

“MENTES DIVIDIDAS”

Una propuesta de intervención socio-emocional para personas diagnosticadas con esquizofrenia y sus familiares

**Universidad de La Laguna “ULL”
Facultad de Psicología y Logopedia**

Tutora académica: Ángela Esther Torbay Betancor
Alumno: Natanael Cabrera Santana

Trabajo de Fin de Grado
Curso académico: 2018/2019

RESUMEN

Se presenta una propuesta de intervención que provea de estrategias y herramientas que fomenten la resiliencia en personas diagnosticadas con esquizofrenia y sus familiares. Para lograrlo, como las intervenciones psicológicas eficaces, estará basada en: psicoeducación de familiares y enfermos/as, entrenamientos en habilidades sociales y paquetes integrados multimodales, en este caso Terapia Centrada en Soluciones (TCS), Resiliencia y Terapia Cognitivo Conductual (TCC). A través de esta base metodológica, la cooperación con los/as integrantes y la focalización en fortalezas y soluciones, la intervención promoverá la resocialización y el conocimiento sintomatológico tanto en pacientes como familiares. Se espera que disminuya la Emoción Expresada, la sobrecarga del/la cuidador/a, las recaídas y la toma farmacológica. A pesar del gran desarrollo del área sociosanitaria, quedan muchas cuestiones por abordar e investigar. Esta propuesta intentará aportar una visión más humanista a la salud mental y reconciliar a las dos disciplinas que más se han distanciado en las últimas décadas: psicología y psiquiatría.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Familiares, Intervención, Terapia Centrada en Soluciones, Terapia Cognitivo Conductual y Resiliencia.

SUMMARY

An intervention proposal is presented that provides strategies and tools that promote resilience in people diagnosed with schizophrenia and their relatives. To achieve this, as effective psychological interventions, will be based on: psychoeducation of family members and patients, training in social skills and multimodal integrated packages, in this case Solution-Centered Therapy (TCS), Resilience and Cognitive Behavior Therapy (CBT). Through this methodological basis, the cooperation with the members and the focus on strengths and solutions, the intervention will promote re-socialization and symptomatic knowledge in both patients and family members. Expression, overload of the caregiver, relapse and pharmacological intake are expected to decrease. Despite the great development of the socio-health area, there are still many issues to be addressed and investigated. This proposal will try to bring a more humanistic vision to mental health and reconcile the two disciplines that have most distanced in the last decades: psychology and psychiatry.

Keywords: Schizophrenia, Relatives, Intervention, Solution-Centered Therapy, Behavioral Cognitive Therapy and Resilience.

INTRODUCCIÓN Y BREVE JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

En el amplio mundo de los trastornos mentales nos encontramos con la psicosis. Esta es una experiencia, a menudo transitoria, en la que se alteran la percepción, el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta (Calvo, Kehrmann, Moreno, Rapado y Sánchez, 2015). El trastorno psicótico sería por tanto una alteración de la percepción que genera una sensación de irrealidad, angustia y nerviosismo, lo que provoca que las personas se muestren hiper vigilantes hacia todo lo que les rodea, llegando, en algunos casos al aislamiento emocional y social. (Jansen-Cilag, 2017).

Las principales psicosis que se abordan en la clínica psiquiátrica y psicológica son la esquizofrenia, la psicosis afectiva y esquizoafectivas, las psicosis breves y los trastornos delirantes o paranoicos. (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2014). De estas se destacará la esquizofrenia, cuya incidencia a nivel mundial es de 21 millones de personas. Asociada a una discapacidad considerable presentando entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de mortalidad a una edad temprana que el conjunto de la población. Asimismo, las personas con esquizofrenia corren un mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos tanto en instituciones de salud mental como en comunidades. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018)

Según la quinta versión de la American Psychiatric Association DSM-V (APA, 2014) los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales que pueden ser divididos en tres categorías o dimensiones: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas desorganizados. Los síntomas positivos, aquellas sensaciones en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales. Entre ellos se encuentran las ideas delirantes o creencias fijas y erróneas que no pueden entenderse dentro del contexto cultural o religioso del individuo, las alucinaciones o experiencias sensoriales que se producen en ausencia de cualquier estímulo real externo y los síntomas motores o comportamiento catatónico. Los síntomas negativos son los que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Entre estos aparecen la alogia o alteración del pensamiento que se manifiesta con la falta de fluidez o la producción insuficiente de lenguaje, la abulia-apatía o falta de motivación y energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, la anhedonia, que se caracteriza por una disminución de la capacidad para experimentar placer por actividades que sí lo fomentaban y el aplanamiento afectivo, es la ausencia o disminución de la reacción emocional ante estímulos. Finalmente, en los

síntomas de desorganización aparecen el lenguaje desorganizado, como la fuga de ideas, caracterizado por saltos de una frase o de un tema a otro sin enlazar los contenidos; el comportamiento desorganizado, y el afecto inapropiado, manifestaciones afectivas incongruentes donde la emoción expresada no está relacionada con la situación en la que se encuentra. (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2014).

En cuanto a la etiología de la esquizofrenia, estudios en familiares han revelado que tiene un componente genético, pues, aunque la prevalencia en la población general se sitúa entre el 0.1% y el 1%, cuanto mayor es el grado de asociación genética con una persona que padece este trastorno mental, mayor es la posibilidad de desarrollarlo. Los/las gemelos/as univitelinos presentan un mayor riesgo con un 48% de posibilidades, seguidos por los/las hijos/as de padres que padecen esquizofrenia, con un 6% (Saiz, de la Vega y Patricia, 2010).

Aunque es incuestionable la mayor frecuencia de esquizofrenia entre familiares de pacientes afectados que en la población general, resulta evidente que el riesgo relativo de enfermar no se ajusta al modelo clásico de transmisión genética pues, hasta en un 60% de las personas que presentan esquizofrenia no se pueden detectar antecedentes familiares. (Martínez, Cuesta y Peralta, 1997)

Siguiendo la misma línea que desvincula la genética como factor de riesgo dominante, Montecinos (2008) expone que existen factores de riesgo ambientales que pueden causar la aparición de síntomas psicóticos, entre los que se encuentran las complicaciones prenatales o perinatales durante el embarazo, la pérdida de padres durante la infancia, pertenecer a las clases bajas, elevadas situaciones de estrés y baja calidad de vida (especialmente en lo referente a la nutrición).

Al unificar los factores de riesgo genéticos y ambientales aparece el concepto “diátesis”: vulnerabilidad que propensa a las personas a padecer un trastorno psicopatológico tras la aparición de estresores (Psiquiatría.com, 2019). No obstante, la diátesis no determina la aparición de patología pues, estudios epidemiológicos sobre personas expuestas al estrés, pobreza extrema y hechos traumáticos experimentados tempranamente en sus vidas, han propuesto un patrón general presente en algunas personas llamado “resiliencia” (Ciccehtti, 2003). En el ámbito de la salud la resiliencia se consideraría la adaptabilidad de las personas frente al estrés o las adversidades que pueden ser causa de consecuencias negativas. (Oriol, 2012) Más específicamente, serían

todos aquellos factores positivos y protectores que permiten la no aparición de un trastorno mental.

Entre los factores protectores y de buen pronóstico para la esquizofrenia que establecen Godoy, Godoy y Vázquez (2014) se encuentran: pertenecer a una clase social media o alta, vivir en zonas rurales, buena adaptación premórbida, factores ambientales desencadenantes. La incidencia y prevalencia de la esquizofrenia es mayor en la clase social baja e incluso se ha detectado hasta cuatro veces más presencia de riesgo relativo en zonas urbanas que en rurales. Por otra parte, mientras más adecuada sea la adaptación premórbida (grado en el que la persona estaba adaptada a su entorno antes de que aparecieran síntomas psicóticos), la persona tendrá mayor probabilidad de reinserción social. La aparición de desencadenantes ambientales, estresores, es una característica de buen pronóstico porque demuestra que la persona presenta un alto umbral de tolerancia ante estímulos negativos. (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2014).

Otros/as autores/as afirman la existencia de otro factor protector trascendental, la Emoción Expresada o “EE”. Según plantean García, Moreno, Freund y Lahera (2012) esta se entiende como la alta frecuencia de críticas, acciones hostiles (tanto verbales como físicas) e incluso la sobre-implicación emocional de los familiares hacia su descendencia. La sobre-implicación emocional es la respuesta emocional exagerada y desproporcionada, caracterizada por un control excesivo unido a sentimientos de desesperanza y autosacrificio del familiar hacia su progenie. Su importancia se ha detectado desde 1985 con estudios como el de Falloon, Goldstein y Mintz (1985), que encontraron relación entre el estilo afectivo negativo que induce al paciente a la culpabilidad e intrusión y las recaídas del mismo. Hurtado, Roger, Alcoverro y López (2008) encontraron que, en el caso de pacientes crónicos, la carga familiar y los escasos conocimientos y recursos de afrontamiento por parte de la familia está relacionada a síntomas negativos, disruptivos y hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes. Indistintamente, según el manual de Vallejo (2012), las intervenciones familiares que duran al menos 6-9 meses, junto al tratamiento con antipsicóticos, son eficaces para reducir la EE, disminuyendo los síntomas y recaídas de los pacientes.

Actualmente los medicamentos son la base del tratamiento de la esquizofrenia, siendo los antipsicóticos los que se recetan con más frecuencia pues controlan la aparición de los síntomas al actuar sobre la dopamina. Estos, se combinan con otros fármacos como antidepressivos y ansiolíticos para que el/la psiquiatra pueda probar diferentes dosis o

combinaciones a fin de lograr el resultado deseado y si la persona se negara a tomarlos se podría necesitar inyecciones en lugar de comprimidos. (Mayo Foundation for Medical Education and Research “MayoClinic”, 2018).

A pesar de ser la metodología más utilizada, desde 1999, Gonzales, García y Fraile (1999, p.573), afirman que: “Aunque el abordaje psicofarmacológico en la esquizofrenia es imprescindible para disminuir los síntomas psicóticos, no es un medio para afrontar las vulnerabilidades, conflictos, problemas, ni para modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa; además, su uso generalizado ha mostrado su falta de eficacia en determinados pacientes”. Sánchez, Duarte, Gómez y Bohórquez (2016) consideran que, aunque se deben administrar antipsicóticos a todo paciente adulto en fase aguda de esquizofrenia, la intervención se ha de llevar a cabo por un grupo multi-disciplinado coordinado e integrado y que presente una base comunitaria. La necesidad de la intervención a través de un equipo multi-disciplinado se debe a que, como afirman Díaz et al. (2017), la esquizofrenia, como otros trastornos mentales graves es demasiado compleja para las intervenciones puramente farmacológicas.

Siguiendo la misma línea, Taborda, Montoya, Gómez Arteaga y Correa (2016) establecen que la esquizofrenia requiere, aparte de intervenciones integrales, la adaptación del paciente a la sociedad para así disminuir la carga personal, familiar y social que esta implica.

Como el objetivo prioritario de todos los tratamientos y terapias es alcanzar y prevenir las recaídas o hacerlas menos graves, favoreciendo la adaptación (Calvo, Kehrmann, Moreno, Moreno, Rapado y Sánchez, 2015) se han ideado modelos alternativos al farmacológico para el tratamiento de la esquizofrenia como la Terapia Cognitivo Conductual “TCC”, e incluso modelos que rompen con la dinámica establecida del sistema como la Terapia Centrada en Soluciones y la Resiliencia.

La TCC aparece en la década de los 50 a partir del condicionamiento clásico, el conexionismo de Thorndike, el conductismo, Skinner y el análisis experimental de la conducta. Su objetivo era la conducta manifiesta obviando los aspectos cognitivos sociales. No fue hasta 1970 que Lazarus estableció que los principios de aprendizaje eran insuficientes y se debían interesar por otras áreas de la psicología como las emociones (Psicología UNED, 2009). Actualmente la TCC es una forma de entender cómo piensa la persona a cerca de sí misma, otras personas y del mundo, además de cómo le afectan estos

pensamientos y sentimientos. Asimismo, se ha demostrado útil para tratar la ansiedad, depresión, pánico, agorafobia, bulimia y trastornos como el Obsesivo Compulsivo (TOC), Estrés Post Traumático (TEPT) y Esquizofrenia entre otros (Timms, 2007).

A pesar de ello, Jones, Hacker, Cormac, Meaden e Irving (2012) establecen que la TCC no presenta ventajas claras y convincentes sobre otras terapias psicosociales (en ocasiones menos complejas) en pacientes con esquizofrenia con respecto a: recurrencias (volver a enfermar), reingreso (necesidad de ingresar otra vez en el hospital), control de síntomas, mortalidad, abandono temprano del estudio ni en la continuación del tratamiento; aunque sí podría tener ventajas a largo plazo para controlar las emociones y los sentimientos angustiantes.

La Terapia Centrada en Soluciones o TCS, fue creada por Steve de Chazer (Milwaukee 1940-Viena 2005) como antagonismo al modelo clásico de intervención en salud mental (Tarragona, 2006). Esta parte de varios supuestos teóricos: la perspectiva constructivista, la contextual y relacional. Se basa en la perspectiva constructivista porque supone que la realidad es algo que crean las personas mediante el uso del lenguaje. También se basó en el modelo contextual y relacional pues trata de entender el comportamiento humano en relación al contexto y su interacción con los demás. (Herrero de Vega, 2005)

En la línea de este mismo autor, el modelo se centra en tres claves: las soluciones, la cooperación y el consultante. Las soluciones porque es importante identificar lo que funciona a fin de amplificar las secuencias de solución o recursos del paciente. Focaliza en la cooperación porque establece una relación terapéutica basada en el respeto e igualdad (es el propio cliente el que establece los objetivos de la intervención). Por último, le da mucha importancia al/la consultante, pues es el/la que establece los objetivos de la intervención, lo que fomenta un contexto de confianza con la persona experta. (Seminario AEN, 2012)

Aranda, Beyebach, Herrero de Vega (2006) establecieron a través de una revisión teórica que, aunque muchas de las investigaciones presentan importantes insuficiencias metodológicas, los estudios de resultados publicados hasta la fecha y en especial los mejor controlados, dan un apoyo importante a la eficacia de la TCS.

Recuperado de Armenta (2010), otra de las terapias que ha intentado abordar la psicopatología desde una perspectiva diferente a la tradicional es la “Resiliencia”. Esta,

como modelo teórico aplicado a los problemas humanos es relativamente reciente (Manciaux, 2003). En términos generales, se puede establecer que la resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para desarrollarse a pesar de los acontecimientos y traumas graves (Cyrułnik, Lecomte, Manciaux y Vanistendael, 2003).

Según el modelo resiliente o de “fortalezas” el/la individuo/a que vive un episodio psicótico es considerado/a como una persona con sus respectivas necesidades, fortalezas y capacidades. Así mismo, el deterioro y las recaídas se deben al estrés psicosocial, la discriminación y la ausencia de vínculos significativos de apoyo. Por ende, el tratamiento debe promover tanto la integración comunitaria y el desarrollo de las capacidades, como la rehabilitación de las personas. (Armenta, 2010)

En líneas generales, las intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia pueden dividirse en cuatro grandes grupos (Vallina y Lemos, 2003, citado en Moriana, Alarcón, y Herruzo, 2006): las intervenciones familiares basadas en la psicoeducación de familiares y enfermos, los entrenamientos en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos tanto a la sintomatología positiva (alucinaciones y delirios) como a la negativa (déficit cognitivos) y, finalmente, los paquetes integrados multimodales.

Según autores como Cerruti (2018) y Pereira (1992), las intervenciones necesitan un abordaje multimodal para tratar la esquizofrenia, pues, la experiencia ha mostrado que ninguna técnica aislada ha obtenido resultados satisfactorios. Las intervenciones que parecen haberlos obtenido son aquellas que utilizan varios modelos simultáneamente. Díaz et. al (2017), establecen que la esquizofrenia, como otros trastornos graves, presenta una complejidad demasiado alta para las intervenciones puramente farmacológicas. Además, Vallejo (2012) añade que las intervenciones familiares que duran al menos 6-9 meses, junto al tratamiento con antipsicóticos, son eficaces para reducir los síntomas y recaídas de los pacientes.

Para realizar un programa de intervención socioemocional que sea capaz de proveer de estrategias y herramientas que fomenten la resiliencia, se propondrá una intervención basada en el enfoque de la Resiliencia, la TCC y la TCS. Por último, se propone incluir a los familiares en esta intervención con el fin de disminuir el posible síndrome de “Burnout” en aquellos que tienen el rol de cuidadores informales, evitar las recaídas de los pacientes y prolongar las mejoras conseguidas a lo largo de la intervención.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA

1. OBJETIVO GENERAL

Crear un programa de intervención inspirado en la TCC, TCS y la Resiliencia que sea capaz de proveer de estrategias y herramientas que fomenten la resiliencia en pacientes y familiares afectados por la esquizofrenia.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tabla 1. Objetivos específicos de la intervención.

Terapia	Ámbito	Objetivos
TCC	Social	Mejorar la integración comunitaria y el funcionamiento social
	Familiar	Disminuir la sobrecarga del cuidador, síndrome de “Burnout”
		Aumentar la cohesión y apoyo familiar Mitigar la culpa como causa o mantenimiento del trastorno
	Rehabilitación	Evitar reagudizaciones o recaídas Aceptar los síntomas de la enfermedad Disminuir la dosis farmacológica de mantenimiento
TCS	Soluciones	Amplificar la frecuencia de eventos positivos o el uso de soluciones adaptativas
	Cooperación	Promover que pacientes y familiares construyan junto al terapeuta las metas para la intervención. Asumiendo una revisión constante de dichas metas en función de necesidades, intereses o por cambios en su interacción contextual y/o relacional
	Relación Terapéutica	Aportar un contexto de confianza con la persona experta
Resiliencia	Fortalezas	Empoderar a los/as usuarios/as y aumentar la capacidad para sobreponerse ante eventos adversos

MÉTODO

1. PARTICIPANTES

Esta intervención se propondrá para 2-8 personas diagnosticadas, mayores de edad, que deberán ser acompañados por 1 o 2 familiares o cuidadores informales. No han de presentar deficiencia mental grave u otra característica neurológica o somática que impida el aprovechamiento de las intervenciones.

2. INSTRUMENTOS Y MATERIALES

La mayoría de instrumentos y materiales serán establecidos a partir de las necesidades y objetivos de los/as participantes. Debido al diseño de la evaluación de este proyecto se necesitará un modelo de entrevista semiestructurada y un cuestionario de satisfacción con la intervención. Para fomentar el empoderamiento y dar importancia al tiempo invertido en la intervención se diseñará un logo y un diploma que identifique al grupo de pertenecía que se otorgará al final de la intervención como acreditativo de su trabajo en el grupo.

3. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación se realizará como parte de la propia intervención. Después de una primera sesión individual que favorezca la alianza terapéutica, se realizará una entrevista semiestructurada “Toma de Contacto” en dos momentos diferentes, uno con los usuarios y otro con los familiares (ver anexos I).

La entrevista estará basada en el Cuestionario de Red Social “Cures” y la evaluación funcional del Consorcio Sanitario de Tenerife, obteniendo información sobre las carencias y fortalezas de cada usuario, así como las posibilidades de intervención, historia vital, apoyo recibido y percibido, su idea preconcebida de la intervención y las metas que aspiran obtener.

Si el grupo presentase una problemática fundamental, por ejemplo, depresión, se realizará una evaluación pertinente para aportar objetividad a la intervención e información acerca de su progreso. Para ello se deberá pasar al inicio, al final y 3 meses después de terminada la intervención.

Por último, se pasará un cuestionario llamado “UFE” (ver anexo 2) para medir el grado de satisfacción con el programa, el material utilizado y la actitud de los profesionales.

Todo ello a través de 11 preguntas tipo Likert de 4 alternativas que varían desde “Nunca” hasta “Casi siempre” y una pregunta de desarrollo.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA

4.1 Introducción breve

La propuesta de intervención tratará de aportar estrategias y herramientas que fomenten la resiliencia en personas diagnosticadas por esquizofrenia y sus familiares. Esta podrá ser realizada en un centro de rehabilitación en el que se trabaje de manera multimodal con personas ingresadas o en remisión parcial de síntomas. En total tendrá una capacidad para tratar a un máximo de 8 personas diagnosticadas, que podrán ser acompañados/as por 1 o 2 familiares.

La intervención está planeada para durar 9 meses, realizando 5 sesiones semanales: 3 con familiares y pacientes, entre las cuales 1 es de participación opcional de los familiares y 2 con personas diagnosticadas. Además, se dispondrá de intervenciones individuales para aquellas personas que la necesiten. Se debe aclarar que se respetarán los días festivos de ambas partes como el periodo vacacional.

Las sesiones con familiares y pacientes empezarán a las 16:00 los lunes y viernes, las sesiones con pacientes se llevarán a cabo los martes y jueves de 16:00 a 17:00 y la salida terapéutica comenzará el miércoles a las 16:00. Esta distribución se puede modificar según la disponibilidad horaria.

4.2 Desarrollo de sesiones

Al comenzar la intervención se realizará 1 sesión individual con cada participante y 2 grupales, a la que asistirán familiares y pacientes: La primera sesión individual podrá dividirse si es necesario y tratará de cumplir dos objetivos: Establecer una toma de contacto que favorezca la alianza terapéutica y la resolución de posibles dudas sobre la intervención; y obtener información relevante sobre la persona. Para ello se obtendrán datos biográficos, dificultades que podrían aparecer durante la intervención, metas que le gustaría alcanzar y lo que espera de la intervención.

La primera sesión grupal perseguirá con un ovillo de lana el objetivo de crear un espacio de confianza y respeto en el grupo. Para ello se dispondrá a los participantes formando un círculo y se les pedirá que escojan un trozo de lana del ovillo según su propia preferencia. Tras haber dado un trozo a cada persona se les pedirá uno a uno que, mientras

enrollan el trozo de lana alrededor de su dedo, digan su nombre, y datos personales. Después de haber realizado la rueda de conocimiento se les pedirá que digan las metas que les gustaría alcanzar a través de la intervención. En base a este primer contacto grupal se modificarán o añadirán objetivos y se juzgará la necesidad o no de establecer normas, que diseñarían los/las participantes, para favorecer la comunicación y el respeto. En la segunda sesión grupal se expresarán si quieren, los sentimientos que han aparecido después del primer contacto, se establecerá una serie de normas si es necesario y se diseñará una jerarquía, así como una temporalidad, de los objetivos a tratar mencionados en la sesión anterior.

Para que el programa tenga una estructura y respete las decisiones de los/las participantes, se utilizará la jerarquía y la disposición temporal de los objetivos para saber qué metas deberán seguir las sesiones grupales de intervención. Para ello, se intentará que las sesiones comiencen con una rueda en la que se comente cómo les ha ido la semana, para fomentar la expresión de sentimientos y emociones, así como crear un vínculo de apoyo. Si durante la semana ha sucedido un evento importante y los asistentes requieren que se invierta el tiempo de la sesión en él, se les concederá. Por otra parte, si prefieren seguir con la temática prevista por los pacientes en la segunda sesión grupal para la sesión se informará sobre la dinámica de la sesión y se pasará a tratar el tema pertinente. Por último, para finalizar cada sesión se realizará una conclusión final y se llevará a cabo un cierre emocional en el que se reconozcan los sentimientos de la persona para evitar que se quede en un estado emocional vulnerable.

Por otra parte, las sesiones individuales estarán disponibles para todos los pacientes antes y después de las sesiones grupales. Estas se ajustarán a las demandas y necesidades de cada usuario/a para trabajar las dificultades que pudieran aparecer a lo largo de la intervención.

En los momentos finales, lo más probable es que surja miedo a recaer y a no ser capaces de enfrentarse al mundo sin la seguridad que puede aportar el respaldo psicológico (Vara, 2017). Para garantizar un correcto cierre terapéutico, se destinarán las últimas sesiones a que el paciente asuma como propio el mérito de cambio. En la última sesión grupal se llevará a cabo la entrega de diplomas y una chapa con el logo de la intervención. La entrega de este material persigue, por un lado, el reconocimiento al esfuerzo, participación y mejora (tanto de la persona diagnosticada con esquizofrenia o

su familia) y por otro, convertir el material en un vínculo al grupo que ayude, en su generalización, a continuar con el trabajo realizado en la intervención.

4.3 TEMPORALIZACIÓN

Tabla 1. Horario de la intervención.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
15:00	Individuales	Individuales		Individuales	Individuales
16:00	Familiares y pacientes	Pacientes	Salida Terapéutica (se pueden unir familiares)	Pacientes	Familiares y pacientes
17:00-18:00	Individuales o prolongación de la sesión anterior	Individuales	Individuales o prolongación de la sesión anterior	Individuales	Individuales o prolongación de la sesión anterior

RESULTADOS PREVISTOS

Se espera la consecución y si no, un acercamiento significativo, a las metas planteadas por los/las asistentes y los objetivos planteados por el programa. Se mejorará la resocialización y el funcionamiento socio-laboral de los pacientes mediante el entrenamiento en habilidades sociales y la creación de un espacio que fomente tres aspectos: el apoyo, la cooperación y la expresión sincera de sentimientos y emociones. La psicoeducación junto con el empoderamiento de familiares y pacientes, promoverá el conocimiento de la sintomatología, la disminución de toma farmacológica y permitirá mitigar la culpa del paciente y familiares como causantes o mantenedores de la enfermedad. Por último, las sesiones centradas en empoderamiento, resiliencia, habilidades de comunicación y resolución de problemas, se espera que disminuya la EE, la sobrecarga de los cuidadores, las recaídas y la toma farmacológica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha de destacar que la intervención aquí propuesta se ha nutrido, por un lado, de una revisión bibliográfica y por otro, en la experiencia reciente del alumno dentro del Febles Campos “Área externa de Psiquiatría”. Gracias a ello, ha podido observar de primera mano la sintomatología y progreso de los/las pacientes (incluyendo aquellos/as con diagnóstico de esquizofrenia), su interacción con el personal del centro y sus familias. Esta experiencia sirvió de inspiración para el desarrollo de esta propuesta, cuya finalidad es la de proveer de estrategias y herramientas que fomenten la resiliencia en personas diagnosticadas y sus familiares.

Es cierto que se ha producido un gran avance en el ámbito psiquiátrico, pues se han abolido las prácticas como las lobotomías, se ha cambiado el método de contención física (se ha cambiado la celda por amarras en una cama) y se ha mejorado la capacidad farmacológica. El cambio de la contención física se debe a que se está fomentando la humanización de los/as usuarios, llegando al punto de que a día de hoy la OMS establece que la contención mecánica es un tipo de tortura por lo que no debe durar más de 24 horas, pudiendo excederse a 48 (OMS, 2018). Por otra parte, la segunda generación farmacológica ha reducido la mortandad y ha permitido la reinserción de muchas personas. Por tanto, es adecuada la administración de fármacos en todo paciente adulto en fase aguda de la esquizofrenia (Sánchez, Duarte, Gómez y Bohórquez, 2016), pero también es necesaria una intervención multimodal (Pereira, 1992).

Como se ha podido observar, en contraposición al modelo médico tradicional puramente farmacológico, esta propuesta defiende la aplicación de estrategias y programas psicológicos junto a la administración farmacológica. Asimismo, se incorpora el trabajo con cuidadores informales pues, como afirman Jaen y Callisaya (2012), han demostrado su utilidad para prevenir recaídas en los/as diagnosticados/as, así como la sobrecarga del/la cuidador/a informal.

Se ha de reconocer que, a pesar de haber basado esta propuesta en estudios anteriores y que cumpla los criterios de (Vallina y Lemos, 2003, citado en Moriana, Alarcón, y, Herruzo, 2006) mencionados en el apartado anterior, no se puede predecir completamente el éxito de la intervención. Se cree que, debido a su poca estructuración, variables externas pueden producir distorsiones y modificar las consecuencias predichas, así como las de futuras intervenciones que decidieran basarse en este proyecto. Es necesario destacar que

el éxito de la intervención, según las intervenciones psicosociales se entenderá como tal, no con la mera reducción de síntomas, sino cuando los/as pacientes recuperen el funcionamiento autónomo, la integración comunitaria, así como se genere capacidad para el manejo de la esquizofrenia y empoderamiento (Anónimo, Guía Salud, 2009). Por otra parte, el éxito de la intervención en los familiares se establecerá cuando exista una dinámica familiar positiva, disminuya el nivel de Burnout y vean un mundo más allá de la esquizofrenia.

Por este y otros motivos, se recomienda a los/as profesionales que decidan llevar a cabo la intervención, que sigan sus prácticas de forma ética centrándose en el bienestar del paciente y respetando el código deontológico.

Como hemos visto, la salud mental ha avanzado considerablemente en las últimas décadas, consiguiendo la reinserción de algunos/as pacientes, pero, siguen existiendo algunas prácticas clínicas poco adecuadas. En ocasiones se sobrepasan las dosis máximas, el método de administración de fármacos es, algunas veces, aleatorio, llegando incluso a utilizar la medicación como medidas coercitivas. Aun realizando las terapias de forma adecuada, suele aparecer el paternalismo autoritario que se reduce en la sobreprotección, la infantilización de los/as pacientes y la aplicación de castigos, a veces excesivos. Por este motivo es recomendable que se fomenten algunos de los siguientes aspectos, tales como: aumento de la presencia de otras ramas de la salud a parte de psiquiatría y medicina para realizar una intervención más personalizada y multidisciplinaria; el conocimiento sobre la salud mental en la ciudadanía, para así reducir el estigma hacia el trastorno mental; se realicen intervenciones psicológicas con los cuidadores tanto formales como informales para reducir el burnout; se lleven a cabo inspecciones periódicas en todos los centros, para comprobar que se cumplen los derechos humanos; y se enseñen estrategias de contención verbal para evitar las contenciones químicas y físicas.

Abordada la evolución de la Salud Mental como parte del ámbito clínico, se considera necesario agradecer a aquellas personas que a día de hoy siguen luchando por la seguridad y mejora de los/as pacientes. Asimismo, esperemos que se siga abogando por intervenciones llevadas a cabo con familiares para que estos/as cuidadores/as informales puedan ver un mundo más allá de cuidar a una persona diagnosticada con esquizofrenia.

ANEXOS

“TOMA DE CONTACTO” (ANEXO I)

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

PARENTESCO CON EL/LA PACIENTE (solo familiares):

OCUPACIÓN:

ESCOLARIDAD:

1. ¿Qué te motivó a venir a esta intervención?

2. ¿Cuáles crees que son las causas de la problemática de tu familiar (su problemática, en caso de que se le pregunte a la persona diagnosticada)?

3. Exploración de las etapas generales de la vida buscando elementos relacionados con el cuadro clínico de su familiar: primera infancia (0-6 años), segunda infancia (6-12 años), adolescencia (12-independencia económica si la hay), adultez joven (hasta los 40 años), adultez madura (40-60 años).

1ª Infancia

2ª Infancia

Adolescencia

Adultez joven

Adultez madura

4. ¿Cuáles son los elementos que han sido positivos en tu vida?

5. ¿Cómo se ha encontrado en los últimos meses?

6. ¿En los últimos dos meses, amigos y familiares que no viven contigo han llamado o han venido a verte?

7. ¿En los últimos meses, amigos y familiares que no viven contigo te han hablado sobre sus propios problemas?

8. En los últimos dos meses, cuando te has sentido nervioso/a o preocupado/a ¿has tenido a alguien que te ha tranquilizado?

9. En los últimos dos meses, cuando has necesitado ayuda en las tareas o reparaciones domésticas ¿has encontrado fácilmente a alguien que te echara una mano?

10. En los últimos dos meses, ¿has encontrado fácilmente a alguien que te ha hecho los recados cuando no has podido hacerlos?

11. En los últimos dos meses, cuando te ha ocurrido algo bueno ¿has tenido alguien con quien comentarlo?

12. En los últimos dos meses, si hubieras estado enfermo/a ¿habrías tenido a alguien que te cuidara?

13. En los últimos dos meses, cuando has necesitado ayuda en las tareas o reparaciones domésticas ¿has encontrado fácilmente a alguien que te echara una mano?
14. En los últimos dos meses, ¿has encontrado fácilmente a alguien que te ha hecho los recados cuando no has podido hacerlos?
15. En los últimos dos meses ¿has tenido a un amigo o familiar de confianza para hablarle de tus propios problemas?
16. ¿Actualmente tienes pareja o estás saliendo con alguna persona de manera regular? ¿Vives con ella?
17. ¿Cuántos amigos de confianza tienes?
- Ninguno
 - 2 o 3
 - 4 o más
18. ¿Cuántos familiares consideras como amigos de confianza?
- Ninguno
 - 2 o 3
 - 4 o más
19. En los últimos meses, ¿te has sentido parte de un grupo (cultural, religioso, recreativo o grupo de familiares, entre otros), y ello ha sido importante en tu vida?
- No
 - Si
20. Comparando con hace un año, tus relaciones sociales se han...
- Empeorado
 - Mantenido igual
 - Mejorado
 - Mejorado mucho
21. ¿Qué esperas de la intervención?
-
-

22. ¿Qué metas te gustaría alcanzar a través la intervención?

UFE” (ANEXO II)

Para recopilar datos acerca de su satisfacción y mejorar las futuras intervenciones, se ha ideado el presente cuestionario completamente anónimo.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿El ambiente de la intervención le ha parecido agradable?				
2. ¿Entiende por qué se están realizando estas sesiones?				
3. ¿El personal se ha explicado con claridad?				
4. ¿El trato ofrecido fue correcto?				
5. ¿El contenido abordado le ha resultado interesante?				
6. ¿Las sesiones planteadas le han sido útiles?				
7. ¿Se ha sentido a gusto y acompañado durante la intervención?				
8. ¿Las actividades realizadas han sido adecuadas para trabajar los contenidos?				
9. ¿Ha aprendido algo a lo largo de esta intervención?				
10. ¿El tiempo y los medios utilizados para realizar esta intervención han sido adecuados?				
11. ¿Ha mejorado la relación con su/s familiar/es a lo largo de esta intervención?				

¿Existen algunos aspectos que se puedan mejorar en el modo de llevar a cabo las sesiones?

Si es así, por favor indique cuales:

BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, C. (2018). Tratamiento de la esquizofrenia. *Manual de Tratamientos Psicológicos*. (pp. 23-30). España. Editorial: APIR
- Anónimo (2013). *El VIH o el SIDA, ¿Tienen cura? National Institute of Child Health and Human Development*. Recuperado de: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/hiv/informacion/Pages/cura.aspx>
- Anónimo (2019) Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Guía de la Salud*. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/apartado06/tipos.html>
- Aranda, B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). *El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones, revisión de los estudios de resultados*. Universidad Pontificia de Salamanca, España. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Mark_Beyebach2/publication/303363983_El_estatus_cientifico_de_la_terapia_centrada_en_las_soluciones_Una_revision_de_los_estudios_de_resultados_The_scientific_status_of_solution-focused_brief_therapy_A_review_of_outcome_studies/links/57b03f0608ae95f9d8f39cbf/El-estatus-cientifico-de-la-terapia-centrada-en-las-soluciones-Una-revision-de-los-estudios-de-resultados-The-scientific-status-of-solution-focused-brief-therapy-A-review-of-outcome-studies.pdf
- Armenta, J. (2010). Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 1, 183-204. Xapala, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133012>
- Buela-Casal, G. (2012). *CIE-11 O DSM.-V ¿Cuál debemos utilizar? Entrevista al director de la CIE-11*. Actualidad. Recuperado de: <http://www.cop.es/infocop/pdf/2069.pdf>
- Calvo, A., Kehrmann, L., Moreno, C., Moreno, M., Rapado, M., y Sánchez, T. (2015). *Piensa, Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis*. Recuperado de: <https://www.ciberisciii.es/media/436748/piensa-guia.pdf>

- Coyle, J. (2006). Glutamate and Schizophrenia: beyond the dopamine hipótesis. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 26, 365-384. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16773445>
- Cyrulnik, M., Lecomte, J., Manciaux, M. y Vanistendael, S. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa. Citado en: Armenta, J. (2010). Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 1, 183-204. Xapala, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133012>
- De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Claves de la psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- Dean, N., and Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-416. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Díaz-Zuluaga, A., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J., Agudelo, Y., Ospina, S., y López-Jaramillo, C. (2017). Efecto de una intervención multimodal en el perfil psicológico de pacientes con Esquizofrenia y TAB tipo I: Estudio del Programa PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 2, 56-64. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650840002>
- Doane, J., Falloon, I., Goldstein, M., and Mintz, J. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 34-42. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (1995). *DSM-IV*, 279-280. Madrid, España.
- Esquizofrenia. (2014). *DSM-V*, 99-105. Madrid, España.
- Esquizofrenia. (2018). *OMS*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- García, P., Moreno, A., Freund, N., y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 116, Madrid. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400005#bajo

Gergen, K. (2006). Construir la realidad. *El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Glosario de términos psicopatológicos e históricos psiquiátricos. (Recuperado en 2019). *Psiquiatría.com*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/glosario/modelo-diatesis-estres>

Godoy, J., Godoy-Izquierdo, D., y Vázquez, M. (2014). *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Recuperado de: <https://campusvirtual.ull.es/1819/course/view.php?id=757>

González, C. (2016). *Programa de intervención educativa basado en la resiliencia y los mecanismos de percepción de la mente “Conoce tu mente y supérate”*. Tesis pregrado. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

Gonzales, M., García, I., y Fraile, J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 72, 573-586. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?q=apoyo+social+y+vulnerabilidad+esquizofrenia&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar

González, E., Bastida, M., Martín, M., Domínguez, A., e Iruin, A. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 27, 3, Madrid. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592018000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es#B38

Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. (2009). *Psicología UNED*. Recuperado de: <http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/01-historia-de-la-terapia-cognitivo-conductual>

Historia del término “Psicosis”. (2010) *Post Psiquiatría*. Recuperado de: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/2010/10/historia-del-termino-psicosis.html>

Hurtado, G, Roger, M., Alcoverro, Ò., y López, N. (2008). Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*,

- 36, 2, 120-122. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/f8/art12814/una_experiencia_con_grupos_multifamiliares.pdf
- Hurtado, G., Roger, M., Alcoverro, Ò., y López, N. (2008). Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas Psiquiatría*, 36, 2, 120-122. Barcelona. Recuperado de: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ENG/9-50-ENG-120-122-566964.pdf>
- Jaen, D., Y Callisaya, E. (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado”. *Revista Médica La Paz* 18, 2. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200004&script=sci_arttext
- Jansen-Cilag, S. (2017). *Psicosis y Esquizofrenia ¿son todas las psicosis esquizofrenia?* Recuperado de: <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia/son-todas-psicosis-esquizofrenia>
- Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., e Irving, C. (2012). *Terapia cognitivo-conductual versus otras terapias psicosociales para la esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008712.pub2/full/es>
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Vaughn, C., y Sturgeon D. (1983). Life events, relatives expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine*, 13, 799-806. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Legarra, J. (2019). *Tratamiento de la cirugía del párkinson en la clínica*. Recuperado de: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-parkinson>
- Mar, R., y Serafín, L. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Revista Ibero Americana de Psicósomática*. Recuperado de: <http://www.p3-info.es/PDF/Esquizofrenia-otros-Trastornos-Psicoticos-Principales-cambios-DSM-5.pdf>

- Matilde, L. (2018). *Psicoterapia Familiar Sistémica de Milán para el tratamiento de la Esquizofrenia: alcances y limitaciones*. Tesis pregrado, Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_laura_cerruti.pdf
- Matthyse, S. (1974). Dopamine and the pharmacology of schizophrenia: the state of the evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 11, 107-113.
- Moriana, J., Alarcón, E., y, Herruzo, J. (2006). *Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia*. Recuperado de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5612/Aplicacion_de_un_programa_de_intervencion.pdf?sequence=2
- Muela, J. y Godoy, J. (F). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Universidad de Jaen* 4, 7, España. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Muela, J., y Godoy, J. (F). *Programa de intervención familiar en esquizofrenia: El estudio de Andalucía*. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Oriol, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15, 2, 77-78. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n2/colaboracion2.pdf>
- Pereira, R. (1992). La Terapia Familiar en la esquizofrenia. *Información Psicológica*, 48, 17-21. Recuperado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/La-Terapia-Familiar-en-la-Esquizofrenia.-R.-Pereira-2014.pdf>
- Perlick, D., Rosenheck, A., Kaczynski, R., Swartz, M., Canive, M., and Lieberman, A. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1117-1125. Recuperado de: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.8.1117>
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., and Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>

- Pileño, E., Morillo, F., Salvadores, P., y Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época Medieval. *Cultura de los cuidados*, 13, 29-35. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf
- Ruiz, M., Montes, J., Correas, J., Álvarez, C., Mauriño, J., and Consuelo de Dios, P. (2012). Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5, 2, 98-106. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112000031>
- Saiz, J., De la Vega, D. y Sánchez, P. (F) *Bases neurobiológicas de la esquizofrenia*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a04.pdf>
- Sánchez, N., Duarte, A., Gómez, C., y Bohórquez, A. (2016). Implementación de la guía de práctica clínica para el manejo de adultos con esquizofrenia en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2, 118-123. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502016000200002&script=sci_abstract&tlng=es
- Se cuestiona la eficacia de los fármacos antipsicóticos. (2012). *Consejo General de la Psicología en España*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3914
- Taborda, E., Montolla, L., Gómez, N., Arteaga, L., y Correa, A. (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 1, 46-50. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015001377>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias postmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 3, 511-532. México. Recuperado de: <https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf>
- Terapia Centrada en Soluciones. (2012). *Seminario AEN*, La Laguna, Tenerife.
- Timms, P. (2007). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). *Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)*. Recuperado de:

<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Tratamiento. (2018). *Esquizofrenia*. Mayo Clinic. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>

Vallejo, M. (2012). *Manual de terapia de conducta*. Madrid. Editorial: Dykinson.

Vallina, Ó. y Lemos, S. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Citado en: Moriana, J., Alarcón, E., y Herruzo, J. (2006). *Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia*. Recuperado de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5612/Aplicacion_de_un_programa_de_intervencion.pdf?sequence=2

Vara, L (2017). Técnicas y rituales para el cierre de la terapia. *La mente es maravillosa*. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/tecnicas-rituales-cierre-la-terapia/>

Vega, H. (2005). *La Terapia Breve Centrada en las Soluciones*. Universidad Pontífica de Salamanca. Recuperado de: <http://www.proyctohombre.es/archivos/100.pdf>

Villanueva, L. (F). *Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero*. Universidad César Vallejo. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/428/305

Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17, 4, 365-374. Recuperado de: https://alcmeon.com.ar/17/68/06_Bidacovich.pdf

Zarit, S., Reever, K., and Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of DAbnormal Psychology*, 86, 103-126. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>