

CAPÍTULO VI

Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico

*Jéssica López Peláez**

<https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

*Ángela Patricia Acosta Pulido***

<https://orcid.org/0000-0002-6772-5749>

*Andrea Valeria Viveros Balanta****

<https://orcid.org/0000-0002-3954-1352>

Lo importante es el enfermo, no la enfermedad.

Albert Jovell

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales siguen siendo estigmatizadas y discriminadas al punto de afectar no solo la calidad de vida de

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ jessica.lopezpelaez@gmail.com

** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ angela_acosta@hotmail.com

*** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ valerita.viveros30@hotmail.com

Cita este capítulo:

López Peláez, J.; Acosta Pulido, AP. y Viveros Balanta, AV. Humanizando la atención de los pacientes con esquizofrenia desde los cuidados paliativos: un abordaje psicológico. En: Obando Cabezas, L. Ed. científica. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo primario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 209-238.

las personas, si no también, su tratamiento, integración social y desarrollo humano. De hecho, se cree que esta estigmatización implica para quienes la padecen, una dificultad en las relaciones interpersonales, menos oportunidades laborales y un pronunciado aislamiento social. Una de las enfermedades con más impacto en quien la padece es la esquizofrenia, la cual, es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), los cuales tienen un 2 y 2,5 más de probabilidad de morir a una edad temprana que el resto de la población (OMS, 2019). Frente a estas cifras, el plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar los servicios adecuados a las personas con trastornos mentales. No obstante, es necesario destacar la importancia de brindar un trato humano y digno dentro de estos servicios, es decir, acercarse al paciente teniendo como base la calidad humana, la empatía y el abordaje integral. Los profesionales de la salud deben caracterizarse por su calidez, valores y vocación de servicio, manifestándose con un compromiso con los pacientes, quienes buscan atención estando en condición de vulnerabilidad (Avila y Yaneth, 2017). De acuerdo con González (2013) las enfermedades mentales, al ser degenerativas, pertenecerían al área de cuidados paliativos requiriendo el abordaje de un equipo interdisciplinario, el cual se encargará, dependiendo del caso, de la administración de psicofármacos como método paliativo de los síntomas, complementando con la intervención psicológica, que comprende las esferas emocionales y psíquicas, generando así, un estado de bienestar en el paciente. Este acompañamiento psicológico, debe atender no solo el impacto, en todas las áreas (emocional, laboral, familiar, etc.), ocasionado por la esquizofrenia, sino también la adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad.

La creciente demanda de esta enfermedad y la falta de acompañamiento durante el proceso de adaptación hace necesario buscar estrategias de intervención psicológica que comprendan el impacto emocional, el sufrimiento y síntomas como ansiedad, depresión, miedo a la muerte y pérdida del control de la situación (Ortega y López, 2005). Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria humana y de calidad, por lo tanto, los cuidados paliativos deben considerarse un derecho y no un privilegio y no deben ser circunscritos únicamente para los pacientes oncológicos (Bermejo (2013). Sin embargo, esto no ha sido así, los cuidados paliativos han sido direccionados principalmente a pacientes con enfermedades como cáncer, afecciones cardíacas o pulmonares, insuficiencia renal, SIDA, entre otras, dejando de lado al área de salud mental. Según Rozalén (2018) existen pocos estudios que plantean la actuación a seguir en casos de personas que sufren una enfermedad mental, considerando que todos tienen un derecho y que el accionar es completamente diferente frente a personas que no padecen este tipo de patologías. Por lo tanto, este capítulo busca presentar el estado actual sobre las estrategias de intervención psicológica y su articulación desde los cuidados paliativos, que le permitan al paciente con esquizofrenia tener un trato digno y humanizado para mejorar su calidad de vida.

1. La literatura sobre los cuidados paliativos, esquizofrenia y tratamientos

La esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que puede deteriorar la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Por lo general, inicia en los adolescentes y adultos jóvenes, impidiendo conseguir los objetivos educativos y laborales, reduciendo la calidad

de vida del paciente. Según el último reporte de carga global de la enfermedad, es la decimoséptima causa de discapacidad en todo el mundo y la decimonovena en Latinoamérica (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, 2014). El DSM V (2014), define la esquizofrenia como un trastorno con “dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico, 5. Síntomas negativos como expresión emotiva disminuida o abulia” (p. 54).

Esta enfermedad de tipo crónico puede caracterizarse por tres fases: la fase aguda, en la cual aparecen los síntomas más crónicos como los delirios y las alucinaciones; la fase de estabilización, en la cual se reduce la intensidad de dichos síntomas; y la fase estable, en la cual la persona se encuentra relativamente equilibrada, pero existe la posibilidad de que aparezcan síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio (Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental, 2009).

Esta patología ha sido asociada a una mayor vulnerabilidad de comorbilidad física y por consiguiente, a un exceso de mortalidad. La expectativa de vida de los pacientes de dicha enfermedad es de 11 o 20 años menos que la población en general (Orellana, Rodríguez; González y Duran, 2017). Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019) la esquizofrenia presenta una prevalencia de 1%, lo que sería aproximadamente 471.052 colombianos con dicha enfermedad y una incidencia entre el 0,16 a 0,42 casos por 1000 habitantes. Las ciudades con mayor afluencia son Cali y Bogotá, alcanzando un 1,5% por encima del promedio mundial.

Frente a estas cifras, se puede considerar que la esquizofrenia es una enfermedad de baja prevalencia, pero a la vez, es considerada como una condición gravemente incapacitante y con un fuerte impacto negativo en el paciente y la familia (Tejada, 2016).

Dentro de la literatura, se observa que existe una mayor probabilidad que los pacientes con esquizofrenia presenten insuficiencias cardíacas, arritmias y síncope, en comparación con la población en general (Saiz, Bobes, Vallejo, Giner y García, 2008). La mortalidad de los pacientes con esta enfermedad es del 60%, atribuida a “causas naturales”, como, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas (Buckley, 2009).

Aun cuando se ha avanzado en teorías e hipótesis para intentar dar explicación al surgimiento de la enfermedad, no existe una aceptada mundialmente. En la literatura se encuentran diversas causas frente a la aparición de ésta, desde complicaciones en el embarazo y parto, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, estrés materno, trauma craneoencefálico, retraso en las etapas del desarrollo y herencia familiar (Guía de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, 2017). Investigaciones sobre el sistema nervioso aseguran que ciertos neuropéptidos pueden actuar como neurotransmisores e interactuar con la dopamina produciendo así los síntomas psicóticos (Abeleira, 2012). Por otro lado, se ha indagado las regiones del cerebro que presentan mayor activación por la esquizofrenia y se encontró una baja actividad del lóbulo prefrontal, generando que el paciente no pueda hacer un análisis e interpretación óptima de la realidad (Abeleira, 2012). De igual forma, estudios realizados por Birur, Kraguljac, Shelton y Lathi (2017) sugieren que la esquizofrenia sería la responsable de la disminución de materia gris en el cerebro, así como de la reducción del hipocampo y el tálamo, generando como consecuencia el deterioro de la memoria episódica, el procesamiento

de la información y la toma de decisiones. Así mismo, investigaciones longitudinales con análisis de neuroimágenes, encontraron que las anomalías estructurales presentadas durante la esquizofrenia pueden ser progresivas desde el momento en que aparecen los síntomas hasta la etapa temprana del trastorno (Karlsgodt, Sun y Cannon, 2010).

Por otra parte, se encuentran las hipótesis neuroquímicas; dentro de éstas, se encuentra la hipótesis dopaminérgica, que menciona que la esquizofrenia se desarrolla cuando existe un exceso de dopamina en el organismo o una elevada sensibilidad a este neurotransmisor (Matthyse, 1974, citado por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Posteriormente, en la hipótesis glutamatérgica, Saiz, Vega y Sánchez (2010) mencionan que existe una interacción entre el glutamato y la dopamina, puesto que este neurotransmisor es capaz de influir sobre cualquier neurona. Lo cual se podría explicar cómo: “se cree que la actividad glutamatérgica excitadora normal se altera, comenzando un proceso patológico de sobreexcitación que puede acompañarse de diversos síntomas y que finalmente conlleva a la muerte neuronal” (Coyle, 2006, citado por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Por último, la hipótesis serotoninérgica señala que la sintomatología negativa de la esquizofrenia reflejaría una hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal, debido al efecto inhibitorio de la serotonina (Weinberger y Berman, 1988; Weinberger y Lipska, 1995; Davis et al, 1991, citados por Saiz, Vega y Sánchez, 2010). Estas hipótesis han permitido el desarrollo de diversos medicamentos que ayuden a los pacientes a mitigar los síntomas y a tener una mejor calidad de vida.

Frente al tratamiento de esta enfermedad, es importante tener en cuenta no solo la respuesta a tratamientos previos, sino también, comorbilidades médicas, predominio de síntomas (positivos y negativos) o condiciones especiales como la ideación suicida,

conductas violentas o síntomas catatónicos. Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. Según Sampson, Mansour, Maayan, Soares-Weiser y Adams (2013) el tratamiento farmacológico incluye medicamentos utilizados para los episodios agudos y para disminuir el riesgo de recaída. No obstante, la exposición a largo plazo de estos fármacos se ha asociado con un sin número de efectos secundarios, entre ellos la muerte.

Complementario al tratamiento farmacológico, existen diferentes métodos que contribuyen a la intervención y alivio de la sintomatología de la esquizofrenia. De acuerdo con Vallina y Lemos (2001) algunos de los abordajes psicológicos son: a) psicoeducación en el contexto familiar, (b) el entrenamiento en habilidades comunicativas, por medio de la terapia cognitivo-conductual, orientados a los síntomas de la enfermedad y sus respectivas alteraciones cognitivas, y (c) tratamientos de corte multimodal. El objetivo de éstos es mejorar la condición de vida del paciente, optimizando su funcionamiento social e interpersonal, así como aumentar su independencia y autonomía. No obstante, hay que tener en cuenta la fase en la que se encuentra el paciente para así otorgar la intervención adecuada; es decir, durante la fase aguda, se debe ofrecer información y asesoramiento para la familia y el cuidador sobre la enfermedad, etiología, curso, tratamiento y servicios, incluyendo los grupos de apoyo. Durante la fase de estabilización, se debe aplicar psicoeducación, proporcionando la información necesaria para abordar de una manera más efectiva la enfermedad, incluyendo los beneficios y efectos secundarios de la medicación; de igual forma, se debe realizar la intervención familiar. Y durante la fase estable, se debe evaluar si es preferible una intervención uní o multifamiliar y si será necesario incluir un entrenamiento en habilidades sociales. Montaña, Nieto y Mayorga (2013) hacen énfasis en la importancia de ir más allá del

control de los síntomas, enfocándose en mejorar la percepción del individuo sobre su situación, con el fin de integrarse al entorno social que satisfaga sus necesidades, teniendo en cuenta al paciente como el protagonista de su proceso terapéutico.

El objetivo de la intervención psicológica es generar el mayor bienestar posible en el paciente y facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad (Barreto y Soler, 2003). La Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2009), indica que la intervención psicológica pretende reducir la vulnerabilidad del paciente, disminuir el impacto de las situaciones, aumentar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de las recaídas y atender las situaciones emocionales que se presentan en el desarrollo de la enfermedad. Selma (2012) menciona la importancia de aplicar la “rehabilitación cognitiva” en pacientes con esquizofrenia, observando como consecuencia, disminución en la pérdida de materia gris y mejoría en las habilidades sociales. Las intervenciones se focalizan en áreas cognitivas específicas, teniendo en cuenta los principales déficits identificados en el transcurso de la enfermedad, obteniendo como respuesta reducción en las recaídas, mejora en la autoestima, en las habilidades sociales y en la calidad de vida del paciente. Vallina y Lemos (2001) hacen énfasis en un modelo presentado por Brenner y cols, que contribuyó a la explicación de la conducta esquizofrénica y que, además, sirvió de base para la creación de una terapia psicológica integrada conocida como IPT (Terapia Psicológica Integrada), la cual pretende mejorar las habilidades cognitivas y sociales de los pacientes. Dentro de esta terapia se encuentra el programa “Entrenamiento en el manejo de las emociones”, el cual pretende que el paciente logre expresar sus emociones, hasta llegar al punto de generar adecuadas estrategias de afrontamiento para las mismas (Vallina y Lemos, 2001).

Cuidados paliativos

Su origen data de 1967 con la creación del St Christopher's Hospice, fundado por Cecily Saunders, quien fue pionera en el desarrollo de los cuidados paliativos. Éstos buscaban ser un tipo especial de cuidado que brindara confort y bienestar a los enfermos y sus familias durante el proceso de terminalidad, mejorando la calidad de vida (Del Rio y Palma, 2007).

Los cuidados paliativos (CP) tienen como objetivo aliviar los síntomas, el dolor y el sufrimiento en los pacientes que padecen enfermedades crónicas o degenerativas, buscando mejorar su calidad de vida. La literatura menciona que los CP se basan en el supuesto que “cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible, de forma que todos tengan la posibilidad de vivir bien su tiempo” (Saunders, 2004, citado por Pessini y Bertachini, 2006, Pp. 234). Frente a esto, los CP fueron direccionados teniendo en cuenta la evaluación física del paciente y las necesidades especiales de la persona y su familia (Pessini y Bertachini, 2006, p. 234).

La OMS los define como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene como prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares” (World Health Organization, 2018). De igual forma, Benítez y Asensio (2002) hacen énfasis en la importancia de un trabajo interdisciplinario, teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial, el cual ayuda a detectar las necesidades que pueda presentar la persona en sus diferentes esferas (biológica, psicológica, social, familiar y espiritual). Este equipo debe estar conformado por:

medicina, trabajo social, psicología, nutrición, terapia ocupacional, asistente espiritual, familiares, voluntarios, especialistas, entre otros. Este acompañamiento debe llevarse a cabo mediante un seguimiento constante, ya a que es necesario adaptar los tratamientos e intervenciones a las características y necesidades del paciente frente a los cambios que presenta la enfermedad.

En este sentido, guías y protocolos especializados de cuidados paliativos en, España y Estados Unidos coinciden que para definir el momento en el que un paciente se diagnostica en fase terminal debe iniciar los CP; dicha fase se caracteriza por: presencia de una enfermedad progresiva e incurable, tratamiento médico que ya no es curativo, pronóstico de vida limitado, signos y síntomas intensos, múltiples y fuertes impactos emocional en el paciente y la familia (Sarmiento, 2011). Por lo tanto, los CP son una respuesta desde los derechos humanos que busca promover la humanización del paciente y afrontar su muerte de manera digna con el menor sufrimiento posible (Bermejo, 2013).

Humanización

Según el diccionario de la real academia de la lengua (2020) la palabra humanizar significa “hacer humano, familiar y afable algo o alguien”, por otra parte, en el Diccionario de uso del español de María Moliner, la palabra humanizar se define como: “Hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres” (Fundación HUMANS, 2020).

La humanización del servicio de salud va más allá de los avances en tecnología o de incrementar y mejorar las rutas de atención; si bien, esto ha contribuido al quehacer médico, lo prioritario es enfocarse

en reconocer a los pacientes como seres humanos en todo momento, recibiendo atención de profesionales con sensibilidad, perspectiva, relaciones interpersonales constructivas y respetuosas, tanto con los pacientes como con los colegas (Ávila y Yaneth, 2017). No obstante, la humanización del paciente también consiste en respetar su condición y dignidad humana, entendiendo su contexto socio cultural y diversidad poblacional; es considerar la integralidad de la persona no sólo el abordaje de una patología (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El cuidado y acompañamiento de los pacientes durante la enfermedad, debe ir más allá de realizar pruebas, procedimientos y ejercicios, debe practicarse un trato humano e integral que le permita al individuo expresar emociones, sentimientos y preocupaciones, encontrando en el profesional de salud, un apoyo para superar la crisis y el sufrimiento (Trapero, 2017). Por su parte, en la declaración de principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención en salud mental, instituida por la ONU (1991), se destaca que todas las personas que padezcan alguna enfermedad mental y que estén recibiendo tratamiento, serán atendidas con humanidad y respeto a su dignidad. De igual forma, se hace énfasis en que no debe existir discriminación por la enfermedad mental que se padezca, ni exclusión o preferencias que impidan o retrasen el derecho a la atención igualitaria.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que los profesionales de salud enfocados en la atención a pacientes con enfermedades mentales deben contar con la concientización y sensibilidad necesaria para el abordaje de dichos trastornos, teniendo en cuenta la ética y los valores incluidos en los códigos de bioética para el ejercicio de la profesión.

La intervención psicológica se centra en disminuir el impacto emocional que presenta el paciente como consecuencia del diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad, además de intervenir en los síntomas psicopatológicos que suelen aparecer como la ansiedad, el miedo y la depresión. De igual forma, también tendría como objetivo reducir los problemas psicosociales que esta situación provoca en el área laboral, personal, familiar, así como ayudar a la familia en el duelo anticipado (Toledo, 2001, citado por Ortega y López, 2005).

La intervención que más se utiliza con los pacientes de cuidados paliativos es la terapia cognitivo conductual; esta herramienta se implementa para la reestructuración de los pensamientos, ayudando al paciente a obtener nuevas estrategias para el manejo de sus emociones, reestructurar los pensamientos distorsionados y las creencias inadecuadas (Auza y Caballero, 2016). Por otro lado, la psicoeducación es utilizada en pacientes que presentan dificultades en la adherencia al tratamiento, ya que ayuda a entender los diagnósticos y la información médica. Esta técnica da la oportunidad de realizar intervenciones que se direccionen a la reducción de la ansiedad y la depresión, también se exponen las reacciones emocionales del paciente, de la familia y del personal sanitario (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013). Por lo tanto, “La psicología desempeña un papel fundamental en el acompañamiento de pacientes en condiciones de salud física grave, irreversible y que desencadenan en la muerte” (Guerrero, 2014, citado por Auza y Caballero, 2016).

No obstante se evidencia una escasa investigación frente a los cuidados paliativos en el área de salud mental, son pocas las intervenciones que se encuentran y es mayor el desarrollo que se le ha dado en oncología. Teniendo en cuenta los síntomas, el deterioro cognitivo que se presenta durante el desarrollo de la esquizofrenia y la comorbilidad

que existe con otras patologías, se requiere generar nuevas estrategias desde el área de la psicología a la par con los cuidados paliativos para brindar un acompañamiento integral que contribuya a que el paciente mejore su calidad de vida y se adapte al proceso de final de la vida.

De acuerdo con la literatura revisada, la información referente al abordaje de la esquizofrenia dentro del área de los cuidados paliativos es escasa, se conoce poco sobre la atención al final de la vida de los pacientes con enfermedades mentales graves, los cuales son considerados población de alto riesgo (Foti, 2005). No obstante, se realizó una investigación con 150 pacientes de 18 años en adelante pertenecientes al departamento de Salud Mental de Massachusets, en la cual se encontró que las principales necesidades y problemas de los pacientes al final de la vida son: carga financiera y emocional, dolor, sufrimiento, miedo de dejar la familia y amigos, organización del funeral y preocupaciones espirituales (Foti, 2005); sin embargo, Fernández, Paz, Nieves y Cruz (2013) refieren que dichas intervenciones deben evitar movilizar situaciones problemáticas que el paciente no quiera mencionar y que le generen mayor malestar emocional.

Según la clasificación del DSM V, dentro de los grupos que dan lugar a un diagnóstico valorado como enfermedad mental grave se encuentra la esquizofrenia, la cual, para Schultz, North y Shields (2007), es una patología devastadora que, a raíz de sus múltiples síntomas dificulta las actividades del diario vivir, disminuyendo así su calidad de vida. En este sentido, Woods et al (2008) destacan que cualquier enfermedad genera vulnerabilidad en los pacientes puesto que se encuentran limitados y dependientes de otras personas. Sin embargo, esta vulnerabilidad aumenta considerablemente en aquellos que padecen enfermedades mentales graves, como es el caso de la esquizofrenia, pues el deterioro no es solamente físico, sino

cognitivo, del estado del ánimo y en la toma de decisiones. Por tal motivo, las personas con estos padecimientos tendrían necesidades similares a los pacientes con enfermedades físicas como, por ejemplo, control del dolor, de los síntomas, redes de apoyo y una mejor calidad de vida. Por consiguiente, si alguna persona sufre de una enfermedad física o mental, no debe ser abordada solamente desde la mirada médica, sino desde la intervención que se propone desde el modelo biopsicosocial (Fabres, 2011).

Frente a esto, se puede decir que la esquizofrenia no solo genera deterioro por sí sola, sino que también tiene altas tasas de comorbilidad clínica, y requiere de una asistencia integral que permita mejorar las condiciones médicas, psiquiátricas y psicológicas del paciente (Buckley, 2009). Las personas con enfermedades mentales crónicas presentan tasas de mortalidad más altas que las de la población en general, de acuerdo con el estudio desarrollado por Woods et al (2008) donde enfatizan que los pacientes con enfermedades mentales severas tienen, en comparación a la población en general, el doble de riesgo de morir por “causas naturales” a cualquier edad, así como sufrir lesiones inexplicables o suicidio.

Los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor han presentado una elevada prevalencia de otras comorbilidades médicas comparados con el resto de la población (Parks, Svendsen, Singer y Foti, 2006). De hecho, Buckley (2009) asegura que la administración de antipsicóticos incrementa la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares en estos pacientes. Las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica, consideran que la salud física de los pacientes con esquizofrenia es un tema de vital importancia debido a los factores genéticos, el estilo de vida y el tratamiento con antipsicóticos (Saiz et al., 2008).

La población con trastornos mentales severos, incluida la esquizofrenia, sufren al enfrentarse con la exclusión, la discriminación y el rechazo social, con un fuerte detrimento en sus relaciones interpersonales, generando más impacto emocional que los mismos síntomas. Incluso este fenómeno puede observarse en el personal médico, cuando se reduce la prestación del servicio exclusivamente a la farmacología (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017). Teniendo en cuenta el sufrimiento que supone la enfermedad mental, no solo por las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del paciente, sino también por los efectos secundarios del medicamento, es necesario evaluar qué tipo de intervenciones resultarían más eficaces. Frente a esto, el interés no debe ser exclusivo por mantener controlados los síntomas sino un cuidado holístico de la persona. Petkari (2010) menciona que éste sería el factor principal para encontrar intervenciones adecuadas para proveerle al individuo una mejora en su calidad de vida. Hay que entenderlo así, como el resultado de una interacción entre el paciente, su enfermedad, la terapia, el impacto psicológico y las consecuencias sociales.

Por lo tanto, será necesario dar respuesta a las diferentes necesidades del paciente, por medio de una estrategia multidisciplinar; dicho de otro modo, un abordaje desde cuidados paliativos; donde cada profesional de la salud pueda aportar, asesorar y acompañar en el proceso terapéutico y en el fin de la vida. Sin embargo, debido a la dificultad y alta complejidad que traen consigo las situaciones que generan malestar emocional durante este proceso, es necesario el acompañamiento psicológico para aportar y establecer intervenciones adecuadas según las necesidades del individuo (Fernández, Ortega, Pérez, García y Cruz, 2014). En este sentido, el tratamiento psicológico debe ir direccionado en mejorar la calidad de vida del paciente para que pueda reincorporarse con éxito al entorno social que satisfaga sus necesidades (Vallina y Lemos, 2001; Montaña, Nieto y

Mayorga, 2013). En el caso de la terapia cognitivo conductual, tiene como objetivo identificar los pensamientos y creencias, así como los factores de mantenimiento por medio del registro de pensamientos, que faciliten el reconocimiento de los sesgos predominantes (Vallina y Lemos, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, visto desde los cuidados paliativos el tratamiento psicológico brindaría la posibilidad al sujeto de vivir de manera óptima, no obstante, adaptándose a los cambios que suscita su patología (Pessini y Bertachini, 2006). Por su parte, González (2013) afirma que las personas con enfermedades mentales severas, como la esquizofrenia, deben tratarse y tener el mismo acceso a una atención médica como cualquier otro paciente, incluyendo el abordaje de los cuidados paliativos. Sedó (2015) menciona que los individuos que no se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y que tienen una esperanza de vida menor que la población en general, tienen derecho a un trato digno antes de su muerte.

Cabe destacar que la psicología ha tenido un rol importante frente a la intervención terapéutica de los pacientes con esquizofrenia, pero incipiente desde los cuidados paliativos en esta población. Por lo tanto, es fundamental tener en cuenta que Colombia sancionó la Ley 1733 de 2014, conocida también como Ley “Consuelo Devis Saavedra”, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual tiene como objetivo garantizar la atención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familias. En ella, no solo se hace énfasis en “el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, a la atención en cuidados paliativos”, sino que también, se definen las categorías mencionadas anteriormente. Frente a esto y sabiendo que una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible se considera

como “aquella que es de larga duración, que ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, que demuestra un carácter progresivo e irreversible” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), y que la esquizofrenia es definida por la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia (2014), como un trastorno mental progresivo, degenerativo y altamente incapacitante, se consideraría vital incluir a las personas con enfermedades mentales severas como la esquizofrenia al acceso de los cuidados paliativos. Frente a esto, se propone una estrategia que es poco utilizada en este campo pero que según Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012), podría ser efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia, disminuyendo algunos de los síntomas que más predominan en dicha enfermedad y que puede resultar efectiva para combinarse con el abordaje interdisciplinario aportado por los cuidados paliativos: la arteterapia.

El arte como terapia, surge en los años 30, con los trabajos e investigaciones realizados por Margaret Naumburg. Su objetivo consiste en orientar y guiar, dentro de un proceso artístico, a aquellas personas que atraviesan por crisis o conflictos emocionales, pero, sobre todo, a aquellos pacientes que presenten dificultad en la verbalización, facilitando la expresión y la habilidad de comunicarse con los demás (Collete, 2013).

La Asociación Profesional Española de Arte-terapeutas (2019) define la arteterapia como una profesión que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la comunicación y la resolución de conflictos emocionales o psicológicos, ya que favorece la reflexión, la estimulación sensorial y promueve la capacidad de atención, es decir, podría facilitar la expresión del pensamiento, a pesar del deterioro cognitivo (Kaplan, 2000, citado por Ruiz, 2014). Dicho de otro modo, el paciente podrá sentirse libre para estimular su

necesidad de comunicarse sin sentir culpabilidad o miedo a ser juzgado (Vassiliadou, 2001).

Frente a la esquizofrenia, Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012), mencionan que las investigaciones realizadas aseguran que el arte facilita que algunos de los síntomas se estabilicen y que, al mismo tiempo, logra conectarlos con el ambiente y la realidad. Dichos autores mencionan que en estudios previos (Garaigordobil y Pérez, 2002; Rodríguez, 2005 y Ballesta, Vizcaíno y Díaz, 2007) se ha considerado que el arte facilita la reconexión con el mundo, ampliando las capacidades y funciones cognitivas del paciente, mejorando la atención y concentración permitiendo reestructurar la realidad y descubriendo un método diferente de desarrollar las habilidades sociales. Diversos autores (Ruíz, Aceituno y Rada, 2017; Mas- Expósito, Amador, Gómez y Lalacut, 2013), sugieren incluir la arteterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, en especial, en aquellos con marcados síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, alogia), por lo general, durante la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, algunas investigaciones realizadas por Ruíz, Aceituno y Rada (2017) refieren una baja efectividad de la arteterapia en relación con la esquizofrenia; por el contrario, Ceballo, De Vasconcelos y Ferreira (2012) mediante una muestra de 16 pacientes internados en el Sanatorio Mental La Paz en Venezuela, concluyeron que características clínicas como el retraimiento social y emocional, la poca fluidez en la conversación y la ansiedad comenzaban a disminuir después de la quinta sesión y al finalizar la séptima sesión aumentó el contacto visual de los participantes, así como también se observó un aumento en las expresiones faciales.

Se puede considerar que la arteterapia, en combinación con la terapia cognitiva-conductual, podría aportar significativamente a la

disminución de los síntomas de la esquizofrenia, sobre todo en aquellos relacionados con las habilidades sociales y los procesos cognitivos, mejorando así la calidad de vida del paciente y cumpliendo con uno de los objetivos de los cuidados paliativos.

A partir de la presente revisión y de los aportes de la arteterapia al tratamiento de la esquizofrenia, se propone el abordaje de estos pacientes desde el enfoque de los cuidados paliativos, con el objetivo de facilitar la expresión de sus emociones, abordar el duelo anticipado, mejorar sus habilidades sociales y disminuir el malestar emocional.

2. Conclusiones

La humanización del paciente comienza desde que lo reconocemos como un ser único e individual, aproximándose desde la empatía y la comprensión, reconociendo su estado físico y mental, así como su entorno familiar y social, sin realizar distinciones de ningún tipo; así, los cuidados paliativos buscan abordar de manera holística al paciente, mediante un tratamiento integral para aliviar el dolor y el sufrimiento, así como también, poniendo un énfasis especial en los aspectos emocionales, sociales, físicos y espirituales del paciente. La humanización en la atención de los pacientes con esquizofrenia empieza cuando se trabaja en pro de brindarle una mejor calidad de vida en medio de la enfermedad.

No obstante, a pesar de que las estadísticas registran una alta población de pacientes con esquizofrenia, especialmente en Bogotá y Cali, aún existe una elevada estigmatización frente a los trastornos mentales. Es importante tener en cuenta el dolor emocional en pacientes y familiares a raíz de la enfermedad; es por esto, que existe una necesidad de proponer estrategias de intervención desde la psicología que

permitan sensibilizar a la comunidad y a los profesionales de la salud sobre el abordaje humanizado de los pacientes con esquizofrenia en cuidados paliativos.

Sin embargo, los cuidados paliativos han sido direccionados principalmente a enfermedades oncológicas, por lo cual es importante que desde la psicología se realicen más estudios que promuevan diversas alternativas terapéuticas a los pacientes con esquizofrenia desde este campo, donde se puedan desarrollar intervenciones desde la terapia cognitivo-conductual y el arte terapia, brindando un acompañamiento humanizado, no solo con el paciente sino también con su familia, con profesionales que escuchen y contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*

Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. *Revista Cuadernos del Tomas*, Vol. 4, Universidad de Salamanca. España. 157-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>

Asociación profesional española de arteterapeutas (2019). *Definición de Arteterapia*. <http://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>

Auza, J., y Caballero, H. (2016). *Psicología y Muerte Digna: aportes para la Construcción de Políticas Públicas*. Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/han->

dle/10554/21355/AuzaRuizJuana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Avila, E., y Yaneth, D. (2017). *Humanización Del Servicio De Salud Mental En Un Establecimiento De Sanidad Militar*. Universidad Santo Tomás. Colombia. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3975/Avilaedwin2017.pdf?sequence=1>

Aznar, J., Martínez, P., Castillo, M., Martín., J., Martínez, T., Martínez, M., Moreno, J., Pujalte, M., Salmerón, J., San Llorente, C., Sánchez, R., Serrano, F., Del Toro, M., y Viñas, R. (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento e Inicio de la Rehabilitación Psicosocial de los Adultos con Esquizofrenia No. 29*. Ministerio de Salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Ballesta, A, Vizcaíno, O., y Díaz, J. (2007) Arte y capacidades diversas. *Revista de Síndrome de Down*, Vol. 24, 46-5

Barreto, M., y Soler, M (2003) Psicología y Fin de Vida. *Revista Psicotecnológica*, 1, 135- 146. Universidad de Valencia. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0303110135A/16428>

Benítez del Rosario, M. y Asencio, A. (2002). Fundamentos y Objetivos de los Cuidados Paliativos. *Revista Aten Primaria*, Vol. 29 (1), 50 – 52. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13025587&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=4&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v29n01a13025587pdf001.pdf

Bermejo, J. (2013). Cuidados Paliativos y Humanización. *Revista Medicina Paliativa*, Vol. 20, Pág. 1-2. Recuperado de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134248X13000037>

Birur, B., Kraguljac, N., Shelton, R. y Lahti, A. (2017). Brain structure, function, and neurochemistry in schizophrenia and bipolar disorder—a systematic review of the magnetic resonance neuroimaging literatura. *NPJ Schizophr*, Vol. 3:15. Published 2017 Apr 3. doi:10.1038/s41537-017-0013-9. <https://www.nature.com/articles/s41537-017-0013-9>

B

uckley, P. (2009). Visión Clínica en Esquizofrenia: consideraciones sobre la Comorbilidad Médica en Esquizofrenia. *Revista de Toxicomanías*, Vol. 56, 3 – 9. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret56_1.pdf

Collete, N (2013). *Arteterapia en el final de la vida*. Programa de doctorado en Psicología de la Salud. Universidad de Valencia. España. <https://core.ac.uk/download/pdf/71013068.pdf>

Congreso de la República de Colombia (8 de septiembre de 2014) Ley 1733 de 2014. DO: 49.268. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf>

Ceballo, Y., De Vasconcelos, J., y Ferreira, A. (2012). Efectos de un Programa de Arte Terapia sobre la Sintomatología Clínica de Pacientes con Esquizofrenia. *Revista Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 207 – 222. <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view-File/40771/39079>

- Del Rio, M., y Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Revista Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile*, Vol. 32 (1), 16 – 22. http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_Cuidados_Paliativos.pdf
- Fabres, G. (2011). *Arte terapia y Esquizofrenia*. Universidad de Chile. Facultad de Artes. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-fabres_g/pdfAmont/ar-fabres_g.pdf
- Fernández, M., Paz, M., Nieves, M., y Cruz, F. (2013). Experiencias y Obstáculos de los Psicólogos en el Acompañamiento de los Procesos de Fin de Vida, *Revista Anales de Psicología*, Vol. 29 (1), 1 – 8, Universidad de Granada, España. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16725574001.pdf>
- Foti, M., Bartels, S., Van Citters, A., Merriman, M., y Fletcher, K. (2005). End of Life Treatment Preferences of Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 56 (5), 91 – 585. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.56.5.585>
- Fundación HUMANS. (2020). Humanización en Salud Mental. Sociedad Española de Psiquiatría. ISBN 978-84-17372-95-8. <http://www.fundacionhumans.com/humanizacion-en-salud-mental/>
- Garaigordobil, M. y Pérez, J. (2002) Efectos de la participación en el Programa de arte Ikertze sobre la creatividad verbal y gráfica. *Revista Anales de Psicología*, 18,1, 95- 110.

González, P. (2013). *Los Cuidados Paliativos en la Enfermedad Mental*. Instituto de Investigación en Envejecimiento. Universidad de Murcia. <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/los-cuidados-paliativos-en-la-enfermedad-mental.pdf-ultimo.pdf>

Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009). Servicio Murciano de salud. Subdirección de salud mental. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Guía práctica clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Esquizofrenia (2017). Ministerio de Salud Pública. 1a ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización. <http://salud.gob.ec>

Guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia (2014). Guía No 29. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Karlsogdt, K., Sun, D. y Cannon, T. (2010). Structural and Functional Brain Abnormalities in Schizophrenia. *Revista Curr Dir Psychology*, 19 (4), 226 – 231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235761/>

Llavina, N. (2014). La Peligrosa Estigmatización de las Enfermedades Mentales. *Diario El Español*. (10 de abril de 2019). <https://omicro.no.lespanol.com/2014/09/la-peligrosa-estigmatizacion-de-las-enfermedades-mentales/>

- Loubat O., M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, Vol. 12 (39), 15-25
- Mas-expósito, L., Amador, J., Gómez, J. y Lalucat, L. (2013). Review of psychotherapeutic interventions for people with schizophrenia. *The UB Journal of psychology*, Vol. 43, (1), 101-106. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/264850/352537>
- Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2014). *Ley 1733 de 2014*. (30 de abril de 2019). <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf>
- Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2014). *Anexo técnico: Calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2019). En Colombia la Prevalencia de la Esquizofrenia representa el 1% de la población (30 de abril de 2019). <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y Tratamientos Psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica, Clínica teórica y práctica*, Vol. 4 (1), 86 – 107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>

- Organización de Naciones Unidas. (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Resolución 46/119. <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/#:~:text=1991%3A%20Resoluci%C3%B3n%2046%2F119%2C,de%20derechos%20en%20Salud%20Mental.>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: Un estado de Bienestar* (14 de abril de 2019). Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental* (12 de abril de 2019). http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019) *Esquizofrenia* (12 de abril de 2019). <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Orellana, G., Rodríguez, M., Gonzales, N., y Duran, E. (2017). Esquizofrenia y su Asociación con Enfermedades Médicas Crónicas. *Revista médica Chile, Vol. 145 (8)*, 1047-1053. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801047
- Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos: revisión y perspectivas, *Revista Clínica y Salud, Vol. 16 (2)*, 143 – 160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180616104002.pdf>
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P. y Foti, M (2006). Morbidity and Mortality in people with serious Mental Illness. National As-

sociation of State Mental Health Program Directors. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>

Petkari, E. (2010). *Determinantes Longitudinales de Calidad de Vida en Esquizofrenia*. Universidad de Granada. Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. <https://hera.ugr.es/tesisugr/18917276.pdf>

Pessini, L. y Bertachini, L. (2006). Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos. *Revista Acta Bioethica*, Vol. 12, (2), 231 - 242. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>

Rodríguez, N. (2005) *Arteterapia. Talleres de Psicoestimulación a través de las artes*. Fundación Uszheimer

Rozalén, L. (2018). Como Sociedad nos hace falta humanizar el arte del buen morir. *Revista San Juan de Dios*, Vol. 597, 16 – 17. https://issuu.com/plataformadigital/docs/revista_sj-d_n__597__septiembreoctu?fbclid=IwAR0lgymfSS1vAdm-cYuBN0w724bYo_ZsEYgsd1ua5MrG3rRMpAX4QjY8ziI

Ruiz, A (2014). *Conexión entre Arteterapia y Esquizofrenia. Un estudio de caso*. Facultad de Artes. Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117650/ruiz-andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz, M., Aceituno, D. y Rada, G (2017). Arteterapia, ¿Es efectiva en la esquizofrenia? *Revista electrónica Medwave*. Vol. 17. Santiago de Chile. <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/ResEpis/6845.act?ver=sindisenio>

- Saiz, J., Bobes, J., Vallejo, J., Giner, J. y García, M. (2008). Consenso sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Universidad de Alcalá de Henares, Oviedo, Central Barcelona, y Sevilla. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 36 (5). 251-264. https://www.1decada4.es/pluginfile.php/716/mod_label/intro/Consenso_salud_fisica.pdf
- Saiz, R., Vega, D. y Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Revista Clínica y Salud*, Vol. 21, (3), 235-254. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360004.pdf>
- Sampson, S., Mansour, M., Maayan, N., Soares-Weiser, K. y Adams, C. (2013). Intermittent Drug Techniques for Schizophrenia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 7. Art N° CD006196. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006196.pub2/epdf/full>
- Sarmiento, M. (2011). El Cuidado Paliativo: un Recurso para la Atención del Paciente con Enfermedad Terminal. *Revista Salud Bosque*, Vol. 1 (2), 23-37. https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_saludbosque_vol1_num2
- Sedó, A (2015). *Cuidados paliativos en pacientes con trastorno mental severo*. Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat. Sant Cugat del Vallés. <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/256/Cuidados%20Paliativos%20en%20Pacientes%20con%20Trastorno%20Mental%20Severo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Selma, H. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 2 (1), 80-129.

<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/download/33/50>

Schultz, S., North, S. y Shields, C. (2007) Schizophrenia: A Review. University of Rochester School Of Medicine And Dentistry. *American Family Physician*. Vol 75, N° 12. https://www.researchgate.net/publication/6217444_Schizophrenia_A_review

Tejada, P. (2016). Situación actual de los Trastornos Mentales en Colombia y el Mundo: Prevalencia, Consecuencias y Necesidades de Intervención. *Revista Salud Bosque*, Vol. 6 (2), 29 - 40. https://www.researchgate.net/profile/Paola_Tejada/publication/319843576_CURRENT_SITUATION_OF_MENTAL_DISORDERS_IN_COLOMBIA_AND_THE_WORLD_PREVALENCE_CONSEQUENCES_AND_INTERVENTION_NEEDS/links/59bdaf1c458515e9cfd52b8/CURRENT-SITUATION-OF-MENTAL-DISORDERS-IN-COLOMBIA-AND-THE-WORLD-PREVALENCE-CONSEQUENCES-AND-INTERVENTION-NEEDS.pdf

Trapero, S. (2017) *La Humanización en la Atención del Paciente Agitado con Esquizofrenia*. Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11766/Trapero%20Pons%20Sara.pdf?sequence=4>

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Esquizofrenia. *Revista Digital Psicothema*, Vol. 13 (3), 345 – 364. <http://www.psicothema.com/pdf/459.pdf>

Vassiliadou, M (2001). *La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: Arte terapia y Esquizofrenia*.

Departamento de didáctica de la expresión plástica. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/4856/1/T25317.pdf>

Woods, A., Willison, K., Kington, C. y Gavin, A. (2008). Palliative Care for People with Severe Persistent Mental Illness: a review of the literature. *The Canadian journal of psychiatry*, Vol. 53 (11), 36 – 725. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19087466>

World Health Organization (2018). Definición de cuidados paliativos. (25 de abril de 2019). <http://www.who.int>