



Artículo de revisión

Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos



Eliana Taborda Zapata^a, Laura Elisa Montoya Gonzalez^{b,*},
Natalia María Gómez Sierra^c, Laura María Arteaga Morales^b
y Oscar Andrés Correa Rico^d

^a Universidad Pontificia Bolivaria, Universidad CES, Colombia

^b Universidad CES, Colombia

^c Universidad CES, Centro de Salud Mental, Envigado, Colombia

^d Universidad de Antioquia, Universidad CES, Centro de Salud Mental, Envigado, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2015

Aceptado el 6 de julio de 2015

On-line el 31 de agosto de 2015

Palabras clave:

Esquizofrenia

Soporte social

Estigma

Rehabilitación

Psiquiatría comunitaria

R E S U M E N

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad compleja con graves repercusiones funcionales, por lo que amerita un tratamiento que vaya más allá de los fármacos.

Desarrollo del tema: Se requiere un enfoque que, considerando el proceso de diátesis estrés, incluya la rehabilitación, estrategias psicoterapéuticas para los síntomas cognitivos, negativos y psicóticos persistentes, psicoeducación del paciente y las comunidades, estrategias para la adaptación en comunidad como introducción a la fuerza laboral y el modelo comunitario como cambio del paradigma manicomial.

Discusión: Es necesario que se establezcan iniciativas privadas y públicas para la atención integral de la esquizofrenia en el país, abogando por el bienestar de quienes la padecen.

Conclusiones: El manejo integral del paciente con esquizofrenia requiere una mirada global de este y su enfermedad y es imperativo su desarrollo.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Integrated management of patients with schizophrenia: beyond psychotropic drugs

A B S T R A C T

Introduction: Schizophrenia is a complex disease with severe functional repercussions; therefore it merits treatment which goes beyond drugs.

Theme development: It requires an approach that considers a diathesis-stress process that includes rehabilitation, psychotherapeutic strategies for persistent cognitive, negative and psychotic symptoms, psychoeducation of patient and communities, community adaptation strategies, such as the introduction to the work force, and the community model, such as a change in the asylum paradigm.

Keywords:

Schizophrenia

Social support

Stigma

Rehabilitation

Community psychiatry

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauraelisamontoya@gmail.com (L.E. Montoya Gonzalez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.002>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Discussion: It is necessary to establish private and public initiatives for the integrated care of schizophrenia in the country, advocating the well-being of those with the disease.

Conclusions: The integrated management of schizophrenic patients requires a global view of the patient and his/her disease, and its development is essential.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se considera la esquizofrenia como un grupo heterogéneo de síndromes en el que cada sujeto tiene una combinación única de síntomas y experiencias vitales. Aspectos como la cultura, el sexo, el ambiente psicosocial y político, la personalidad y la variabilidad genética, entre otros, modifican su expresión, su curso y sus desenlaces clínicos.

Con una prevalencia de alrededor del 1%¹, las personas con esquizofrenia se ven enfrentadas a demandas sociales poco razonables², comorbilidades^{2,3}, aislamiento social^{4,5}, desempleo y dependencia de continuo apoyo financiero con severas dificultades para la vida independiente, lo que se afecta más por la pobreza de *insight*⁶ y la poca adherencia al tratamiento farmacológico de este tipo de personas.

Desarrollo del tema

Desde 1977, en el marco del modelo de estrés-vulnerabilidad en la fisiopatología de la esquizofrenia y al descubrirse los procesos epigenéticos involucrados en la génesis y la evolución de la enfermedad mental⁷, se ha postulado una asociación entre la frecuencia de recaídas y hospitalizaciones, deterioro funcional, abuso de sustancias comórbidas⁸⁻¹⁰. Además, los eventos traumáticos se relacionan con los altos índices de trastorno por estrés postraumático en esquizofrenia, encontrándose cifras de un 25-50% de los pacientes con esta enfermedad¹¹, comparadas con prevalencias del 8-12% entre la población general¹². Se concluye que los pacientes con esquizofrenia están permanentemente expuestos a alta carga alostática¹³, lo que empeora el estado hiperdopaminérgico de la enfermedad¹⁴.

Las estrategias de intervención psicosocial podrían disminuir los efectos del estrés en el curso sintomático de la enfermedad^{10,15} por medio de la asistencia social y la provisión de lugares de vivienda y trabajo saludables, considerados factores protectores por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶.

En este orden de ideas, existen estrategias de intervención psicosocial que consisten en la organización de sus viviendas, la promoción del aseo y la adherencia a la medicación¹⁰. Además, la evidencia disponible indica que puede ser necesaria la provisión continua de apoyo ambiental para el mantenimiento de las mejoras en el funcionamiento diario⁵.

El modelo comunitario como alternativa

Para los pacientes con enfermedad mental, uno de los dilemas más prevalentes gira en torno al lugar de tratamiento

óptimo; la hospitalización es la primera estrategia utilizada, pero es necesario considerar que la hospitalización a largo plazo puede ser la puerta directa a la institucionalización¹⁷.

Dada la clara necesidad de un enfoque integral del paciente con enfermedad mental en un ambiente que permita su inclusión a largo plazo en el ambiente natural de la comunidad, surge la psiquiatría comunitaria como una manera de entender el tratamiento de los pacientes en su entorno como personas y miembros de una comunidad¹⁸. Se hace énfasis en la desinstitucionalización y el despliegue de servicios comunitarios alternativos¹⁸. Se entiende la salud mental como un objetivo individual y colectivo, en el que es indispensable la participación no solo de profesionales y pacientes, sino también de familiares, ciudadanos, departamentos de trabajo, justicia y educación, entre otros¹⁸.

El modelo comunitario surge en el contexto de la anti-psiquiatría en reacción al fracaso de la psiquiatría asilar, en una época de moral democrática tras la guerra mundial, con elementos como los movimientos psiquiátricos italiano y francés, los centros de salud mental comunitarios en Estados Unidos y las comunidades terapéuticas británicas¹⁸.

En el año 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Consenso de Panamá aprobó una resolución para la protección de los derechos humanos en los sistemas de salud, donde se enfatiza la inversión en salud mental como una «contribución a la salud y el bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países»¹⁹.

La OMS promueve un cambio en la estrategia, donde la responsabilidad en salud no es la reparación del daño o el control de epidemias, sino el cuidado de la salud de la población, la que acude y la que no²⁰.

Pero el modelo comunitario no excluye la participación de los hospitales; al contrario, estos deben ejercer un papel de liderazgo, respaldo y refuerzo, con oferta de manejo intrahospitalario de ser estrictamente necesario, pero accesible de manera oportuna²¹.

La propagación del modelo comunitario para la atención en salud mental ha llevado a una mayor investigación sobre la eficacia de la prevención de recaídas mediante intervenciones multidimensionales en un cambio de paradigma¹⁸ que implica la consecución de una vida valiosa y significativa, no meramente a la ausencia de síntomas y recuperación de lo patológico, con lo cual se logra una mayor autonomía de los pacientes²⁰.

Los resultados del estudio internacional multicéntrico de Fallon²² indican que el abordaje basado en evidencia, garantizando el cumplimiento de un tratamiento psicofarmacológico individualizado, efectivo y bien tolerado, con psicoeducación para los pacientes y sus familias y un seguimiento intensivo y

cercano, llevan a una mejor evolución con un menor número de recaídas que con el tratamiento estándar.

Otro de los grandes retos en la atención de los pacientes con esquizofrenia es que muchas personas no acceden a los servicios en salud mental por múltiples razones asociadas con la enfermedad en sí²³. Ante este problema surgen modelos como el de tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment* [ACT])²⁴, donde los servicios deben ser llevados a ellos en sus entornos vitales naturales por medio de equipos interdisciplinarios que incluyen la administración de medicamentos, apoyo en las actividades prácticas como aseguramiento de vivienda y rehabilitación²⁴. La evidencia ha favorecido la eficacia del ACT en la estabilización de vivienda en la comunidad, reducción de hospitalizaciones e incluso una moderada reducción sintomática²⁵, y además muestra que es rentable, al contribuir a la reducción de costos en hospitalizaciones²⁶.

Rehabilitación en esquizofrenia

En 1996, la OMS y la *World Association for Psychosocial Rehabilitation* (WAPR) elaboraron una declaración respecto a la rehabilitación psicosocial, que dirige sus esfuerzos hacia la mejora de las competencias del individuo y la ejecución de modificaciones ambientales que mejoran la calidad de vida de las personas²¹. Se menciona en el consenso: «La rehabilitación psiquiátrica puede ser entendida conceptualmente como el tratamiento continuado de los aspectos de los trastornos psiquiátricos que tienden a ser persistentes y que pueden conducir a discapacidad. Sus métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), a la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad, así como la participación en influir sobre aspectos legislativos y la educación de la población para modificar su percepción sobre el problema y ayudar a reducir la discriminación y el estigma»²⁷.

Por desgracia, en los países más pobres del mundo en desarrollo, la crisis económica ha llevado a los gobiernos a un drástico recorte de los gastos en salud, lo que retrasa la búsqueda de atención y conduce a la automedicación o ausencia de atención²⁸. En Colombia, un país en vías de desarrollo, la inversión en salud mental no ha alcanzado a suplir las propuestas de la OMS, lo que obstaculiza la aplicación de algoritmos integrados²⁹.

Más allá de los síntomas psicóticos, la presencia de alteraciones en el funcionamiento social, para muchos pacientes desde el inicio de la enfermedad e incluso antes, es dramática y el tratamiento farmacológico solo no ha mostrado ventajas clínicas claras³⁰, y es ahí donde la rehabilitación debe abrirse paso, por medio de sesiones de aprendizaje estructuradas y directivas³¹, partiendo de los principios de individualización de los pacientes según sus necesidades.

Se puede alcanzar en las personas con esquizofrenia el entrenamiento en una amplia gama de habilidades sociales, entre ellas tareas complejas como la asertividad o las habilidades conversacionales³². Los beneficios relacionados con el fortalecimiento de estas habilidades pueden reducir el efecto del estrés en las recaídas³³ y ayuda a la percepción de una

mejor calidad de vida³⁴, como prueban dos metanálisis en los que se señala mejora en la adquisición de habilidades, asertividad, funcionamiento social^{35,36}, psicopatología general³⁵, síntomas negativos y recaídas³⁶.

Ante el colorido espectro de síntomas positivos, con frecuencia los síntomas negativos son ignorados pese a ser persistentes, refractarios a los tratamientos farmacológicos actuales e indicadores de mal pronóstico²⁴. Un estudio realizado en Noruega, con 64 pacientes que recibieron seguimiento a 1 año, encontró que la apatía era la característica clínica que más contribuía a la predicción de mal funcionamiento psicosocial de los pacientes tras un primer episodio psicótico³⁷. Tales evidencias señalan la ineludible necesidad de establecer estrategias para su manejo desde las primeras etapas de la enfermedad para facilitar los esfuerzos de rehabilitación³⁸.

Síntomas psicóticos persistentes

Otro de los problemas en el curso de la esquizofrenia es la presencia de síntomas psicóticos que persisten pese al tratamiento farmacológico óptimo³⁹. Ante este dilema, ha surgido interés en la aplicación de técnicas no farmacológicas, entre ellas la terapia cognitivo-conductual descrita por primera vez por Beck⁴⁰ en 1952, con estudios controlados surgiendo en la década de los noventa⁴⁰. Favorece esta clase de intervenciones evidencia como la de la revisión Cochrane sobre esquizofrenia⁴¹, que concluye que se puede mejorar el estado mental de los pacientes y reducir la tasa de recaídas, con probable disminución de la intensidad de los delirios y alucinaciones, y otros estudios que han reportado mejoría psicopatológica general⁴²⁻⁴⁶. La terapia pretende que el paciente examine sus creencias y las respectivas evidencias a favor y en contra; que cuestione sus estilos de pensamiento habituales y use estrategias de razonamiento y la experiencia personal para el desarrollo de alternativas aceptables y racionales, teniendo en cuenta la relación estrecha existente entre los sesgos y las distorsiones cognitivas con el mantenimiento de los síntomas psicóticos⁴⁷. Además, se usan técnicas dirigidas a reducir la implicación emocional de los síntomas psicóticos por medio de explicaciones normalizadoras de los síntomas⁴⁸ o el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento⁴⁹, con lo que se reduce la convicción delirante o el malestar y la interferencia asociados con ella^{50,51}, con ventajas adicionales que incluyen su utilidad en ciertos síntomas negativos, depresión y ansiedad¹⁰.

Del estigma a la educación y la autoeficacia

Durante su enfermedad, pocos pacientes han sido tan maltratados y menospreciados por ella como aquellos con diagnóstico de esquizofrenia. La asociación entre violencia y enfermedad mental grave es una de las grandes fuentes de discriminación y temor por las poblaciones, se equipara «maldad» con «locura», y es tema protagonista de las conversaciones de los ciudadanos en general²¹. Por eso los servicios y los profesionales en esta área deben ser los encargados de brindar información clara y precisa acerca de las características y necesidades de las personas con enfermedad mental²¹.

Para la participación de las comunidades en el cuidado de la salud mental, es requisito informarlas. Desgraciadamente, la

evolución de la comprensión pública de la enfermedad mental no necesariamente ha significado una mayor aceptación de las personas que la padecen⁵². Las nociones de «culpa y responsabilidad» sobre las enfermedades que modifican la conducta se han trasladado desde las atribuciones religiosas a las biológicas, que generan, en algunas ocasiones, la creencia de que la enfermedad mental es algo inmutable, lo cual agrava las «nociones de diferencia»⁵³ y hace que la enfermedad mental parezca más grave, persistente y de mayor peligrosidad⁵². Lógicamente surge el interrogante de cómo comunicar las causas de los trastornos mentales al público; ante esto se han hecho pocas investigaciones que se propongan abandonar la visión reduccionista de la enfermedad mental y explicarla mediante el modelo de diátesis-estrés⁵².

En todo este proceso es obligatorio involucrar al paciente, ya no como un ente pasivo receptor de unos medicamentos⁵³⁻⁵⁵. Para comprometer al paciente con su tratamiento, es necesaria la solidificación de una alianza terapéutica, en la que se comprenda la experiencia subjetiva del individuo, la identificación de objetivos del tratamiento y la información acerca de los síntomas psicóticos, de síntomas y signos de alarma¹⁰. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia pueden reconocer los síntomas prodrómicos y utilizarlos para monitorizar su propia enfermedad con el fin de emprender estrategias de afrontamiento y buscar ayuda para prevenir una recaída grave⁵⁶⁻⁵⁹.

Hay una tendencia —no solo en la psiquiatría, sino en otros campos de la medicina— a minimizar los esfuerzos de los pacientes por participar en su propia recuperación y rehabilitación pero, según autores interesados en la psicoeducación, escaso conocimiento de la enfermedad, los potenciales efectos de la medicación y otras técnicas terapéuticas, lo que genera un espacio para interpretaciones irracionales que puede producir temores y actitudes defensivas que socavarían el cumplimiento terapéutico⁶⁰. Estos datos y la evidencia disponible destacan la importancia de las acciones psicoeducativas⁶⁰⁻⁶⁶, con estrategias con demostrado impacto en los días de estancia hospitalaria y los costos en salud^{62,67}.

Introducción laboral

Entre las personas con esquizofrenia, se encuentran más bajas tasas de empleo competitivo (10–20%)⁶⁸, quizá debido a las dificultades sociales generadas por la clínica de la enfermedad, el imaginario colectivo a su alrededor y los efectos secundarios de la medicación, entre otros factores que obstaculizan la incorporación laboral de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia desean trabajar, pues consideran el trabajo como fuente potencial de beneficios adicionales a la estabilidad económica, como el fortalecimiento de la autoestima y el sentido de propósito⁶⁹, y se erige como un espacio potencial de rehabilitación y de ingreso a la comunidad tras la hospitalización⁷⁰.

Lejos de métodos paternalistas, se pretende que los pacientes trabajen en actividades acordes con sus preferencias y opciones⁷¹, lo que conlleva la mejoría de las condiciones clínicas asociadas con los síntomas negativos, incluso si no se alcanzara una mejoría de los síntomas negativos en sí⁷¹.

Existen diversas técnicas entre los enfoques de rehabilitación profesional que incluyen, entre otros, modelos de entrenamiento en lugar o *train-place*⁷² y el empleo con apoyo, para el logro de competitividad en entornos comunitarios integrados con seguimiento para facilitar un desempeño laboral óptimo.

Discusión

A menudo los pacientes con esquizofrenia se presentan en los consultorios y los hospitales con la etiqueta «yo soy esquizofrénico», de la cual se puede extraer la idea colectiva de que el sujeto se reúne en un diagnóstico, y que esta enfermedad se trata sola y exclusivamente con medicamentos, pues son la única intervención efectiva para la enfermedad. Se requiere entonces ampliar la visión de la esquizofrenia más allá de lo psicótico, entendiéndola como un prisma en el que la imagen resultante depende de muchas circunstancias, las cuales se pueden intervenir a través de estrategias comunitarias que incluyan un enfoque ocupacional, psicoterapéutico individual, grupal y familiar. Se busca que se permita la recuperación de la vida del paciente como propia, y no como un anexo al diagnóstico que lo ha condenado a la marginación social. Es este un compromiso de los psiquiatras y de quienes se dedican a la salud mental, pero también depende de una iniciativa política y desde la salud pública que trascienda las letras para convertirlas en hechos.

Por desgracia, en Colombia es frecuente que los pacientes con esquizofrenia no cuenten con un sistema que vaya más allá de las soluciones farmacológicas. Así, el paciente transcorre sin sentido por un sistema caótico, fragmentado, ciego a los requerimientos de cada individuo, con todas las consecuencias deletéreas imaginables para el sujeto y la comunidad de la que hace parte²¹.

Tras la Declaración de Caracas, presentada en el 1990⁷³, fue necesario que pasaran 14 años para la formulación en Colombia de una política de salud mental que considerara un enfoque más orientado hacia un modelo comunitario, aunque la implementación de la ley está por aclararse⁷⁴. Las iniciativas actuales que buscan un manejo integral de la esquizofrenia pierden continuidad por falta de recursos tanto humanos como económicos. Con solo algunas iniciativas particulares, la psiquiatría comunitaria está dando sus primeros pasos, con la esperanza de que el cambio de paradigma se convierta en una misión colectiva, en aras de proteger la salud mental de la población.

Conclusiones

Es necesario un tratamiento de la esquizofrenia que, complementando la acción de los psicofármacos, permita el fortalecimiento de la calidad de vida del individuo a través de servicios que faciliten la detección precoz, el acceso oportuno a unos servicios de salud que estén adaptados a las necesidades del sujeto, y no al contrario como suele ocurrir; el objetivo sería poder brindar a los pacientes con esquizofrenia intervenciones desde todos los ámbitos, para lograr mejores resultados y prevenir los funestos desenlaces a los que se condena al paciente sin una intervención adecuada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Centro de Salud Mental de Envigado por facilitar la información.

BIBLIOGRAFÍA

- Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;177:149-55.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10:52-77.
- Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia Bull*. 2009;35:696-703.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract*. 2009;16:34-45.
- Ouzir M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Battas O. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatr Clin Neurosci*. 2012;66:167-79.
- Hsieh J, Eisch AJ. Epigenetics, hippocampal neurogenesis, and neuropsychiatric disorders: unraveling the genome to understand the mind. *Neurobiol Dis*. 2010;39:73-84.
- Lysaker PH, LaRocco VA. The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49:330-4.
- Picken A, Tarrier N. Trauma and comorbid posttraumatic stress disorder in individuals with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*. 2011;52:490-7.
- Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Ann Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97.
- Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:883-99.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
- Hermans EJ, Henckens MJ, Joëls M, Fernández G. Dynamic adaptation of large-scale brain networks in response to acute stressors. *Trends Neurosci*. 2014;37:304-14.
- Moghaddam B. Stress activation of glutamate neurotransmission in the prefrontal cortex: implications for dopamine-associated psychiatric disorders. *Biol Psychiatry*. 2002;51:775-87.
- Lieberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. En: *Schizophrenia*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1990. p. 193-216.
- Impact of economic crises on mental health. Ginebra: World Health Organization; 2011.
- Johnson MM, Rhodes R. Institutionalization: a theory of human behavior and the social environment. *Adv Soc Work*. 2008;8:219-36.
- Climent JM, Rodríguez-Ruiz C, Mondéjar F. Evolución histórica de la asistencia de rehabilitación: desde un modelo hospitalario a un modelo descentralizado. *Rehabilitación*. 2011;45:2-7.
- Consenso de Panamá Organización Panamericana de la Salud; 2010.
- Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Rev GPU*. 2007;3:88-96.
- Uriarte J. Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Rev Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2007;2:87-101.
- Falloon IR, Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatric Services*. 1999;50:615.
- Adeosun II, Adegbohun AA, Adewumi TA, Jeje OO. The pathways to the first contact with mental health services among patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2013.
- Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. WW Norton & Co; 1998.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis Manag Health Outcomes*. 2001;9:141-59.
- Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry*. 1999;44:443-54.
- Psychosocial rehabilitation — a consensus statement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
- Phua KL. Can we learn from History? Policy responses and strategies to meet health care needs in times of severe economic crisis. *Open Public Health J*. 2011;4:1-5.
- Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M, et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1122-9.
- Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:384-408.
- Estévez JFJ. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. *Cuad Psiquiatr Comun*. 2004;4:159-74.
- Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996.
- Addington J, Piskulic D, Marshall C. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Curr Direct Psychol Sci*. 2010;19:260-3.
- Hsiao CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH, Chang C. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nurs*. 2012;21:2367-76.
- Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bull*. 2006;32 Suppl 1:S64-80.
- Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consulting Clin Psychol*. 2008;76:491.
- Faerden A, Barrett EA, Nesvåg R, Friis S, Finset A, Marder SR, et al. Apathy, poor verbal memory and male gender predict lower psychosocial functioning one year after the first treatment of psychosis. *Psychiatry Res*. 2013;210:55-61.
- Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Amotivation and functional outcomes in early schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013;210:665-8.

39. Lindenmayer JP. Treatment refractory schizophrenia. *Psychiatric Q.* 2000;71:373-84.
40. Beck AT. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry.* 1952;15:305-12.
41. Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira DMNJ. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *The Cochrane Library.* 2002;4. Oxford, Update Software.
42. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis I: effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry.* 1997;171:319-27.
43. Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisholm D, Freeman D, Dunn G, et al. London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry.* 1998;173:61-8.
44. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ.* 1998;317:303-7.
45. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry.* 1999;174:500-4.
46. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry.* 1996;169:593-601.
47. Rector NA, Beck AT. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry.* 2002.
48. Kingdon DG, Tukkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: Preliminary report. *J Nerv Mental Dis.* 1991;179:207-11.
49. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *Br J Psychiatry.* 1993;162:524-32.
50. Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice.* New York: Wiley; 1995.
51. Morrison A, Renton J, Dunn H, Williams S, Bentall R. *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach.* Routledge; 2004.
52. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychol Med.* 2014;44:303-14.
53. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990;156:798-808.
54. Jørgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;92:436-40.
55. Schrank B, Bird V, Tylee A, Coggins T, Rashid T, Slade M. Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis. *Soc Sci Med.* 2013;92:9-21.
56. McCandless-Glimcher L, McKnight S, Hamera E, Smith BL, Peterson KA, Plumlee AA. Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Psychiatr Serv.* 1986;37:929-33.
57. Jørgensen P. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172:327-30.
58. Lee PW, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Br J Psychiatry.* 1993;163:177-82.
59. Herz MI. Recognizing and preventing relapse in patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1984;35:344-9.
60. Süllwold L, Herrlich J. Providing schizophrenic patients with a concept of illness. An essential element of therapy. *Br J Psychiatry.* 1992;161 Suppl 18:129-32.
61. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry.* 1988;39:282-6.
62. Moller MD, Murphy MF. The three R's rehabilitation program: a prevention approach for the management of relapse symptoms associated with psychiatric diagnoses. *Psychiatr Rehab J.* 1997;20:42-8.
63. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry.* 1996;168:199-204.
64. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram M, Moutrey C, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr Serv.* 1995;46:1189-91.
65. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21:379-93.
66. Rebolledo S, Lobato MJ. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En: *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Manuales/Psicología.* Madrid: Siglo Veintiuno; 2002. p. 635-61.
67. Adams C. Psychosocial intervention for schizophrenia. *Effective Health Care.* 2000;6:1-8.
68. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:337-49.
69. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2001;27:281-96.
70. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatr Serv.* 1998;49:1313-6.
71. Hoshii J, Yotsumoto K, Tatsumi E, Tanaka C, Mori T, Hashimoto T. Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: a controlled trial. *Clin Rehab.* 2013;27:638-45.
72. Corrigan PW, Mueser KT. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach.* Guilford Press; 2012.
73. Conferencia. *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.* Caracas, Venezuela. 11-14 de noviembre de 1990.
74. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica.* 2013;33:497-8.