esta ley tiene como objetivo:

Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ley N° 1616, 2013)

Esta Ley 1616 se plantea como un reto para el Ministerio de Salud y Protección Social, debido a que se hace necesario ajustar los sistemas de información y la creación de grupos interdisciplinarios que tengan la capacidad de trabajar en los territorios en pro de la Salud Mental. Además, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), es necesario llevar a cabo una adecuación en los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) e implementar acciones integrales que sirvan para prevenir conductas que atenten contra la Salud Mental; fortalecer la Salud Mental comunitaria, involucrando activamente a los pacientes, los cuidadores, las familias, entre otros; crear una instancia a nivel nacional que se especialice en la Salud Mental.

Sistema de salud

A lo largo de la serie de estudios revisados en el rastreo de información resulta imprescindible mencionar las barreras de acceso a los servicios de salud y, sobretodo, de salud mental en Latinoamérica, especialmente en un país como Colombia, siguiendo lo que plantean a través de un análisis crítico Rojas, Castaño & Restrepo (2018):

La falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis. (p. 5)

Con ello, se destaca y siguiendo a lo expuesto por los autores, que si bien tanto las políticas públicas y la leyes de salud mental en nuestro territorio dejan claro las metas a alcanzar y los objetivos sobre los cuales centrarse, estas o no se aplican o se formulan desde afuera, no atienden a las necesidades del contexto específico para el que fueron creadas, tras no considerar las especificidades, características y retos de enfermedades graves como la esquizofrenia. Es decir, estos mismos autores plantean que estas barreras frente al sistema de salud surgen “respecto a la prevención y promoción el impacto es escaso o nulo, debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad” (p.5).

Estas brechas atienden principalmente a lo que mencionan Wanger, Geidel, Torres-González & King (2011), en países en vía de desarrollo “el estigma por parte del gobierno también se revela en la falta de campañas informativas y educativas sobre las enfermedades mentales y en la diferencia de presupuesto destinado cuando se compara con el asignado a enfermedades físicas” (p. 5). La salud mental en nuestro país es un tema que se plantea en leyes y políticas públicas, pero del que poco se le informa a la población en general e incluso hasta en las facultades de las universidades de profesionales de la salud -como médicos y enfermeros- que, en ocasiones, no se les brindan espacios prácticos dentro de su formación para ahondar en temas relacionados con la salud mental. Rojas et al. (2018) mencionan frente a este reto en la atención que se le da a los pacientes con trastornos mentales que “Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde se dispone de un psiquiatra o menos por 200 000 personas y en países de bajos ingresos hay menos de un especialista por millón de habitantes” (p. 3). Lo que quiere decir que, la mayoría de

pacientes que reciben atención recurrente o que constantemente son hospitalizados son atendidos y tratados por personal de salud que no es especialista en salud mental sino que hacen parte de la atención primaria que les brindan enfermeros y los médicos de turno en consulta externa o en su defecto en el área de urgencias. Lo que refleja la falta de interés y de inversión en contratación de especialistas que trabajen, no sólo en el bienestar físico del paciente, sino también en el bienestar psíquico y social, pero principalmente nace de la poca capacitación del recurso humano -independientemente de su especialidad e intereses- para tratar con pacientes que ingresan a los diferentes centros por patologías que van más allá de sintomatologías físicas.

Una atención fragmentada e incompleta de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que se relaciona con lo planteado por Wanger et al. (2011) aluyendo a que “hoy en día la atención se centra casi exclusivamente en la adherencia a la medicación, y los protocolos y guías son más respetados que la relación médico paciente” (p. 10). La preocupación realmente no se centra en los trabajos comunitarios y de rehabilitación con el fin de crear redes de apoyo y de cuidadores que sirvan para que el pronóstico de la enfermedad sea más prometedor, ni en la atención por parte de personal idóneo y capacitado. Por el contrario, la falta de asignación de recursos por parte del gobierno al sistema de salud genera, lo que estos autores denominan, estigma institucional o una forma de discriminación, que se refleja en la falta de campañas preventivas e informativas, que se menciona con anterioridad, en temas que impliquen la salud mental de los individuos, recursos del sistema que se invierten principalmente en prevención de enfermedades como la hipertensión arterial y otras que aluden a lo físico y, a lo que se considera desde el modelo médico como prioritario o relevante. En consecuencia:

Como la gente desconoce la enfermedad y la teme, algunos familiares prefieren ocultarla, como forma de protección contra el prejuicio. En muchos casos eso termina generando una cierta negación del trastorno, o el retraso en buscar ayuda y además profundiza el aislamiento social. (Wanger et al., 2011, p.6)

El costo que genera para el sistema de salud el diagnóstico tardío de trastornos mentales o los derivados de estos y la rehospitalización de pacientes, ocasiona que los pocos recursos que se destinan a la salud mental no cubran con lo esencial, es decir, lo que exponen Wanger et al. (2011) como:

Desorganización estructural, recursos limitados, funcionarios desvalorizados y desmotivados. La falta de recursos materiales y humanos genera sobrecarga para los profesionales, de los que pueden derivarse problemas físicos y psíquicos. Este escenario es fértil para la depresión y hostilidad en la oferta de la atención. (p.9)

Se reduce el asunto de la salud mental dentro del sistema, desde términos gubernamentales a la asignación de presupuestos, basados en todo menos en las necesidades de los pacientes, necesidades que reclaman, por ejemplo, el acceso a medicamentos de forma gratuita y en las cantidades adecuadas, impulsada por la incapacidad laboral y social de los individuos que, al no tener recursos para sostener los gastos asociados a el tratamiento de su patología, se recarga en los cuidadores o familias que en la gran mayoría de los casos, en nuestro contexto, el paciente se convierte en una carga económica y emocional imposible de llevar. Aspecto que se logra evidenciar a través de la lectura realizada de Rojas et al. (2018) donde se expone que “de acuerdo con la OMS las enfermedades mentales tienen un impacto económico negativo, puesto que disminuyen

el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores, lo que puede afectar la economía de los países” (p.2). Además de que estos mismos autores refieren que en términos de estadísticas “entre el 70 a 90% de las personas con trastornos mentales severos son desempleados a causa de su enfermedad” (p.8). Lo que se relaciona con lo que se ha enunciado frente a la atención fragmentada, debido a que si esta no responde a las necesidades específicas de cada paciente y a la posible incapacidad que generan enfermedades mentales como la esquizofrenia, el individuo no podrá ser funcional o desarrollarse de manera sana y habitual con su medio social, familiar y/o laboral; generando menos ingresos y más costos para los diferentes sistemas, haciendo que el gasto sea mucho más elevado, que al invertir en una atención integral y de calidad.

Barrera señalada también en Rojas et al. (2018) tras mencionar que “Los costos de no atender los problemas de salud mental en el trabajo son significativos, ya que estos explican hasta el 47 % de los costos por incapacidades, además de la pérdida de productividad por ausentismo en algunos países” (p.6).

Por otro lado, a pesar de que las leyes como la 1616 y los planes de gobierno que responden a la Salud Pública en Colombia, plantean la salud mental como un derecho, en nuestro territorio es todo un reto, debido a que se cuenta con pocos centros y personal que estén capacitados y/o especializados en temas relacionados con la salud mental. Sumando a esto, las dificultades frente a la infraestructura donde en muchos casos, como mencionan Wanger et al. (2011), en el estudio realizado los pacientes y sus cuidadores refieren una queja frente a la “la falta de plazas en las unidades hospitalarias de ingreso, en las consultas de atención especializada y de programas de información y prevención en salud mental” (p.7). Los autores afirman que esta problemática que responde a la infraestructura y a la

falta de recurso humano se evidencia en países latinoamericanos, en vista de que los retos que enfrentan los países desarrollados corresponden a la relación médico-paciente y el trato frío y deshumanizado que prestan; mientras que países menos desarrollados estos problemas son atribuidos a las pocas medidas que toman las diferentes instituciones y entes gubernamentales al no aumentar el número de camas -plazas- que tienen los pocos centros especializados en salud mental, las barreras de acceso a los diferentes servicios que son necesarios para el correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que mejoren la capacidad de respuesta y atención a la demanda presentada por el paciente o bien la escasez que estos mismos proporcionan de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras dentro de estos mismos centros. Escasez que continua Rojas et al. (2018) argumentando desde lo que informa la OMS afirmando que “en muchos países solo se invierte el 2 % del total de los recursos de la salud, siendo el gasto anual promedio en salud mental inferior a US\$ 3 por habitante y en los países de bajos ingresos, US\$ 0,25 por habitante” (p.4).

Formación de profesionales

Enlazado a las diferentes barreras que se encontraron frente al sistema de salud, los centros prestadores del servicio y los profesionales a cargo del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; Rojas et al. (2018) continúa afirmando que, gracias a:

La actualización del plan obligatorio de salud con el ingreso de algunos medicamentos para determinados diagnósticos psiquiátricos, se constituyó en un nuevo absurdo por la escasez de los medicamentos en las farmacias, la demora para su autorización, la restricción a unos diagnósticos específicos aprobados por el Instituto Nacional de

Alimentos y Medicamentos (Invima) y el afán del médico de asignar ciertos diagnósticos para garantizar la entrega de los medicamentos, lo cual se traduce en un falso incremento de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental. (p.5)

Lo que, según estos autores, genera una forma de discriminación y exclusión de dichos pacientes, dado que no se protegen sus derechos y se ven inmersos en hospitalizaciones innecesarias, convirtiendo las consultas en los centros de salud en una limitada escucha de una serie de síntomas que cumplan con los criterios de un diagnóstico o, en su defecto, la adherencia a tratamientos predominantemente farmacológicos que, en muchos casos, por el diagnóstico apresurado desencadena el uso de medicamentos con efectos adversos o secundarios que poco se valoran en las evaluaciones posteriores. Este tipo de intervenciones, para los que están siendo preparados -los estudiantes de medicina, enfermería y/o auxiliares- no produce los resultados esperados frente a temas como la rehospitalización o el pronóstico de la enfermedad; a causa de que, como señala Wanger et al. (2011) en el estudio realizado “Nuestros resultados sugieren que escuchar a los pacientes puede contribuir para la disminución de su sufrimiento. Valorar la opinión y las experiencias subjetivas de los pacientes puede reducir la ansiedad y mejorar la imagen que ellos tienen de sí mismos” (p.10). Por ello, plantean la alternativa que más allá de la formación que se les da estos profesionales en identificar signos y síntomas, también capacitarlos en la articulación de los tratamientos farmacológicos con estrategias de acompañamiento psicosocial y fortalecimiento comunitario, que en el contexto de lo que se ha venido mencionando puede aludir al TAC.

Wanger et al. (2011), más adelante, mencionan que debido a que “el modelo médico ha evaluado la esquizofrenia como de pronóstico pobre en términos de desarrollo personal. Esta expectativa negativa puede inducir un escaso compromiso del profesional con los cuidados” (p.8). Lo que implica reevaluar los modelos bajo los cuales se está leyendo la salud mental en nuestro contexto, modelos que son la base de la formación en los diferentes niveles de la profesionalización. A lo que Rojas et al. (2018), afirman que “los pregrados del área de salud requieren preparar a los estudiantes para enfrentar apropiadamente las demandas asistenciales en temas de salud mental, hasta ahora revisadas con poca profundidad” (p.8). Gracias a este planteamiento, disminuirían las quejas sobre la poca disponibilidad de escucha de los profesionales, el trato poco empático y demasiado técnico que le dan a los pacientes y sus cuidadores, situación señalada en el estudio de Wanger et al. (2011).

La problemática de poca disponibilidad para la escucha que refieren los pacientes y cuidadores, en el estudio de Wanger et al. (2011), es consecuencia de la falta de empatía, la falta de psicoeducación que se les da a los pacientes y a los cuidadores con respecto a la enfermedad y, de la creencia de que un lenguaje excesivamente técnico y clínico les va a permitir entender mejor la enfermedad.

Lo que permite pensar que la formación es un tema fundamental en la atención que se le pueda brindar a los pacientes, en vista de que si un profesional desconoce la forma de intervención de patologías relacionadas con la salud mental, va a tener una actitud de rechazo, estigma e inexperiencia a la hora de enfrentar un caso como estos. Como lo señalan Wanger et al. (2011) al mencionar una investigación realizada frente a la actitud

que tenían los estudiantes de medicina frente a la psiquiatría y las enfermedades mentales, en donde se encontró que “aquellos que nunca habían sido expuestos a disciplinas y entrenamientos en salud mental tenían prejuicios mayores y reacciones más negativas que los estudiantes con práctica en este campo” (p.9).

La división entre la salud física y mental que se refuerza en las facultades y en la formación que ofrecen las mismas, además de la rivalidad entre los diferentes profesionales del área de la salud, generan limitaciones en la atención a causa de lo que plantean Wanger et al. (2011):

La realidad nos hace suponer que la formación de los profesionales del área de la salud sea muy técnica y no prepare los estudiantes para un cuidado más global y “humanizado”. Psiquiatras y psicólogos obviamente reciben entrenamiento para el cuidado en salud mental y para la “escucha”. Pero estos profesionales no son los únicos que han de trabajar con enfermos mentales graves. (p.10)

La sobrecarga a la que se ven expuestos los profesionales, la instrucción bajo modelos que limiten la atención y el estigma frente a la salud mental dentro y fuera de los programas profesionalizantes, no son los únicos retos que enfrenta la formación de profesionales en nuestro territorio. Rojas et al. (2018) aludiendo a la importancia de la investigación como medio de generación y sistematización de conocimiento señala que “el país requiere Especialistas que generen alternativas innovadoras de atención dirigidas a las necesidades de la población” (p.8). Planes de acción basados en la evidencia, además de indicar, la notable necesidad de que dichas investigaciones se dirijan en una línea específica y exclusiva a la evaluación de la efectividad que tienen las leyes y políticas públicas,

haciendo énfasis en las que aluden a salud mental, en Colombia y cómo responden a las necesidades de nuestro territorio y de las poblaciones que impactan (p.9).

Suwanwela (2008) indica que “todo país, incluso los más pobres, debe llevar a cabo algún tipo de investigación para resolver sus propios problemas” (citado en Cruz, Fernández, Duarte & García, 2012, p.15). Aludiendo a la falta de socialización de los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones e intervenciones que se realizan en nuestro país y/o los pocos ejercicios de sistematización de la experiencias obtenidas por medio de trabajos prácticos o teóricos realizados, que limita la posibilidad de perfeccionar los conocimientos con los que ya se cuenta y la posibilidad de perfilar modelos de intervención o futuras investigaciones, con base en lo que ya se ha trabajado y, que sea de utilidad para el país. Cruz et al. (2012) aluden a la investigación como una “oportunidad para potenciar el conocimiento por parte de diferentes actores, perfeccionar el quehacer metodológico y descubrir opciones con miras a ampliar y mejorar el horizonte de acciones y lineamientos políticos” (p.2), relacionándolo con la formación de profesionales poco interesados en los trabajos investigativos y la sistematización de las intervenciones en las que tienen lugar; refiriendo, además, que si se realizan trabajos investigativos, se hacen bajo modelos que no implican el trabajo con comunidades o que se asumen desde los saberes del investigador. Por lo que afirman que es pertinente que emerjan investigaciones bajo el modelo de Investigación-Acción Participativa (IAP) debido a que “privilegia la orientación y los productos obtenidos ajustados a las necesidades institucionales y de las comunidades de influencia” (Cruz et al., 2012, p.11).

Infraestructura

Según la RAE (s.f), se habla de infraestructura como un conjunto de elementos, dotaciones o servicios necesarios para el buen funcionamiento de un país, de una ciudad o de una organización cualquiera. Es por esto, que al abordar este apartado se mencionan tanto características económicas y físicas como de los recursos humanos y su quehacer frente al TAC.

Sin embargo, ya que este tratamiento no es muy usado en Latinoamérica ni en Colombia, específicamente, se tomará como referencia el modelo español, quienes han desarrollado más ampliamente este tratamiento, en vista de que ha demostrado mayor eficacia en cuanto al tratamiento de las personas con trastorno mental, reduciendo el reingreso a hospitalizaciones y generando una mayor reinserción social del sujeto. Gracias a que este modelo implica un amplio número de personas involucradas facilita tejer redes que, pensándolo en los términos tanto teóricos como prácticos del TAC presupone favorecer el trabajo comunitario y el conocimiento de las diferentes disciplinas del área de la salud, de la articulación entre los diferentes tratamientos con alternativas comunitarias, valorando la interdisciplinariedad en dichas alternativas y servir como un medio de capacitación en las mismas.

Costo-Inversión

Según el Servicio Andaluz de Salud (2010), en su documento guía para desarrollar programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en España, refiere que tanto los recursos

humanos como materiales van a depender de la estimación que hace cada área sobre la cantidad de población que busca atender.

Recursos personales

El Servicio Andaluz de Salud (2010), plantea que establecer un TAC a tiempo completo requeriría de, aproximadamente, cuarenta o cincuenta pacientes con al menos cinco o seis profesionales para que estos atiendan, cada uno, casi diez usuarios.

Como composición mínima el equipo del TAC, llamado también ETAC debe estar conformado por:

- Un psiquiatra.
- Un trabajador social.
- Dos enfermeros.
- Uno o dos auxiliares de enfermería y/o monitores.

Otros profesionales que podrían complementar, en mayor instancia, este equipo sería: un psicólogo clínico, un terapeuta ocupacional y/o auxiliares administrativos. Y, si es posible, la participación de ex-pacientes de los servicios de salud mental. La inclusión de estos perfiles al equipo de trabajo dependen, casi en totalidad, de las características de la población a atender como de los recursos concretos con que cuente cada Unidad Clínica de Gestión (UCG), quien se encarga del manejo y coordinación de los acuerdos de las entidades de Atención Primaria y Secundaria.

Recurso material

El Servicio Andaluz de Salud (2010), afirma que para un funcionamiento adecuado del ETAC este debe tener unos recursos primordiales, los cuales son:

- **Una sede central:** en la que la zona de recepción sea directamente accesible; una sala amplia dispuesta para reuniones grupales; una sala de medicación/botiquín, con unos tratamientos específicos, con un equipamiento básico para el examen médico, una zona de refrigeración y un espacio mínimo para dispensar el tratamiento; una sala de intervención/consulta individual y grupal; un espacio para la custodia o almacén de los objetos del paciente; espacio para máquinas de oficina y parking para el equipo de trabajo.
- **Medios de transporte:** debido a que el equipo se transporta continuamente a la comunidad se requieren dos vehículos sanitarios claramente identificados para posibilitar el estacionamiento en zonas restringidas.
- **Móviles corporativos para cada profesional:** esto, debido a que estos no pueden olvidar el hecho de que las personas con trastorno mental grave no pueden descuidar el aspecto social y sus condiciones, generalmente precarias o excluidas, por lo que deberán garantizar una cobertura de necesidades básicas. “[...] sería conveniente, por un lado, disponer de un fondo económico de urgencia y por otro, contar con recursos residenciales flexibles y de baja exigencia a los que se pudiera acceder de forma rápida y no burocratizada” (p.123).

Recurso Humano

Como se menciona anteriormente, en Colombia hace apenas unos años que se propone, a través de la normatividad, diversos cambios a nivel estructural, en busca de mejorar la calidad de los servicios en salud. Dentro de los cuales se incluye la Política Nacional de Salud Mental. Surge entonces un particular interés por:

Identificar procesos de humanización, a partir del sistema para la garantía de la calidad, haciendo énfasis en el mejoramiento continuo de las instituciones en salud, propendiendo por dar respuesta a necesidades singulares de directivos, usuarios y trabajadores; regidos bajo estándares de calidad, bioéticos y de seguridad para todos. (Ávila Nieto, Acosta, & José, 2017, p.4)

Dentro de dichos procesos de mejora a los servicios de salud, se pueden encontrar grandes retos. En el caso específico de la esquizofrenia nos encontramos con que muchas de las personas que sufren este trastorno no acceden a los servicios de salud mental, debido a diversas causas propias del trastorno. Respecto a esta problemática se da origen a modelos como el de Tratamiento Comunitario Asertivo (TAC), “donde los servicios deben ser llevados a ellos en sus entornos vitales naturales por medio de equipos interdisciplinarios que incluyen la administración de medicamentos, apoyo en las actividades prácticas como aseguramiento de vivienda y rehabilitación” (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga & Correa, 2016, p.120).

Sin embargo, en países en vía de desarrollo, debido a la crisis económica, los gobiernos se han visto obligados a recortar los gastos de la salud, generando así un retraso en la búsqueda de nuevas alternativas y conduciendo a la ausencia de la debida atención y a

tratamientos netamente farmacológicos. “En Colombia, un país en vías de desarrollo, la inversión en salud mental no ha alcanzado a suplir las propuestas de la OMS, lo que obstaculiza la aplicación de algoritmos integrados” (Taborda et al., 2016. p.120).

Debido a esto, en Colombia habitualmente los pacientes con esquizofrenia reciben tratamientos que no van más allá de soluciones farmacológicas; ignorando las características propias de cada individuo y las consecuencias que esto puede traer tanto para el paciente como para el entorno que lo rodea. Las iniciativas que se dan actualmente, en busca de un manejo integral, más humanizado y terapéutico en la esquizofrenia, pierden continuidad por la escasez de recursos económicos y humanos, estos últimos debido a la gran demanda que existe actualmente de profesionales y la poca oferta que se da.

Por dichos motivos, se evidencia una necesidad de ver la esquizofrenia más allá de un trastorno psicótico, sino como una enfermedad que depende de diversas circunstancias, entre las cuales se encuentran el contexto y el manejo que se le dé a la misma; circunstancias que pueden ser intervenidas de manera eficaz mediante estrategias comunitarias, que tengan en cuenta el ámbito ocupacional, individual, grupal y familiar. Para esto, se hace imprescindible el compromiso de psicólogos y psiquiatras y demás profesionales que se dedican al cuidado de la salud mental, sin restarle responsabilidad a una iniciativa política que vaya más allá de lo escrito para ser llevadas a la acción.

Contexto y población

Como se menciona anteriormente, en Colombia no se ha profundizado en este tipo de tratamientos, por lo que se hace necesario hacer referencia a cómo se ha desarrollado y

adaptado el mismo en otros países tales como Países Bajos, el Reino Unido y, principalmente, en España con el Modelo Avilés.

Se resalta la capacidad adaptativa del TAC debido a que, según el contexto y población en el que este busque aplicarse, es posible crear una variación del mismo a partir de los principios del TAC original y de las particularidades del lugar en el que se aplique.

[...] un servicio híbrido neerlandés llamado TAC flexible (FACT en inglés) ha integrado un equipo de TAC a corto plazo en un equipo de tratamiento clínico, proporcionando servicios intensivos para pacientes que están en crisis, con una fácil transición a los servicios habituales en una y en otra dirección. Se han desarrollado otras versiones modificadas de TAC para respaldar las transiciones y la flexibilidad, pero no ha surgido un modelo claramente superior. (Bond & Drake, 2015, p.2)

Una serie de estudios en el Reino Unido mostraron que no solo los factores contextuales generaban un impacto en el resultado de la atención aportada para este programa sino, también, mostraron que los factores organizativos tenían influencia en este.

Esto promovió la realización de cambios a los modelos de intervención, optimizando esta estrategia terapéutica y creando un nuevo enfoque que se denomina Atención Asertiva Comunitaria (Assertive Outreach Care- AOC). Este es algo distinto al TAC original, pero no dista mucho de su aplicación y principios, volviéndose el modelo de tratamiento más implementado en Europa. De esta forma, “[...] los equipos de AOC no tienen que incorporar expertos profesionales o expertos en diagnóstico dual en su plantilla, ni precisan proporcionar asistencia 24 horas, ni tampoco exigen tener un número tan limitado (1/12-15)

de pacientes por coordinador de casos” (Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla & Vázquez-Barquero, 2012, p.327).

A su vez, Vázquez-Bourgon et al. (2012), en un estudio sobre el TAC sustrae varias investigaciones en donde destacan autores como Bond et al. (2001), que plantean que este modelo muestra eficacia con una significativa reducción del número de ingresos en el hospital psiquiátrico, de la promoción de un estilo de vida independiente, de la sintomatología y en la calidad de vida de los pacientes; además, otros autores encuentran que hay una reducción en la duración de hospitalizaciones (Burns, 2010). Se demuestra también que con esta reducción hay mayor permanencia en la comunidad (Joanette et al., 2005). Sutherby et al. (2010) analizaron datos naturalísticos de un seguimiento a 3 años, encontraron que una vez implementado el AOC en una comunidad, esta presentó una reducción gradual con los años de la tasa de “incidentes críticos” y de ingresos en unidades de internamientos agudos.

Asimismo, se observó que el estilo de tratamiento cambió con el tiempo, no solo enfocado en la intervención en crisis sino a tener un acercamiento proactivo y preventivo del desarrollo de patologías. Algunos factores que ayudaron en la mejoría de este modelo fueron: tener un psiquiatra dentro de este programa, desarrollar una aproximación proactiva al seguimiento del tratamiento, mantener una revisión del tratamiento farmacológico diariamente, promover la atención más enfáticamente en aquellos pacientes más recurrentes y de riesgo mayor y, sobre todo, estar más atentos a la coordinación del equipo de trabajo y a la comunicación entre el mismo.

Según el Servicio Andaluz de Salud (2010), en el sur de Europa, específicamente en España, alrededor de 1999 se pone en marcha el Modelo Avilés, tomando la filosofía original de Stein y Test para actuar en la comunidad con aquellos pacientes que mostraban dificultades de seguimiento por parte de los equipos y unidades de Salud Mental del sector; posicionando como eje de su intervención las visitas domiciliarias y las intervenciones *in vivo*.

Este, como el AOC o el TAC flexible, contienen los principios del modelo TAC y por añadidura, la realidad asistencial española para poder optimizar las prestaciones posibles para los pacientes. Entre uno de los cambios principales se denota la disponibilidad horaria de los profesionales.

En la actualidad el equipo cuenta con 11 profesionales (2 psiquiatras, 5 enfermeros/as, 3 auxiliares de enfermería y un/a trabajador/a social) y atiende a un número de pacientes cercano a los 130. La totalidad de las personas atendidas por este equipo son del área sanitaria de Avilés (con aproximadamente 165.000 habitantes). (p.61)

Mostrando un descenso en los ingresos hospitalarios y señalando que, aproximadamente, un 90% de los casos son voluntarios y programados, produciendo una mejora en la calidad de vida de los usuarios. Además, busca asegurar la coordinación y colaboración con la red pública sociosanitaria que ofrece servicios básicos y necesarios para la población española, acortando y acelerando los trámites burocráticos para cuando -en situaciones de crisis- el paciente pueda acceder a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y/o a urgencias de las Unidades Hospitalarias de Salud Mental (UHSM).

Síntesis

Teniendo en cuenta las categorías, anteriormente mencionadas, se pudo demostrar que existe una correlación entre las mismas que permitirán llegar a una conclusión que dará pie a una reflexión frente a los resultados evidenciados a lo largo de la investigación:

Si bien en Colombia, actualmente, existen varias leyes que abarcan el tema de la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental se denota que, en relación con el Sistema de Salud, no se permite que estas se desarrollen óptimamente, ya sea por impedimentos legales, sociales y/o económicos que obstruyen la garantía de este derecho; causando un efecto contraproducente a los mismos propósitos iniciales, pues por esta poca aplicación y formación, la calidad de vida de las personas con trastorno mental se verá afectada y, a su vez, la de sus redes de apoyo, que se constituyen como un pilar para el tratamiento de los mismos. Además, en vista del escaso seguimiento, se genera un estigma institucional, pues al no invertir un presupuesto suficiente para realizar dichas campañas de prevención a nivel comunitario se fomenta a su vez la ignorancia y fortalecimiento del estigma social frente a los trastornos mentales y, debido a estos precarios recursos se evidencia un abandono a los procesos terapéuticos y/o farmacológicos que nuevamente incurren en la vida del paciente y su alrededor.

Cabe destacar que, estas leyes parten desde lo general -los trastornos mentales más comunes- más no desde lo particular, con las necesidades específicas del contexto y la población para las que son creadas, ocasionando un sesgo en el diagnóstico y el tratamiento mismo que, más adelante, conlleva a que los pocos recursos invertidos en las continuas

rehospitalizaciones se agoten y no se logre hacer una cobertura más amplia de nuevos pacientes.

Esto, a su vez, se relaciona con la poca inversión que se realiza para la formación de profesionales que se especialicen en salud mental y el poco financiamiento que se le da a la realización de campañas de promoción y prevención frente a este tema. Asimismo, se refleja en cuanto a la infraestructura, la cual no se encuentra en la capacidad de responder a la alta demanda de estos pacientes ni a costear la inversión necesaria para responder a sus necesidades debido a lo anteriormente abordado.

Igualmente, es importante mencionar que la preparación bajo el modelo médico-psiquiátrico de los profesionales ha propiciado que se genere un estigma frente a temas relacionados con la salud mental de las comunidades que se atiende, pues esta poca preparación frente a este campo provoca que los mismos médicos nieguen la atención adecuada -o en su totalidad- a los pacientes que presenten alguna patología psicológica, ya que no saben qué procedimiento se debe llevar a cabo. Esto da como resultado una atención fragmentada que no posibilita la coordinación entre las diferentes profesiones encargadas de la atención primaria y hospitalaria de la misma. Como consecuencia se continúa impulsando dicho estigma dentro de la población, afectando los procesos que se puedan realizar en dicha comunidad para el tratamiento, prevención, creación de redes de apoyo y psicoeducación acerca de los trastornos mentales.

Finalmente, los obstáculos previamente mencionados desencadena una dificultad para llevar a cabo tratamientos basados en la comunidad como el TAC, viéndose afectados no sólo los recursos sociales y del personal, pues de dicho respaldo es que se forman las

distintas redes de apoyo y las unidades de atención, facilitando el proceso terapéutico que llevan a cabo los profesionales con los pacientes. A su vez, los diferentes obstáculos socioeconómicos presentados en el país se muestran como un impedimento para su constitución, pues requiere una gran inversión de recursos para su realización -ya sea en los profesionales como en la infraestructura- que necesita para su atención.

Conclusión

A lo largo de la historia se ha concebido la esquizofrenia desde diferentes enfoques y disciplinas de la salud y acorde a las realidades de cada contexto y momento histórico que se ha atravesado, otorgándole un significado de carácter religioso, socio-cultural y del modelo médico-psiquiátrico. Llegando a darle una concepción mágica y negativa, hasta pasar a ser concebida como un trastorno psicótico, iniciando con tratamientos que atentaban contra la dignidad humana tales como: tortura, muerte y cremación de cuerpo, que se constituían como “actos piadosos que liberaban el alma”. Que, posteriormente, tras crearse los *asilos para locos* estos tratamientos se llevaban a cabo a través de intervenciones eméticas, purgantes, sangrías, lobotomías y torturas.

Más adelante, tras el paso que se da con la influencia de Philippe Pinel y la Psiquiatría Moderna, se empiezan a adoptar tratamientos más humanos y dignos -dejando atrás los métodos de tortura arcaicos con los que se trataban a estos pacientes anteriormente-. Las terapias psicológicas se establecen más firmemente y el tratamiento farmacológico pasa a ser predominante, progresando en los diferentes antipsicóticos con el fin de apuntarle a una mejora de los síntomas y tratando de disminuir al máximo los efectos adversos en los pacientes.

A su vez, la esquizofrenia ha adoptado diferentes significados y definiciones, hasta aproximarse a la que se conoce actualmente de la OMS (2019), que la define como “un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”. Además, se logra inferir que hay

regiones en el mundo que tienen mayor incidencia en ciertos síntomas de la esquizofrenia. Por lo que se podría afirmar que, si bien existe una universalidad de la enfermedad, hay una gran variación entre los factores que la componen, lo que puede atribuirse al contexto sociocultural, genético y familiar del paciente.

Es importante destacar las afecciones que ha generado el modelo médico y, que en la actualidad se sigue evidenciado en distintas situaciones, como lo es la lectura errónea que se ha hecho de la misma como un diagnóstico con pronóstico pobre debido a la poca introspección que el paciente puede llegar a tener sobre la enfermedad; lo cual podría ocasionar una disminución en el compromiso de los profesionales con los cuidados y tratamiento de dichos pacientes, pues no se realiza la suficiente preparación, ya que se lleva a cabo una formación desde este modelo que conlleva a asociar este trastorno únicamente con un tratamiento farmacológico, ignorando las demás esferas del paciente que se pueden deteriorar - personal, familiar, social y laboral-.

En la actualidad -y con el paso que se da a tratamientos más humanizados-, dentro de las investigaciones revisadas, se demostró que los tratamientos más empleados han buscado implementar y apuntarle al desarrollo de intervenciones que permitan mejorar el funcionamiento social y cognitivo de los pacientes, además de resaltar la importancia de las redes de apoyo comunitarias y familiares para el pronóstico del trastorno.

A su vez, otras modalidades de intervención se han constituido como terapias de apoyo que le permiten al paciente expresarse a través de distintas formas -que no incluyen la asociación libre- e incluso algunas se han utilizado para mejorar el vínculo terapéutico. Sin embargo, las que mayor efectividad han mostrado en la actualidad son las

intervenciones que incluyen tanto el aspecto social -la comunidad- como la realidad en la que se desenvuelve el paciente y su grupo familiar. Además, los que involucran a profesionales de diferentes áreas, como lo hace el TAC, entendiéndolo como un modelo de intervención adaptable a las distintas condiciones que se presenten en los contextos en los que se quiera llevar a cabo; pero, como se ha visto a lo largo de este trabajo, su implementación requiere de un Sistema de Salud bien estructurado que permita una unión entre unas Unidades Primarias de Atención y el mismo equipo del TAC para poder abarcar las problemáticas de la comunidad en cuestión y que, de igual forma, demanda que se adapten varias leyes para poder fomentar la salud mental y la capacitación de los profesionales para esto; lo cual no se logra completamente en Colombia.

Resulta importante mencionar que, en dicho país se ha implementado un modelo de intervención similar al TAC llamado Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), pero se ha planteado principalmente como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social para la población en condición de Discapacidad. Si bien la esquizofrenia es planteada en dicho modelo como una enfermedad mental que genera discapacidad social y cognitiva, la prioridad de la RBC no son los distintos tipos de trastornos mentales como lo es en el TAC, ocasionando un aumento en la propagación del estigma que se tiene frente a los mismos. Pues, si bien son abordados por distintas entidades gubernamentales como una discapacidad mental, no todos los trastornos generan una discapacidad visible. Por lo que se hace necesario vincular la enfermedad mental a programas que se hagan particularmente para responder a sus propias necesidades, y no generalizarlos indistintamente como una discapacidad, logrando darles un cambio en la percepción que se tiene frente a las capacidades y obstáculos que presenta una persona con un trastorno psicológico.

En conclusión, se hace necesario emplear la producción de una atención completa, pues resulta mucho más rentable invertir en la prevención e información de la salud mental y la capacitación del personal de salud, que asumir los costos y cargas económicas o sociales a las que conllevan las malas prácticas y lecturas que se realizan con respecto a las diferentes psicopatologías. Llevando a un Sistema de Salud que responda mejor a las demandas de los usuarios y la funcionalidad del individuo en su desarrollo social.

Discusión

Mediante el recorrido realizado en esta investigación sobre las intervenciones y tratamientos que se han llevado a cabo para la esquizofrenia, se ha demostrado que el modelo médico ha generado grandes afecciones para el progreso de un tratamiento más eficaz, generando una concepción del paciente bajo un estigma que es reproducido socialmente. Esto, debido a su falta de preparación bajo la disciplina psicológica, que da prioridad y amplitud a la salud mental, lo cual no es muy observado en el trato que da la medicina a sus pacientes. Además, de que se le da un peso mayor a la sintomatología o el malestar físico de la persona y no al psicológico que, en ocasiones, puede llegar a ser un padecimiento más fuerte; cayendo, algunas veces, en errores como la generalización de diagnósticos o patologías sin explorar o indagar acerca de la influencia de cada síntoma en la vida de la persona. Se crea, también, una especie de lista de chequeo en la cual se busca que el paciente encaje con ciertos síntomas para encasillarlo dentro de un trastorno, ignorando la subjetividad del individuo.

Sin embargo, hay una amplitud de factores que promueven esta valoración apresurada, pues bajo los estatutos de la ley, el profesional de la salud debe constar un diagnóstico que le permita sustentar la atención de un usuario, llevándolo a una valoración prematura y una medicación incorrecta y, que no en todos los casos es necesaria.

Se requiere que se haga una reevaluación de la manera en la cual las disciplinas de la salud y sus modelos están tratando la esquizofrenia, cómo están concibiendo y visualizando a las personas que presentan este trastorno, pues esto es uno de los principales factores que influyen en la estigmatización del paciente a nivel personal y social; además, del

estereotipo que se genera para los mismos profesionales de la salud, que no profundizan su labor, que tienen un trato poco empático y utilizan un lenguaje demasiado técnico, sin llevar a cabo una escucha activa sobre lo que aqueja al paciente y, por ende, genera desconfianza y evitación en las personas y, se emplean estas creencias populares que fomentan que las personas no consulten o abandonen el proceso.

Esto, a nivel nacional y con gran influencia del sistema neoliberal, busca incentivar el consumo de diversas industrias, entre las cuales destaca la farmacología, cuyo propósito es sólo estabilizar biológicamente al paciente y no es el de favorecer la calidad de vida del mismo.

Con esta observación no se busca atacar el tratamiento farmacológico sino que, por el contrario, se busca que los profesionales -como médicos y psiquiatras- no se basen únicamente en este sino que logren integrarse con otras modalidades de tratamiento que le apunten al desarrollo social y laboral del sujeto, de modo que le permita crear un estilo de vida más saludable para él y beneficiando, a su vez, a sus redes más cercanas.

Se busca problematizar la forma en la que las entidades gubernamentales emplean mayor inversión en un sector de salud que no prioriza el bienestar sino el consumo. Es así como se evidencia el incumplimiento, en varios aspectos, de las Políticas Públicas y demás leyes que buscan cobijar y optimizar el estado de la salud mental de los habitantes del país. Tampoco se presentan los recursos suficientes para financiar un programa adecuado que permita tener los recursos humanos y de infraestructura para su óptimo desarrollo, en el cual la gran cantidad de psicólogos que se encuentran en el territorio puedan llevar a cabo su labor en pro del bienestar del paciente.

En evidencia de esto, y como se mencionó anteriormente, en casi la mitad de la población del mundo se dispone de un psiquiatra o menos por 200.000 personas que habitan un país con un *mayor desarrollo* y en zonas con bajos ingresos hay, al menos, un especialista por millón de habitantes.

Por ello, se hace necesario que la formación de los profesionales se enfoque en ir más allá del modelo médico y se base también en la capacitación de los mismos para la articulación de los tratamientos farmacológicos con estrategias de acompañamiento y psicoeducación en la sociedad y fortalecimiento comunitario que, en el contexto de lo que se ha venido mencionando, puede aludir al TAC.

Asimismo, se sugiere la creación de leyes y políticas públicas que tengan en cuenta el carácter heterogéneo de las poblaciones para las que son creadas y que se cumplan en su totalidad, permitiendo que este proceso sea respaldado por una entidad cuyo único propósito sea la salud mental de los colombianos, no solo desde el ámbito legal sino también desde una formación en el quehacer. Que estas leyes sean construidas desde las mismas comunidades -y no solo para las comunidades- y respondan a las diferencias o desigualdades a las que se enfrenta una persona diagnosticada con esquizofrenia y su grupo familiar. Y que no se limiten por condiciones del contexto y logren adaptarse sin importar si la comunidad o el paciente pertenecen a una zona urbana o rural sin tener preferencias por su estrato socioeconómico, raza, edad, género, entre otros. Buscando que tanto el paciente como sus cuidadores y la comunidad a la que pertenecen tomen un rol activo frente al manejo y pronóstico de la esquizofrenia, facilitando así la adherencia al tratamiento, creando factores protectores y mitigando factores de riesgo, fortaleciendo el

apoyo social y laboral para la continuidad de la adaptación del paciente, con una rutina que se ajuste a su diagnóstico.

Es importante que, mediante la implementación de los modelos de tratamiento comunitario -como el TAC y proyectos como Habilidades para la Vida-, se pueda llevar a cabo una psicoeducación con los pacientes que les permitan adquirir estas aptitudes y estrategias para mejorar no solo a nivel biológico sino también a nivel interpersonal e intrapersonal.

Finalmente, es preciso señalar que al hacer un cambio de la visión que se tiene del paciente se hace también un cambio en la percepción de la enfermedad, sin dejar de lado que se trata de un ser humano y no solo de una patología a tratar, con el fin de recuperar la vida del paciente en los niveles más normales que sean posibles, evitando que se caiga en la discriminación de los mismos y sean marginados socialmente, afectando aún más su salud mental de lo que lo afecta la enfermedad como tal.

Empero, es importante enfatizar que este es un compromiso de todos, tanto de profesionales, entidades gubernamentales y privadas, como de pacientes, familias, redes de apoyo y comunidad; pues todos estos son factores que van a influir en la vida de dichas personas y viceversa.

Por dicho motivo, se hace importante que se realicen este tipo de investigaciones que sistematicen los procesos e intervenciones que se llevan a cabo para tratar este tipo de enfermedades mentales, para proponer alternativas de mejora en los tratamientos ya existentes y la calidad de vida del paciente, buscando evaluar la posible aplicación de

nuevos modelos y los beneficios que estos podrían tener para el contexto colombiano y la concepción del trastorno mental.

Referencias

- Álvarez, J. M., & Colina P., F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 11(1), pp. 7 - 25. Recuperado de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=3941892>
- American Psychiatric Association. (2018). *What is Mental Illness?* Society of Clinical Psychology Washington D.C., EU. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Andréu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Aranguren, M. & León, T. E. (2011). Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-052/196>
- Ardón C., N. & Cubillos N., A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), pp. 1960 - 2012. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>

Asenjo, A., Horvitz, I., Vergara, A. & Contreras, M. (2011). La Lobotomía Prefrontal como tratamiento de algunas Psicosis. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), pp. 225 - 240. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v49n3/art02.pdf>

Ávila Nieto, E., Acosta, Y. & José, D. (2017). Humanización Del Servicio De Salud Mental En Un Establecimiento De Sanidad Militar. Universidad Santo Tomás. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/3975>

Bernardo, M., Vieta, E., Saiz, J., Rico-Villademoros, F., Álamo, C., Bobes, J., & Grupo RECAP. (2011). Recomendaciones para el cambio de antipsicóticos. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), pp. 150 – 168. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.07.003>

Bleuler, E. (1996). La Esquizofrenia. (Traductor Arnáiz, R. E.). España: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (1926). 16(60). Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>

Bohórquez, A., Gómez, C., Oviedo, G.F., De la Hoz Bradford, A.M., Castro, S.M., García, J. & Ávila, M. (2014). Modalidades de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 44(1), pp. 101 - 109. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.012>

Bond, G. R. & Drake, R. E. (2015). Los componentes decisivos del tratamiento asertivo comunitario. *Revista Oficial De La Asociación Mundial De Psiquiatría (WPA)*. 113(2), pp. 240 - 242. Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp->

content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-%E2%80%93-2015-%E2%80%93-2.pdf#page=131

Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. *Revista latinoamericana de Psicología*, 13(1), pp. 85-96. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>

Casini, L. (2006). Cognitive and Moral Psychology in Renaissance Philosophy: A Study of Juan Luis Vives' *De anima et vita* (PhD dissertation). Filosofiska institutionen, Uppsala. Recuperado de <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-6813>

Colprensa. (2018, 10 de Octubre). Gobierno presentó la política nacional de salud mental para el país. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.co/colombia/gobierno-presento-la-politica-nacional-de-salud-mental-para-el-pais.html>

Cruz V., I., Fernández M., A., Duarte C., C. & García R., S. (2014). Sistematización de investigaciones en discapacidad y en la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC). Bogotá DC período 2005-2010. Recuperado de http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/591/Art_CruzVelandiaI_SistematizacionInvestigacionesDiscapacidad_2012.pdf?sequence=1

De la Cal H., A. (2015). Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 12 (21), pp. 1-29. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091787>

Desviat, M. (2006). La Antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de salud mental*, 6(25), pp. 8 - 14. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830351.pdf>

Division 12 of the American Psychological Association. (s.f). Assertive community treatment (ACT) for schizophrenia. Society of Clinical Psychology. Recuperado de <https://www.div12.org/treatment/assertive-community-treatment-act-for-schizophrenia/>

Espinoza M., D. & Sosa M., C. (2015). Esquizofrenias. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 12(2) pp. 7 - 9. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-2.pdf>

Farber, B., Brink, D. C., & Raskin, P. M. (2001). La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios. Recuperado de <https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433016072.pdf>

Franco Martín, M. A., Orihuela Villameriel, T., Bueno Aguado, Y., Conde Diez, R., & Jiménez, M. (2012). Programa GRADIOR. Rehabilitación Cognitiva por Ordenador. Fundación INTRAS. Recuperado de https://issuu.com/fundacion_intras/docs/gradior-iberdiscap-2000

Gómez Jaramillo, M. S. (2017). *Terapia Asistida con Animales: Una Revisión Bibliográfica*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Recuperado de https://www.academia.edu/36387195/Terapia_Asistida_con_Animales_Una_Revisi%C3%B3n_Bibliogr%C3%A1fica

Gómez V., M. & Peláez J., G.P. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 9(2), pp. 73-83. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000200006&lng=en&tlng=es.

Gutiérrez C., C., Ocampo S., M. V. & Gómez F., J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a13.pdf>

Hernández M., M. (2018, 01 de Marzo). Cómo funcionan los antipsicóticos y cuáles son sus principales reacciones adversas. *Infotitis*. Recuperado de <https://infotiti.com/2018/01/antipsicoticos/>

Jarne E., A., Talarn C., A., Armayones R., M., Horta, E. & Requena V., E. (2006). *Psicopatología*. Recuperado de https://www.academia.edu/18887212/LIBRO_DE_BASE_Psicopatologia?auto=download

Jurado-Pulgar, S. (2016). Tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. Universidad de Jaén. Jaén, España. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10953.1/2783>

Laín E., P. (1985). Estudios de Antropología. *Médica Medicina e Historia*. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/antropologia-medica-para-clinicos/c4e104e5-62f5-4c6a-9185-fe822bfa3d5a.pdf>

León C., H. M. (2005). Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y salud mental. Herminio Valdizán*; 6(1), pp. 33 - 42. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf

Ley N° 1438. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia, 19 de Enero de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ley N° 1616. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia, 21 de Enero de 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ley N° 4886. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 07 de Noviembre de 2018. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>

López-Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), pp. 1 - 9. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>

López-Martín, O., Segura, A., Rodríguez, M., Dimbwadyo, I. & Polonio, B. (2015). Efectividad de un programa de juego basado en realidad virtual para la mejora cognitiva en la esquizofrenia. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), pp. 133 - 136. Doi: 10.1016/j.gaceta.2015.10.004

López-Santiago, J., Blas, L. & Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 17(1), pp. 1-10. Doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.1.2012.10365>

- Loubat O., M., Lobos, R. & Carrasco, N. (2007). Estigmatización de la persona con Esquizofrenia y consecuencias para el proceso de Rehabilitación: un estudio en profesionales de la Salud Mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 12(39) pp. 15-25. Arica, Chile. Recuperado de <https://www.revistalimite.cl/index.php/limite/article/view/75>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2018). Esquizofrenia. Mayo Clinic. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Atención Primaria en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Colombia cuenta con Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2014). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-rbc-pic.pdf>

Montaño L., Nieto T. & Mayorga N. (2013). Esquizofrenia y Tratamientos Psicológicos: Una Revisión Teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. pp. 86 - 107 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>

Morales Häfelin, P. (2007). ¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos?: Los efectos terapéuticos del Arte-terapia. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106590>

Muniz, A. (2018). Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico. Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf

Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 98–110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a08.pdf>

- Napal, O., Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Peña, J., Ezcurra, J., & Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), pp: 198–220. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/78/ESP/14-78-ESP-198-220-611949.pdf>
- Okasha, A. & Okasha, T. (2012) Religión, espiritualidad y el concepto de enfermedad mental. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*. 40(2), pp. 73 - 79. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-378649.pdf>
- Omaña P., R. (2008). Estudio sobre la depresión según la Encuesta Nacional de Salud. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/8708/1/T30801.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Folleto complementario: Rehabilitación Basada en la Comunidad (Guías para la RBC)*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Complementario_spa.pdf;jsessionid=A3E35FEBBB4285C48DA0BD7C1A90D67E?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Esquizofrenia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), pp. 151-172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>

- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del Conductismo. *Revista colombiana de psicología*, 22(2), pp. 389-399. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4703413.pdf>
- Real Academia Española. (s.f). Diccionario de la lengua española (23^a. ed.), [versión 23.3 en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/infraestructura?m=form>
- Ribé B., J. M. (2014). El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. Universitat Ramon Llull, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G. & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), pp. 129 - 140. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Royal College of Psychiatrists & Sociedad Española de Psiquiatría (2009). Esquizofrenia. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- Ruddy, R., & Milnes, D. (2008). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2). Recuperado de http://www.academia.edu/download/34308220/arteterapia_para_la_esquizofrenia.pdf
- Saiz-Galdós, J. & Chévez-Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones

Prácticas. *Psychosocial Intervention*, 18 (1), pp. 75-88. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000100009

Sánchez, H. S. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (1), pp. 80 - 129. Recuperado de
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/33/50>

Sánchez V., A. (2002). *Psicología Social Aplicada, Teoría, Método y Práctica*. Recuperado de <http://anyflip.com/vede/orqm/basic/301-347>

Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco*. Recuperado de
<https://consaludmental.org/publicaciones/TratamientoasertivocomunitarioAndalucia.pdf>

Sierra, N. (2001). La enfermedad y la farmacopea en Mesopotamia. Lugar de publicación: *Transoxiana Journal*, 2. Recuperado de
<http://www.transoxiana.org/0102/enfermedad.html>

Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. (2014). *DSM-5. Nueva clasificación de los trastornos mentales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), pp. 1 – 66. Recuperado de
https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Taborda Z., E., Montoya G., L. E., Gómez S., N. M., Arteaga M, L. M. & Correa R., O. A. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 45(2), pp. 118 - 123. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015001110?via%3Dihub>

Tamminga, C. (2018). *Esquizofrenia*. Universidad de Minnesota Medical School, Minnesota, EU. Manual MSD Versión para profesionales. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

Universidad Autónoma de Nuevo León. (s.f.). Terapia Asistida con Animales. Recuperado de <http://psicologia.uanl.mx/servicios/usp/terapia-asistida-con-animales/>

Uribe, C. (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXIX (4). pp. 345-366. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629403>

Vázquez-Bourgon, J., Salvador-Carulla, L., & Vázquez-Barquero, J. L. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Revista de Actas Españolas Psiquiátricas*, 40(6), pp. 323 – 332. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-323-332-371775.pdf>

Verduzco F., W. (2009). Esquizofrenia. Asociación Psiquiátrica de América Latina -APAL-. Programa Presidencial Esquizofrenia. Programa de Trabajo BIENIO 2009-2010. Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia1.pdf>

Vitulia, M. (2015). Efectos de la terapia asistida con animales en dominios cognitivos en pacientes con esquizofrenia. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Doi: <https://doi.org/10.13140/rg.2.1.2618.8561>

Vogel, M., León, F., Torres, R., & Crossley, N. A. (2017). Antipsicóticos de primera y segunda generación en esquizofrenia: eficacia, efectividad y efecto de la dosis utilizada.

ARS MEDICA: Revista de Ciencias Médicas, 42(1). Recuperado de

http://www.afam.org.ar/textos/antipsicoticos_esquizofrenia.pdf

Wanger C., L., Geidel R., A., Torres-González, F. & King, M.B. (2011). Cuidado en salud

mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 16(4), pp. 2077 - 2087. Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400007

Zaraza-Morales, D. R. & Hernández-Holguín, D. M. (2015). Hacia una atención

comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. Universidad

de Antioquia. Medellín, Colombia. Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802607

Anexos



Mapa mental de categorías emergentes 1