

## ABSTRACT

**Título: Esquizofrenia: Análisis de las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que presentan esta patología. Estudio de caso: Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento, de Ferreiro, Estela (VAEfe) de C.A.B.A. Período de estudio: diciembre 2011 a diciembre 2013.**

**Autor: Dra. María Florencia Viretto Asteggiano**

**Directora: Prof. Dra. Bibiana Gabriela Frare**

**Fecha: 27 de Junio de 2014**

**Tema: Esquizofrenia: Análisis de las modalidades factibles de recuperación e inclusión social de las personas que presentan esta patología. Estudio de caso: Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento, de Ferreiro, Estela (VAEfe) de C.A.B.A. Período de estudio: diciembre 2011 a diciembre 2013.**

### **1. Introducción**

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y discapacitante. Interfiere en la capacidad de las personas para reconocer lo que es real, controlar emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. Su mayor consecuencia es la alteración de las funciones cognitivas superiores, que produce en casi todos los casos. Conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida personal. Afecta en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y genera altos costos económicos para el país.

Entre sus rasgos distintivos se encuentra el déficit en el funcionamiento social e interpersonal. Sin una causa específica determinada, los responsables son una interacción de factores, entre los que se encuentran genéticos y ambientales.

Los síntomas positivos son intensos, grandilocuentes (delirios, alucinaciones); pero los negativos son más importantes para la vida de la

persona, (emociones embotadas, pérdida de energía, retraimiento social, pobreza de pensamiento).

A lo largo de los años, la intensidad de los síntomas, (particularmente los positivos) remite, y la gravedad de la enfermedad disminuye. Aunque puede seguir un curso crónico y debilitante, el deterioro no es inevitable. Actualmente existen tratamientos eficaces para la esquizofrenia: Desde la medicina, nuevos neurolépticos con pocas reacciones adversas, ya que los antiguos producen efectos secundarios incapacitantes. Desde la psicología, numerosos métodos terapéuticos ayudan a fortalecer el “yo interior”, la autoconfianza personal, para que los enfermos puedan, paulatinamente, ir retomando sus actividades y lograr la reinclusión social.

La terapia psicológica es un pilar indispensable para la recuperación, además de la medicación. Por lo tanto para continuar restableciéndose y evitar recaídas, es importante ayudar a las personas a mantener los tratamientos, sin abandonar nunca la medicación, la ayuda psiquiátrica ni la psicológica. De esta manera, una adecuada atención debe incluir medicación, educación, terapias psiquiátricas, psicológicas y otras intervenciones psicosociales, como rehabilitación y reintegración social.

Ésta es la forma, difícil, pero no imposible, con la cual los afectados podrán recuperar su empleo, sus estudios, su hogar y sus relaciones sociales, reduciendo el estigma asociado a esta enfermedad.

## **2. Antecedentes y Planteo teórico:**

### **2.1. Planteo del Problema teórico y antecedentes**

La esquizofrenia es una seria enfermedad mental, popularmente casi desconocida, que ocasiona en las personas que la padecen una gran perturbación en sus relaciones sociales, familiares y laborales (Cohen, B., 2003). Se suele emplear el término, en forma despectiva, sin conocer su significado, lastimando de esta manera a quien la padece y a su grupo de pertenencia. Por tal razón, esta alteración acarrea discriminación, mal trato, desautorización, en casi todos los órdenes.

Es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como “el cáncer de la psiquiatría” la que se impone como un gran reto social, debido a su potencial cronicidad y a sus severas consecuencias.

Afecta al ser humano en la etapa más productiva de la vida, ya que en el 75% de los casos, la enfermedad aparece dando sus primeros síntomas entre los 16 y 25 años de edad. Por el grado de incapacidad que produce se afectan los estudios, el trabajo y la vida social plena, no sólo del individuo que la padece, sino también de su medio ambiente familiar, incapacitando a su vez al familiar cuidador, el que de por vida tiene que dedicarse a la atención del enfermo, especialmente durante las etapas de crisis (Cohen, B., 2003).

Popularmente, se considera que produce una incapacidad casi total, que en realidad, no existe. Se cree que el paciente, sólo puede estar en una institución de salud mental, con pocas posibilidades de estudiar, ni de trabajar. Lo expuesto condiciona la integración de estas personas en el desarrollo social, educativo, laboral y sanitario, hasta el punto de provocar su marginación.

En el 50% de los casos (Donnoli, V., 1999) se hace necesaria su hospitalización evolucionando en forma crónica, con un deterioro progresivo de todas las capacidades del enfermo, teniendo un elevado costo directo por la atención médica y para-médica, e indirecto por lo que dejan de producir pacientes y familiares cuidadores, más un costo intangible relacionado con el sufrimiento que produce en el paciente, en familiares, amigos y en la sociedad en general.

Desde diciembre de 2010, existe en Argentina, la Ley de Salud Mental Nacional N° 26.657, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece la protección y tratamiento de la salud mental a todos los habitantes, garantizando los derechos a la atención adecuada, a vivir en comunidad y a la no discriminación, entre otros. Esta ley, aún reciente, necesita mayor divulgación en los distintos ámbitos, para subsanar algunas falencias, que todavía sufren las personas afectadas (Plan de Salud Mental, 2012).

El conocimiento de la enfermedad posibilita comprender sus manifestaciones, buscar las mejores opciones de tratamiento y que el paciente cuente con apoyo y contención familiar, indispensable para lograr la recuperación (Muñoz, M., Pérez Santo, E., Crespo, M. y Guillén, A. I., 2009).

Aunque aún no hay curación, actualmente como demuestra este trabajo, con un tratamiento que abarque medicamentos, terapias psicológicas y rehabilitación, se puede fortalecer psicológicamente al paciente, evitando el

deterioro consecuente (Cohen, B., 2003). Este estudio tiende a fortalecer los nuevos paradigmas, de inclusión, equidad y accesibilidad, y establecer las bases y cuidados para una buena atención que permita la inclusión del afectado, en ámbitos familiares, comunitarios, educacionales, laborales y sociales.

De esta manera, la mayoría de las personas afectadas pueden, con algunas limitaciones, volver al trabajo, al estudio y a su vida en sociedad.

## **2.2. Definiciones**

La psiquiatría (del griego *psique*, alma e *iatreia*, curación) es la rama de la medicina que se ocupa del estudio de los trastornos mentales, con el objeto de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los afectados (Ferrari, H. A., 1997).

En psiquiatría, las entidades que aparecen en las clasificaciones son conocidas como *trastornos* más que como enfermedades.

Los trastornos psiquiátricos o enfermedades mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo.

La **esquizofrenia**, del griego *schizein*, dividir, escindir, hendir, romper; y *phren*, entendimiento, razón, mente, (con mayor énfasis en la fragmentación de la personalidad que en la evolución), es una enfermedad psiquiátrica, que produce algunos trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o en la expresión de la realidad (Psicología online, 2013).

Se caracteriza, entre otros aspectos, por presentar deficiencias cognitivas a las que la investigación ha prestado una gran atención en las últimas décadas. En este ámbito, la mayoría de los estudios se han centrado en desórdenes en procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención o memoria. Sin embargo, desde mediados de los años 90, la investigación ha ampliado su foco de atención incorporando lo que se ha denominado "Cognición Social" (Ruiz, J. C., García Ferrer, S. y Fuentes, I., 2006), para explicar el deterioro en funcionamiento social y comunitario que se da en la esquizofrenia.

Pero, ¿qué es la cognición social exactamente? La Cognición Social es el conjunto de procesos cognitivos implicados en situaciones sociales e interacciones. Incluyendo los procesos y funciones que permiten a la persona entender y actuar (Ruiz, J. C. y otros, 2006).

### 2.3. Antecedentes

Se torna difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría, en épocas remotas, los inicios de la esquizofrenia.

De la edad antigua no hay registros importantes, dado que las alteraciones mentales eran consideradas posesiones demoníacas. Recién en el siglo XVIII, se establece que se deben a una enfermedad orgánica del cerebro (Mesa Castillo, S., 2000).

En el año 1856 se introduce el término “*demencia precoz*”, para catalogar a un adolescente, que era brillante, activo y que luego se volvió aislado, apático y callado (Cohen, B., 2003).

En el año 1868 se designa “*catatonia*”, a un cuadro clínico, en el que predomina la tensión motora (muscular), y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (*estupor catatónico*) y otra excitada (*agitación catatónica*). En el mismo año el término “*paranoia*” se utiliza para catalogar a un grupo de personas, en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados (Cohen, B., 2003).

En 1870 se comienza a utilizar el término “*hebefrenia*”, para describir un cuadro, de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental que conduce al deterioro del individuo.

En 1911, P. E. Bleuler<sup>1</sup> introduce el término “*esquizofrenia*”, para sustituir al de demencia precoz. Para él, la esquizofrenia era la enfermedad de las “cuatro A”: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

En 1952, la primera edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" de la Asociación Psiquiátrica Americana, clasifica a la esquizofrenia en los tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indeferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual (Psicoactiva, 2012).

Durante el siglo XX, y debido al desarrollo tecnológico se hacen los primeros estudios en cerebros de esquizofrénicos, y se descubren las regiones más afectadas del cerebro (Cohen, B., 2003).

---

<sup>1</sup> Paul Eugen Bleuler (1857 – 1939): Psiquiatra suizo conocido por sus contribuciones al campo de las enfermedades mentales.

## **2.4. Epidemiología**

La proporción de personas que es esperable que experimenten esta enfermedad en algún momento de sus vidas, es aproximadamente del 1% de la población mundial, con escasas variaciones entre los países (Cohen, B., 2003).

La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres (Brainin, J. E., Brizendine, L., Cabaj, R. P., Carter, C. S., Clague, H., Di Martini, J.,...Zaslav, M., 2000; Cohen, B., 2003).

En los Estados Unidos, es la causa del 25 % de los ingresos hospitalarios y del 10 % de la población incapacitada (Cohen, B., 2003).

Debido a su costo directo para los cuidados, e indirectos para la sociedad, por la pérdida de productividad a lo largo de la vida de la persona, se estima que la esquizofrenia tiene un costo equivalente al 2 % del Producto Nacional Bruto estadounidense anualmente. Además de este aspecto económico, produce un desgaste devastador, en términos de sufrimiento humano, para los pacientes, sus familiares y sus amigos.

### **Antecedentes familiares**

La prevalencia se incrementa al 10% en los parientes de primer grado de personas con esquizofrenia, índice aún más alto en familias con varios miembros que presentan la enfermedad (Brainin, J. E. y otros, 2000).

### **Morbilidad y mortalidad**

Se sabe que la esquizofrenia es una de las principales causas de discapacidad. Según un estudio efectuado en 1999 en 14 países, la psicosis activa ocupa el tercer lugar después de la parálisis cerebral y la demencia, y por delante de la paraplejía y la ceguera (Brainin, J. E. y otros, 2000; Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio del 10%. La mortalidad también aumenta a causa de enfermedades médicas, debido a una combinación de estilos de vida poco saludables, efectos secundarios de la medicación, y una baja calidad de atención sanitaria. Debido a estos factores, la esperanza de vida de estos pacientes es de 10 a 12 años inferior a la de la población sana (Cohen, B., 2003; Téllez Vargas, J. y López Mato, A., 2001).

### **Factores demográficos**

No hay una demostración clara de la influencia del sexo o de la raza en la incidencia de la enfermedad, mientras que el clima, la cultura o la clase social, pueden influenciar la aparición de esquizofrenia en sujetos genéticamente susceptibles (Brainin, J. E., y otros, 2000).

La esquizofrenia se produce por igual en hombres y mujeres. No obstante, existen evidencias de que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno. Generalmente aparece antes en los hombres entre los 15 y 25 años y en mujeres entre los 25 y 35. Éstas suelen tener mejor respuesta a los tratamientos (Cohen, B., 2003).

### **3. Materiales y Métodos**

#### **3.- METODOLOGÍA**

**3.1. Tipo de trabajo:** Observacional-descriptivo. Retrospectivo.

**3.1.1. Metodología estratégica:** Cualitativa y cuantitativa.

**3.2. Universo de estudio:**

Personas atendidas en Centro VAEfe (Centro de Voluntad, Actitud y Emprendimiento), dirigido por la Licenciada Estela Ferreiro, con sede en Manzanares 3073 y en Arce 315 PB "A", ambos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que padecen la patología objeto de este estudio.

**3.3. Muestra seleccionada:** 200 pacientes del Centro VAEfe, de los cuales 120 siguieron correctamente las indicaciones de los profesionales. Los restantes dejaron en algunas circunstancias el tratamiento, para retomar tiempo después. Muestra intencional: 120 pacientes.

**3.4. Criterios de inclusión:**

- Adultos y adultos jóvenes, hombres y mujeres, que han comenzado con la enfermedad entre los 15 y los 25 años. Y que en la actualidad no superan los 45 años.
- Pacientes que refieren síntomas positivos, (alucinaciones, delirios).
- Pacientes que siguieron las indicaciones de los profesionales.

### **3.5. Criterios de exclusión:**

- Pacientes con alucinaciones no esquizofrénicas, ejemplo trastorno esquizoafectivo.
- Pacientes que no recuerdan el comienzo de la enfermedad.
- Pacientes que no siguieron las indicaciones de los profesionales.

### **3.6. Procedimientos utilizados para controlar la validez de los resultados**

Consultas bibliográficas, entrevistas a profesionales, revisión de documentos e historias clínicas, estudios de control y diagnóstico realizados a pacientes, tales como análisis de laboratorio, Resonancia Magnética Nuclear (RMN); Tomografía Axial Computada (TAC); Electroencefalograma (EEG), de vigilia y nocturno; informes de evaluación psicológica, y otros.

### **3.7. Indicadores:**

En este estudio se han utilizado indicadores cualitativos referidos a:

#### Condición de salud

- Disminución o aumento de frecuencia e intensidad de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios).
- Disminución o aumento de intensidad de síntomas negativos (aislamiento, apatía, falta de interés).

#### Actividades y relaciones sociales:

- Aumento o disminución de actividades: estudio, cursos, trabajos.
- Esparcimiento: paseos, gimnasia, cines, hobbies.
- Contactos sociales: con amigos o sólo con familiares.
- Reuniones con otros pacientes, dirigidas y supervisadas por un profesional.

#### Habilidades cognitivas:

- Lecturas.
- Ejercicios de memoria: canciones, recitados.
- Manualidades: pintura, tejidos, bordados, etc.
- Ejercicios de resolución de problemas: crucigramas, cálculos matemáticos y otros.

### **3.8. Datos de Clasificación:**

**Edad:** Fecha de nacimiento.

**Sexo:** Masculino/Femenino.

**Estado civil:** Soltero, Casado, Divorciado, En pareja, Separado, Viudo, Otros.

**Domicilio:** CABA, Gran Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Otros.

**Lugar de Nacimiento:** CABA, Gran Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Otros.

**3.9. Datos de Investigación: Variables y dimensiones de las variables descriptivas** abordadas en la investigación:

**Sexo:** Masculino/Femenino.

**Edad:** Niños, adolescentes, adultos.

**Estado civil:** Solteros, casados, separados, viudos, otros.

**Escolaridad:** Primaria: Pocos casos; secundaria; terciaria; universitaria; otros.

**Trabajo:** Condición de trabajo: Difícil mantención; Otros.

**Condición socioeconómica:** Media, baja o disminuyendo, otros.

**Mortalidad y morbilidad:** Mayor tasa de enfermedades y de suicidios.

**Tipos de esquizofrenia:** simple, hebefrénica, catatónica, paranoide y otros.

**Síntomas positivos:** Alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, comportamiento gravemente desorganizado.

**Síntomas negativos:** Pobreza afectiva, alogia, abulia, apatía, anhedonia, insociabilidad.

**Neurolépticos típicos:** *Haloperidol, bromperidol, clorpromazina* y otros.

**Neurolépticos atípicos:** *Clozapina, risperidona, olanzapina, zyprazidona* y otros.

Existen otras variables referidas a cobertura de salud, a la facilidad de acceso a centros de atención y a susceptibilidades individuales.

**3.10. Técnicas e instrumentos:** Estrategias metodológicas cualitativas y cuantitativas.

**Técnica:** Análisis de documentos. Entre ellos, encuestas semiestructuradas, historias clínicas, bases de datos de demografía, de características socioeconómicas y culturales, de mortalidad, de morbilidad y de prestaciones de salud.

Instrumento: Protocolos de análisis de documentos y cuestionarios semiestructurados.

Se realizaron pruebas piloto de los mismos antes de la salida a terreno.

**3.11. Procesamiento de la información:** Los datos relevados fueron procesados a través de los sistemas informáticos Word/ Atlas ti y Excel / SPSS a fin de analizarlos y determinar sus resultantes.

#### **4. Resultados y Discusión**

Los estudios realizados demostraron que los pacientes que siguieron exhaustivamente con el tratamiento lograron recuperarse en gran medida (Anexo N°1 – Gráfico 1). Los síntomas positivos (Anexo N°1 – Gráfico 2) se recuperaron más rápido a través de los años que los síntomas negativos (Anexo N°1 – Gráfico 3). Se observó además, que los pacientes fueron retomando paulatinamente sus actividades (Anexo N°1 –Gráfico 4).

El deterioro cognitivo con diversas terapias y ejercicios puede evitarse.

De los 120 pacientes (muestra seleccionada), aunque todos evidenciaron distintos grados de mejoría, 80 regresaron a sus actividades con limitaciones. Algunos presentan más autonomía social que otros, ya que depende en gran medida de su “naturaleza”, su facilidad para comunicarse con los demás. Es necesario aclarar que casi todos perdieron los amigos que tenían antes de enfermarse. Muchos manifestaron haber fracasado en las relaciones amorosas (parejas, matrimonios, noviazgos), porque los novios o parejas, así como los amigos, No resisten los cuadros psicóticos

#### **5. Conclusiones / Recomendaciones**

Así como los riñones, los pulmones, el corazón, el hígado son órganos del cuerpo humano que pueden enfermarse, el cerebro también. Como éste es muy complejo, multifacético, cualquier dolencia que lo afecte, es devastadora. La esquizofrenia lo es. Además, es incomprendida, casi ignorada y menospreciada; y, lo que es peor, puede producir incapacidades, las que este trabajo intenta evitar.

Cuando ocurre el primer episodio, las personas por desconocimiento se desesperan, creen que se “volvieron locos” y pueden producirse por pánico, escapes no aconsejables como abuso de drogas y suicidios. Se debe explicar al paciente y a su familia, que no es “locura”, si bien lo que “ve” u “oye” no es real, es producido por su cerebro que está

sobreexcitado. Es importante evitar la sensación de culpa de los familiares, explicando que son muchos los factores que confluyen en esta enfermedad, por lo que no se debe culpar a nadie.

Es necesario recalcar, que la medicación farmacológica no es excluyente, se completa con las demás terapias y nunca debe abandonarse. Si por alguna circunstancia se deja de tomar la medicación, se produce una especie de “efecto rebote”, con todos los síntomas acrecentados. Además, con cada episodio, aumenta el deterioro cognitivo y social remanente.

Los neurolépticos son indispensables para controlar los síntomas, pero deben prescribirse y controlarse con muchísimo cuidado. El médico psiquiatra debe comenzar con dosis bajas y aumentarlas gradualmente, pero evitando llegar a altas dosis, ya que en muchos casos, el margen entre dosis terapéutica y dosis tóxica, es estrecho. Además, cuando las dosis son altas, las reacciones adversas aumentan, por lo que deben sumarse otros medicamentos para contrarrestarlas, lo cual es contraproducente. El profesional debe explicar al enfermo y a quien lo cuida, cuáles son las probables reacciones adversas que va a sufrir.

Por esta razón, es conveniente utilizar los neurolépticos “atípicos” si el paciente puede afrontar el costo, ya que producen menos efectos neurológicos.

Para cambiar un antipsicótico por otro, debe procederse de la misma manera, siempre comenzar por dosis bajas, hasta obtener adecuada respuesta, sin sumar varios de ellos, ya que sólo conseguirán “dopar” al paciente y dañar otros órganos.

La medicación debe vigilarse estrechamente a intervalos regulares, semanalmente al comienzo, y luego cada mes. A los controles deben agregarse análisis de sangre, debido al riesgo de leucopenia y para evaluar el estado general.

Una vez estabilizado el paciente, es el momento de comenzar el tratamiento psicológico, ya sea en la institución, si se lo ha hospitalizado, o en forma ambulatoria.

Son muchos los tipos de terapia posibles. El profesional psicólogo debe evaluar el estado del paciente y consensuar con el médico psiquiatra el

diagnóstico y el o los deterioros sobre los que se debe trabajar, para así decidir qué tratamiento comenzar. Debe informar al paciente y a su familia en qué consiste el tratamiento, cómo serán las sesiones y responder a todas sus inquietudes.

La terapia psicológica permite afrontar las situaciones de estrés, que son las que pueden llevar a recaídas; aporta herramientas para fortalecer la autoconfianza, mejorar conductas, y desenvolverse en sociedad. Trabaja además sobre la parte cognitiva (la atención y la memoria), muchas veces afectada por la enfermedad. Enseña a la familia cómo debe tratar al paciente, para evitar la desfavorable emoción expresada.

La rehabilitación es posible, pero no es tarea fácil: Requiere de muchos años de tratamiento multidisciplinario, sin olvidar ningún enfoque: Habilidades para la vida diaria, aspectos sociales, rehabilitación cognitiva, laborterapia, el uso del tiempo libre, con educación, apoyo y contención al paciente y su familia.

Es preciso resaltar además, que el amor, apoyo, compañía y comprensión de la familia, en el ambiente hogareño, es imprescindible, ya que éste es el entorno favorecedor de los mejores resultados.

En este estudio, se demuestra que poco a poco, la enfermedad comienza a atenderse en forma integral, pero hay falencias. Faltan organismos estatales multidisciplinarios, donde las personas afectadas y sus familias, puedan acudir para fortalecer aspectos y habilidades psicosociales. Los costos de los medicamentos son aún elevados e inaccesibles para muchas personas, sobretodo sin empleo.

Se debe insistir ante los estratos gubernamentales, y ante las obras sociales, que incluyan en sus planes, el tratamiento integral de esta enfermedad, que abarque la farmacología, la terapia psicológica y la rehabilitación, para que la persona afectada, pueda tener a su alcance y en un solo centro, la atención que merece.

Un consejo de la autora a todos los afectados por esta enfermedad y sus familias: *perseverancia*: El camino hacia la recuperación, a retomar las tareas diarias, es largo y difícil. Se necesita perseverancia para: no abandonar los tratamientos, farmacológico, psicológico, rehabilitación,

cuando surgen inconvenientes, reacciones adversas o altos costos; evitar caer en el desánimo, en el “no puedo”, al vislumbrar muy difícil el camino a seguir; poder superar los problemas, obstáculos, discriminación, que frecuentemente suelen encontrarse; hacer nuevamente lo que salió mal, una, dos, las veces necesarias. Con mucha constancia e involucrándose todos, paciente, familia, médicos y terapeutas, el trayecto hacia la recuperación, es posible.

La información adecuada de la enfermedad, debe llegar mediáticamente a todos los ámbitos, para evitar la exclusión, que por desconocimiento sufren los enfermos, y el calificativo agravante, desmerecedor y prejuicioso, “parece esquizofrénico”, que suele oírse.

## **6. Bibliografía**

- Alberca Serrano, R. (1998). *Demencias: Diagnóstico y Tratamiento*. Barcelona: (Ed) Masson S.A. Pp 40 – 56.
- Aldaz, J. y Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: (Ed). Siglo XXI. Pp 30 – 50.
- Anderson, C., Douglas, R. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: (Ed) Amorrortu. Pp 92 – 115.
- Arens, A., Elder, R. y Beasley, M. (2007). *Auditoría. Un enfoque integral*. Madrid: (Ed) Décimo primera. Pearson Prentice Hall. Pp 50 – 115.
- Aymerich, M., Faus, G. y Guillamón, I. (2003). *Guía de Práctica Clínica para la atención del paciente con esquizofrenia*. Barcelona: (Ed) Masson S. A. Pp 80 – 130.
- Baldessarini, R. J. & Frankenburg, R. R. (1999). *Clozapine: A novel antipsychotic agent*. Inglaterra: (Ed) New Eng J Med. Pp 300 – 350.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1999). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: (Ed) Descleé de Brouwer. Pp 50 – 80.
- Bellack, A. (1983). *A comprehensive Model for Treatment of Schizophrenia*. Texas: (Ed) Affiliation.
- Belloch, A. y Sandín, B. (1996). *Manual de Psicopatología*. España: (Ed) McGraw-Hill Interamericana. Pp 130 – 190.
- Benedetti, G. (1996). *La Esquizofrenia en el espejo de la transferencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: (Ed) Edelp.

- Betes del Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: (Ed) Morata.
- Blackwood, N., Howard, R., Bentall, R. & Murray, R. (2001). *Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions*. Estados Unidos: (Ed) Am. J. Psychiatry.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). *Las personas con enfermedades mentales crónicas. Delimitación problemática y necesidades. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: (Ed) Pirámide. Pp 15 – 88.
- Boeree, G. (2000). *Psicología General. Neurotransmisores*. Estados Unidos: (Ed) Planeta. Pp 30 – 110.
- Brage, R. y Trapero, I. (2009). *Farmacología. Unidad V: Psicofarmacología. Lección 20*. Valencia: Universidad de Valencia. Open Course Ware.
- Brainin, J. E., Brizendine, L., Cabaj, R. P., Carter, C. S., Clague, H., Di Martini, J.,... Zaslav, M. (2000). *Lange Psiquiatría Clínica*. México: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en musicoterapia*. Vitoria (España): (Ed) Agruparte.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: (Ed) Siglo XXI.
- Caballo, V. (2003). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo, (Brasil): (Ed) Livraria Santos.
- Camerini, J. (2000). *El psicodrama cognitivo conductual*. Argentina: (Ed). Catrec.
- Caroff, S., Mann, S. y Campbell, E. (2001). *Neuroleptic malignant syndrome. Adverse*. Chicago: (Ed) Drug React Bull.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. España: (Ed) Elsevier. Pp 150-200.
- Cohen, B. (2003). *Psiquiatría: Teoría y Práctica*. Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Contreras García, V. (2006). *Recuperación*. Madrid: (Ed). Mc Graw Hill Interamericana.
- Cordero, M. (1977). *Salud Mental y Psiquiatría: El modelo gravitacional*. Santiago, (Chile): (Ed) Universidad de Santiago, Colección Salud.

- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland (1986). México: (Ed) Interamericana, Ed Rev. Vigésima sexta.
- Eco, U. (2000). *Cómo se hace una tesis: Técnicas y Procedimientos de Estudio, Investigación y Escritura*. México: (Ed) Gedisa.
- Errasti, F. (1997). *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid: (Ed) Díaz de Santos. "Cap I y III". Pp 1 a 78.
- Evans, K. & Milns, R. (2003). *Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: a systematic review*. Londres: (Ed) Acta Psychiatrica Scandanavica.
- Farreras, P. Rozman, C. (2008). *Medicina Interna*. Madrid: (Ed). Elsevier. (Ed. Rev). Décimoquinta Edición. Vol I. "Cap 7 y 9". Pp 1000-1300 y Vol II. "Cap 12 y 13". Pp 1359-1611.
- Ferrari, H. A. (1997). *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Córdoba: Pabellón Perú. Ciudad Universitaria.
- Florit, A., López, B. y Vázquez, C. (1996). *Rehabilitación cognitiva en trastornos craneales y en esquizofrenia: ¿Un único método para trastornos diferentes? En Daño Cerebral Traumático y Calidad de Vida*. Madrid: (Ed) Fundación Mapfre Medicina.
- Frenk Mora, J., Ruelas Barajas, E., Tapia Conyer, R. y Castañon Romo, R. (2002). *Programa específico de Esquizofrenia*. México: Primera edición.
- Fuller Torrey, E. (2001). *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: (Ed) Masson.
- Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J. (2007). *Psiquiatría de bolsillo*. Madrid: (Ed). Marbán Libros. S.L. (Ed Rev). Segunda. 439p.
- Goldsmith, J. & Mc Fall, R. (1975). *Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients*. Wisconsin, (E.E.U.U.). University of Wisconsin: (Ed). Madison.
- Hales, Y. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Madrid: (Ed) Elsevier. (Ed Rev). Cuarta.
- Harrison, J. (1998). *Principios de Medicina Interna*. Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana de España (Ed. Rev). Décimo cuarta.
- Hernández Lira, N. (2009). *Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia*. México DF: (Ed) Planeta.

- Hodel, B. & Brenner, H. D. (1997). *A new development in integrated psychological therapy for schizophrenia patient (IPT): First result 01 emotional management training*. En H. D. Brenner, W. Boeker y R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Pp. 118-134. Goettingen: Hogrefey Huber.
- Iglesias, G., Resala, G. (compiladoras). Adamovsky, G., Amado Suárez, A., Bernhardt, F., Bongiovanni, M., Etkin, M. E., Gabrinetti, M.,... Vázquez, N. O. (2009). *Trabajo Final, tesinas y tesis. Modalidades. Estructura metodológica y discursiva. Evaluación*. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas. 1ra. Edición.
- Jansson, L. B. & Parnas, J. (2007). [Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies?](#) Wisconsin, (E.E.U.U.). University of Wisconsin: (Ed) Madison.
- Jáuregui, P. (1997). *Neurología. Receptores dopamínicos. Salud y Medicina*. Madrid: (Ed) Mc Graw Hill Interamericana.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira DA Mota Neto, J. y Campbell, C. (2008). *Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia*. Madrid: (Ed) Elsevier.
- Koh, S. (1978). *Remembering of verbal materials by schizophrenics young adults*. Boston: (Ed) Hillsdale (NJ): LEA.
- Lacárcel, M. (1995). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia: (Ed) Compobell.
- Lalucat, L., Angles, J., Aznar, A. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico incipiente*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: (Ed). Elsevier.
- Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V. (2006). *Auditoría Médica y Profesional Integral: La calidad de la atención en los servicios de salud*. Rosario (Ed) Corpus. (Ed Rev) Primera. "Cap II" pp 41-64.
- Lemus, J. D. y Aragües y Oroz, V. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Bases epistemológicas, metodología abordaje operativo y formación de Recursos Humanos*. Argentina. Rosario. (Ed) Corpus. Ed. Rev. Primera.
- Lieberman, R., De Risi, W. & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Boston: (Ed) Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Linehan, M. & Dimeff, L. (2001). *Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell*. California. (Ed) The California Psychologist.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Process: the scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: (Ed). Basic books.
- Mahowald, M. W. (2007). *Disorders of sleep*. Philadelphia: (Ed) Elsevier.
- Mc Gorry, P. (2005). *Early intervention in psychotic disorders: Beyond debate to solving problems*. Nueva York: (Ed) Br J Psychiatry Suppl.
- Meirovich, C. y Montrull, H (1995). *Farmacología Clínica*. Córdoba: Ediciones Eudecor. SRL. Tomo 3.
- Mesa Castillo, S. (2000). *Esquizofrenia: Aspectos biopsicosociales de la enfermedad. Importancia de una prueba biológica diagnóstica*. La Habana: (Ed) Planeta.
- Moizeszowicz, J. (2000). *Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: (Ed). Paidós. Barcelona. México. Primera reimpresión.
- Mueser, K. & Sayers, M. (1992). *Social skills assessment in Schizophrenia: An overview and practical handbook*. London: (Ed). Chapman & Hall.
- Muñoz, M., Pérez Santo, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: (Ed) Complutense. S. A.
- Muñoz Molina, F. y Ruiz Cala, S. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual en la Esquizofrenia*. Madrid, España: (Ed) Complutense. S. A.
- Nicholson, D. & Chiu, W. (2004). *Neuroleptic malignant syndrome. Geriatrics*. Madrid. (Ed) Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: (Ed) Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: (Ed) Meditor.
- Oyola, R. F. y Gijón, C. (2007). *Medicina. Psiquiatría: Cátedra de Clínica Psiquiátrica y Salud Mental*. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
- Pérsico, C. (1995). *Farmacología esquemática*. Córdoba: (Ed) Educor.

- Plan de Salud Mental. (2012). SESAM. Servicios de Salud Mental. Buenos Aires.
- Platt, J. & Spivack, G. (1975). *Manual for de Means-Ends Problem-Solving procedure (MEPS): A measure of interpersonal cognitive problem-solving skills*. Philadelphia: (Ed) Philadelphia.
- Rathus, S. & Jeffrey, N. (1991). *Abnormal Psychology*. Valencia. (Ed) Prentice Hall.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Ruiz Sánchez, J. y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Valencia. (Ed). Jaén: R&C.
- Ruiz Socha, C. A. (2013). Nuestra esquizofrenia de la cooperación y los derechos humanos: un debate para la transición. Bilbao: (Ed) Gakoa. Pp 3 – 56.
- Shapiro, F. (2007). *Una Terapia Innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma*. Madrid: (Ed). SAPsi
- Téllez Vargas, J. y López Mato, A. (2001). *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia*. Bogotá: (Eds) Nuevo Milenio. “Cap 1 – 3”.
- Vademécum de medicamentos de uso en Argentina (2009). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: (Ed). Clyna. S. A. (Ed Rev) Décimosexta.
- Vallejo Nájera, J. A. (1997). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Ed. Salvat.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Madrid: Ed. Elsevier. 6ta Edición.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). *Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia*. Madrid: (Ed) Elsevier. “Vol 12”.
- Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Madrid: (Ed) Elsevier. “Vol 13”.
- Vila, J. y Fernández, M. (1990). *Activación y Conducta*. Madrid: (Ed). Alambra.
- Viretto Asteggiano, M. F. (2010). *Calidad en Servicios de Salud*. Maestría en Administración de Servicios de Salud. UCES.

- Vuori, H. V. (1996). *El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodología*. Barcelona: (Ed) Masson.
- Zoch, C. (1980). *Esquizofrenia: Temas en Psiquiatría Hospital Nacional Psiquiátrico*. Costa Rica: (Ed) Planeta. "Capítulo VI". Hospital Nacional Psiquiátrico. Costa Rica.
- Zumaya, L. (1993). *Bases teóricas de la psicoterapia cognitivo conductual. Salud Mental*. Madrid: (Ed) Elsevier. "Vol 16".

## 6.2. Revistas y publicaciones

- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T. & Mueser, K. T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 809 – 818.
- Bentall, R. P., Baker, G. A. & Havers, S. (1991) a. Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall, R. P., Kaney, S. & Dewey, M. E. (1991) b. Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C., Meisler, N. & Lehman, A. F., (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52 (3):313-22.
- Brown, S., Barraclough, B. & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. [\*British Journal of Psychiatry\*](#), 30, 15-44.
- Donnoli, V. (1999). [Esquizofrenia: Dimensiones y Psicopatología Clínica](#). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año X, Vol 8, Nº 1.
- Hodel, B., & Brenner, H. D. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Suppl. 284), 108-115.
- Ruiz, J. C., García, Ferrer, S y Fuentes, I. (2006) La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1 – 3), 137 – 155.

- Saldivia Borquez, S., Torres Gonzalez, F., Cabases Hita, J. M. & Group, P. (2005). Estimation of mental health care cost units for patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5): 280-5.
- Tess, A. V. & Smetana, G. W. (2009). Medical Evaluation of Patients Undergoing Electroconvulsive Therapy. *The New England Journal of Medicine*, 360, 1437-1444.

### **6.3. Sitios Web Recuperados de:**

- Alicia de La Fuente (2013). Terapia sistémica. Recuperado de [www.aliciadelafuente.com.ar](http://www.aliciadelafuente.com.ar). Consultado el 03/09/2013.
- Binasss, (2011). Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. Esquizofrenia Características, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de [www.binasss.sa.cr](http://www.binasss.sa.cr). Consultado el 30/09/2011.
- Comunidad Terapéutica S.H.O.C. (2013). Nunca es tarde siempre habrá otro camino. Recuperado de [www.centroshoc.org](http://www.centroshoc.org). Consultado el 10/10/2013.
- Consumer Reports (2013). Medicamentos Antipsicóticos para la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar: Lo que usted debería saber. Recuperado de [www.consumerreports.org](http://www.consumerreports.org). Consultado el 12/12/2013.
- EFT (2013). Técnicas de Liberación Emocional. Recuperado de [www.eftmx.com/](http://www.eftmx.com/). Consultado el 10/12/2013.
- EMDR Institute, Inc. (2013). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. Recuperado de [www.emdr.com](http://www.emdr.com). Consultado el 08/02/2013.
- Farmacología online (2013). [Electroconvulsive therapy discussion hosted at the MGH](#). Recuperado de [www.psicofarmacologia.info](http://www.psicofarmacologia.info). Consultado el 12/05/2013.
- Formarse (2013). Un sitio para crecer. Recuperado de [www.formarse.com.ar](http://www.formarse.com.ar). Consultado el 09/10/2013.
- Fundación recuperar (2013). Recuperado de [www.fundacionrecuperar.org](http://www.fundacionrecuperar.org). Consultado el 03/05/2013.
- La esquizofrenia (2012). Mitos sobre La esquizofrenia. Recuperado de [www.informaticaenf.blogspot.com.ar](http://www.informaticaenf.blogspot.com.ar). Consultado el 20/12/2012.

La esquizofrenia (2013). Mitos sobre La esquizofrenia. Recuperado de [www.ausinalonso.blogspot.com.ar](http://www.ausinalonso.blogspot.com.ar). Consultado el 15/10/2013.

Lanaterapia (2014). Recuperado de [www.lanaterapia.blogspot.com.ar](http://www.lanaterapia.blogspot.com.ar). . Consultado el 10/02/2014.

La Recíproca (2013). Terapias Integrativas. Cuerpo. Mente. Espíritu. Recuperado de [www.lareciproca.com.ar/nuestras-revistas](http://www.lareciproca.com.ar/nuestras-revistas). Consultado el 10/11/2013.

Medline Plus Enciclopedia Médica (2012). Terapia electroconvulsiva. Recuperado de [www.nlm.nih.gov/medlineplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus). Consultado el 11/10/2013.

NLM National Library of Medicine. (2012). Esquizofrenia: Enciclopedia médica. Recuperado de [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov). Consultado el 08/10/2012.

Precios de Remedios (2013). Recuperado de [www.preciosderemedios.com.ar](http://www.preciosderemedios.com.ar). Consultado el 22/11/2013.

Psicoactiva, (2012). Esquizofrenia Definición, criterios diagnósticos, subtipos tradicionales, pronóstico y tratamientos de la enfermedad. Recuperado de [www.psicoactiva.com](http://www.psicoactiva.com). Consultado el 25/08/2012.

Psicología de la Compasión (2013). Mindfulness. Psicoterapia. Recuperado de [www.zonatranspersonal.con.ar](http://www.zonatranspersonal.con.ar). Consultado el 03/10/2013.

Psicología online, (2013). Esquizofrenia: Definición, causas, curso y tratamientos. Recuperado de [www.psicologia-online.com](http://www.psicologia-online.com). Consultado el 15/03/2013.

Red Psicoterapia (2013). Psicoterapias más Humanas. Recuperado de [www.redpsicoterapia.com.ar](http://www.redpsicoterapia.com.ar). Consultado el 03/08/2013.

Reiki (2013). Terapias energéticas. Recuperado de [www.reikiarmonizador.com.ar](http://www.reikiarmonizador.com.ar). Consultado el 08/10/2013.

Terapias energéticas (2012). Recuperado de [www.terapiasenergeticas.com.ar](http://www.terapiasenergeticas.com.ar). Consultado el 03/2/2012.

Terapia energética y masaje del alma (2012). Recuperado de [www.terapiasenergeticasy masajedelalma.com](http://www.terapiasenergeticasy masajedelalma.com). Consultado el 5/10/2013.