

MÁSTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Almería



LA EMPATÍA Y LA ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA

EMPATHY AND SCHIZOPHRENIA IN ADULTHOOD

Autor/a: Sofía Asghar Jiménez

Director/a del TFM: Isabel María Mercader Rubio

Convocatoria Mayo 2021

RESUMEN

La empatía se refiere a la habilidad, cognitiva y emocional, que permite a un sujeto ponerse en la situación de otra persona, con el fin de conocer cómo piensa o cómo se siente, entender las intenciones de los demás, adelantarnos a sus reacciones, e incluso ayudarles en un momento determinado. Parece indiscutible que las personas diagnosticadas de esquizofrenia carezcan de empatía, esto se debe a la creencia de que son incapaces de socializar, a causa de su característico pobre funcionamiento social. De modo, que la esquizofrenia, como el resto de enfermedades mentales, están sujetas a un fuerte estigma que no permite a quienes la sufren vivir una inclusión real en la sociedad. Así, la presente revisión bibliográfica ha pretendido estudiar la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta, a la par que ha comprobado si es cierto que los esquizofrénicos carecen de empatía. Para ello, se ha realizado el análisis de tres bases de datos: Dialnet Plus, Scopus y Pubmed, estableciendo diferentes criterios de inclusión y exclusión. El resultado ha sido seis artículos, los cuales han sido discutidos, para posteriormente presentar los puntos en común y desacuerdos de los autores, llegando a la conclusión de que la empatía y la esquizofrenia se encuentran relacionadas, de modo que según nuestro estudio, los esquizofrénicos presentan déficits en esta habilidad. Así, las conclusiones determinan que es necesaria la creación de programas de entrenamiento de habilidades sociales como la empatía, los cuales favorezcan la interacción social de los individuos, y con ello, mejoren su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Empatía, habilidades sociales, esquizofrenia, trastorno mental grave, adultos.

ABSTRACT

Empathy refers to the ability, cognitive and emotional, that allows a subject to put themselves in someone else's place, in order to know how they think or feel, to understand the intentions of others, to anticipate their reactions, and even to help them at any given time. It seems indisputable that people diagnosed with schizophrenia lack empathy, due to the belief that they are unable to socialize, because of their characteristically poor social functioning. Therefore, schizophrenia, like other mental illnesses, is subject to a strong stigma which does not allow those suffering from it to experience a real inclusion in society. Thus, the present bibliography review aimed to study empathy and schizophrenia in adulthood, as well as to check if it is true that schizophrenics lack empathy. For that purpose, three databases were analysed: Dialnet Plus, Scopus and Pubmed, establishing different inclusion and exclusion criteria. The result has been six articles, which have been discussed, determining the common points and disagreements of the authors, to subsequently reach the conclusion that that empathy and schizophrenia are related, according to our study, schizophrenics show deficits in this skill. Hence, the conclusions determine that the creation of social skills training programs such as empathy is necessary, which favour the social interaction of individuals, and therefore improve their quality of life

KEY WORDS

Empathy, social skills, schizophrenia, severe mental disorder, adulthood.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I: LA EMPATÍA	3
▪ APROXIMACIÓN CONCEPTUAL	3
▪ ERRORES EN LA EMPATÍA	5
▪ APORTES TEÓRICOS.....	7
▪ EMPATÍA Y EDUCACIÓN	8
CAPÍTULO II: LA ESQUIZOFRENIA	10
▪ CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	10
▪ VARIABLES IMPLICADAS	13
▪ RECUPERACIÓN.....	16
CAPÍTULO III: LA EMPATÍA Y LA ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA.....	20
▪ BASES.....	20
▪ ESTUDIOS RELACIONADOS.....	22
MARCO EMPÍRICO	25
OBJETIVOS.....	25
ANÁLISIS DE DATOS	25
▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
▪ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
REVISIÓN DE LAS DIFERENTES BASES DE DATOS.....	26
DIAGRAMA DE FLUJO	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta una revisión bibliográfica sobre la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta. En primer lugar, encontraremos el marco teórico, fundamentado en tres capítulos: El capítulo I corresponde a la empatía, definiendo el concepto desde el punto de vista de diversos autores, para después tratar alguno de los errores que pueden surgir entorno a este constructo, así como los aportes teóricos que lo han sustentado, y la relación entre este concepto y la educación. El capítulo II trata sobre la esquizofrenia, definiendo dicho trastorno mental grave, comprendiendo las variables implicadas en dicha enfermedad y aportando cómo es la recuperación y tratamiento de esta población. Y por último, el capítulo III relaciona ambas variables, la empatía y la esquizofrenia, estableciendo unas bases para que comprendamos de donde emerge el nacimiento de esta relación, es decir, en la falta de habilidades sociales de los esquizofrénicos, junto con un apartado dedicado a estudios relacionados con esta temática. Y en segundo y último lugar, pasamos al marco empírico, en el que primero se plantea y diseña esta revisión según el objetivo general y objetivos específicos propuestos; se presenta cómo se analizarán los datos, es decir, los criterios de inclusión y exclusión utilizados, así como la manera en la que se ha llevado a cabo la revisión de las diferentes bases de datos, además de ofrecer un diagrama de flujo que lo ilustra. Asimismo, por último, se expone una discusión en función de los artículos seleccionados en el procedimiento, y una conclusión sobre la temática, las limitaciones del trabajo y la prospectiva.

El objetivo principal de esta revisión es estudiar la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta, como veremos a continuación, la falta de empatía, como las carencias en las habilidades sociales en general de los pacientes de este trastorno mental, se traducen en una calidad de vida deficiente Martín et al., (2017). Así, pretendemos confirmar la existencia de un déficit en esta capacidad en comparación con la población sana Alcalá et al., (2013), así como una perspectiva de cómo abordar la problemática y comenzar a reducir la estigmatización social que sufren los diagnosticados.

JUSTIFICACIÓN

No solo los esquizofrénicos, sino todos los enfermos referidos a trastornos mentales graves, tienen que lidiar con la estigmatización que esto supone, lo cual repercute en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes. Cualquier estigmatización dificulta la calidad de vida de los sujetos, incluso frena la detección precoz y la adhesión al tratamiento que éstos podrían tener, además de vulnerarlos a recaer, intensificar sus síntomas psicóticos, perjudicar la construcción de su identidad, autoestima y autonomía, generar prejuicios sociales, y por ende, interferir en el proceso de reinserción social de los individuos. Así, podemos mencionar la estigmatización de las personas diagnosticadas con esquizofrenia es una problemática actual, la cual repercute no solo en el que sufre el trastorno sino también en su familia temerosa de exclusión social. De modo que la estigmatización es un fenómeno que debe considerarse una problemática para la sociedad general (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Las dificultades en las habilidades sociales en personas con esquizofrenia dan lugar a que se caractericen por un déficit o falta de competencia social, lo cual resulta en una disminución en su calidad de vida (Casas et al., 2014). Para Lima et al., (2019) carecer de empatía significa pobre funcionamiento social, y como veremos a continuación, y siendo el fin de este trabajo, observaremos si la falta de empatía es un síntoma característico de la enfermedad y un factor discriminante para los esquizofrénicos o no.

No obstante, es necesario derribar las barreras que impiden que los esquizofrénicos estén incluidos socialmente, independientemente de los rasgos propios de su trastorno que no se lo permite, nos referimos a la exclusión consciente que hace la sociedad de los enfermos mentales. Asimismo, los medios de comunicación, como la principal fuente de información sobre salud mental para la población, al ser determinante en la estigmatización, debe visibilizar esta problemática en lugar de mostrar historias negativas sobre los pacientes con esquizofrenia, las cuales denigran a esta población y contribuyen a reforzar el estigma alrededor del término (Pérez-Álvarez et al., 2015).

Según Sartorius (2010) la discriminación de la enfermedad mental incluso representa obstáculos a la hora de desarrollar programas de salud mental, pueden reducirse o evitarse, de manera que es imprescindible continuar con este trabajo de campo en busca de sumar importancia a los programas de salud mental, así como a la psiquiatría como disciplina.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA EMPATÍA

▪ APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La empatía es una habilidad esencial a nivel humano, la cual permite a cada sujeto entender, ser sensible y sentir al otro, (Bedolla, 2015). Este autor la defiende como una postura que pretende conectar con los demás, radicando en la persona que empatiza. Así, es una de las habilidades que al buscar entender las situaciones de las personas de nuestro alrededor, se convierte en uno de los ámbitos más importantes para la salud (Bellosta et al., 2019). Pero no sólo en este ámbito, según Muñoz-Zapata y Chaves (2013) el debate sobre la empatía recorre desde los ámbitos clínicos, hasta los académicos, investigativos, literarios, filosóficos, pedagógicos, sociales, e incluso políticos.

“La empatía es sintonizar de una forma espontánea y natural con los pensamientos de otra persona, sean los que sean”, Nolasco (2012, p. 36). Para este autor, el proceso empático está intervenido por tres momentos: Percibir la situación ajena, interiorizarla y percibirla como propia; cuando de manera simultánea se dan éstos, con el concepto fundamental de no conocer al otro, sino comprenderlo, el objetivo de empatizar se ha alcanzado (Nolasco, 2012). López, Arán y Richaud (2014) utilizan una famosa metáfora para que entendamos la idea de comprender o sentir lo que el otro está sintiendo en determinada situación, “ponerse en los zapatos del otro”.

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible sobre la memoria y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir alegría, tristeza, miedo, rabia o ansiedad (Muñoz-Zapata y Chaves, 2013, p.125).

La empatía es entendida como una habilidad en la que se integran aspectos cognitivos y emocionales con el fin de crear un acercamiento entre las experiencias y nuestro alrededor. Si hablamos de empatía cognitiva nos referimos a la pericia de inferir el estado de un sujeto cognitiva y emocionalmente, adoptando una perspectiva (Bellosta et al., 2019). Para Muñoz-Zapata y Chaves (2013) la empatía cognitiva se refiere a la distinción entre intelecto e instinto, de modo que el primero se relaciona con la capacidad de disposición para la acción, de reconocer las emociones de los demás, interpretando y

comprendiéndolas, buscando sentido a una vivencia ajena (entender la causa y buscar soluciones para el problema).

Por otro lado, la empatía emocional significa sintonizar con un estado desde un punto de vista afectivo, lo cual se genera a través del acercamiento que mencionábamos, separando las emociones ajenas y las de uno mismo, sumergiéndose en la situación sin razón aparente (Bellosta et al., 2019). Mientras, Muñoz-Zapata y Chaves (2013) se refieren a empatía emocional como una reacción involuntaria a las experiencias ajenas, convirtiéndose en una habilidad emocional individual, en la que el sujeto se preocupa por el malestar de otros, a raíz del cariño que siente por ellos, son emociones dirigidas a los demás, derivando en actitudes de ayuda cuando se observan vivencias negativas en nuestro círculo.

Muñoz-Zapata y Chaves (2013) también se refieren a la empatía como habilidad comunicativa, como en todo proceso de comunicación, en ella se ponen en juego emisor y receptor, produciéndose una escucha activa por parte del último, mientras el primero debe hacerse comprender, incluyendo libertad y claridad de expresión, continuidad, respeto y consideración. Guimón (2010) denomina empatía como un diálogo intersubjetivo en las interrelaciones humanas.

Desde el ámbito sanitario, la empatía es el acto en la que se explora y acompaña en vivencias, experiencias o situaciones, intentando aliviar el sufrimiento ajeno. Así, esta perspectiva incluye factores interpersonales que pretenden aportar un espacio de seguridad para la evolución de los pacientes. Dichos aspectos se resumirían según Bellosta et al., (2019) en: la aceptación incondicional, la actitud amable y la autenticidad del vínculo establecido. De esta forma, empatía se acerca al concepto que tenemos de compasión, una actitud de amabilidad y sentimientos saludables hacia los demás, buscando aliviar el sufrimiento ajeno. Empatizar no solo significa entender las situaciones ajenas, sino también ajustar la sensibilidad propia a las necesidades y vivencias del otro, buscando su bienestar. (Bellosta et al., 2019).

Adoptar otra perspectiva nos permite inhibir nuestra visión egocéntrica, formada a partir de experiencias propias, evaluando las situaciones desde el enfrentamiento que hacen los demás de ellas. Así, la empatía supone un elevado esfuerzo cognitivo y atencional, significa valorar nuestro estado emocional. Una vez que se comprende lo que está viviendo otra persona, volvemos a nuestra visión egocéntrica para empatizar, imaginando qué sentiríamos si viviéramos dicha situación. (Bellosta et al., 2019).

Para Muñoz-Zapata y Chaves (2013) la empatía se refiere a un ideal de las relaciones humanas, pretendiendo impulsar comportamientos de cooperación y convivencia positiva, tratando de ponerse en lugar del otro para ser buenos ciudadanos. De esta forma, pasa a ser una competencia ciudadana, es decir, una capacidad necesaria que permite la identificación de emociones, ya sean propias o no, y la respuesta a éstas de manera constructiva (Orjuela, Rozo y Valencia, 2010).

Guimón (2010) define empatía como ponerse en lugar del otro sin experimentar necesariamente sus emociones, no es ni identificar ni contagiarse de ellas, sino conocer al otro, compartir su estado emocional, ponerse en su perspectiva caracterizada por ser subjetiva, y ante ésta, responder de manera afectiva.

Para terminar, como señala Bedolla (2015), la empatía parte de la introspección y la conciencia de uno mismo, es decir, estas nos permiten entender al resto desde la realidad del ser humano, cuando hacemos una lectura de las intenciones de otro, estamos atribuyendo propias intenciones, las cuales hemos aprendido mediante imitación; los seres humanos somos criaturas sociales, nuestras vivencias también dependen de entender las intenciones y emociones de los demás, de modo que la empatía nos permite ser seres humanos, no solo entendemos la mente desde los pensamientos que producen nuestros actos, sino también sintiendo a nuestros semejantes (Bedolla, 2017).

Asimismo, la empatía pasa a ser la base del desarrollo moral humano, ya que favorece conductas altruistas y prosociales, y motiva a conseguir conocimiento social (Muñoz-Zapata y Chaves, 2013).

▪ ERRORES EN LA EMPATÍA

En lo que se refiere a empatía, también pueden darse errores, ya que en la interpretación de la situación en la que se encuentra el otro, la evaluación que realizamos sobre nuestros esquemas cognitivos, valores y aprendizajes, puede no ser extrapolable a la otra persona. A estos errores se les denomina sesgos por consecuencia, influyendo negativamente en la empatía y las emociones que supone. La persona que va a empatizar analiza la información sobre la situación problemática que está viviendo el otro, valorándola según sus experiencias, pero puede que sus vivencias sean contrarias a las de su compañero. Los investigadores proponen que las personas que deben analizar la información y buscarle significado son aquellos que están a nuestro alrededor, con el fin de que el punto de vista sea común, de modo que se convierta en útil, y por ende, empático

(Bellosta et al., 2019).

Autores como Borrell (2018) incluyen en sus estudios la empatía como un “sentimiento tóxico”, en el sentido de que sintonizar emocionalmente con el sufrimiento de toda la gente que nos importa, a la larga resulta agotador. Por otro lado, añade que la empatía nos hace sobrevalorar las necesidades y derechos de los demás, nos hace actuar de manera injusta, y por último, la empatía no es necesaria para sentir compasión, de manera que la falta de empatía nos haría actuar de manera más eficaz (Bloom, 2016).

Como señalábamos anteriormente, la empatía en ocasiones se confunde con compasión, incluyendo aspectos interpersonales que pueden tornarse en un uso egoísta de esta habilidad, incrementando el beneficio individual al perseguir el bienestar ajeno. Así, en el estudio de Bellosta et al., (2019), encontramos el comienzo de un diálogo entre las semejanzas y diferencias entre empatía y compasión, asumiendo que dicho debate se traduce en un alejamiento de la concepción de la empatía como un fenómeno cognitivo y emocional.

Otra variable a analizar en el estudio de Borrell (2018) es la movilización emocional, cuando existe una proximidad de parentesco o amistad la empatía inhibe la serenidad, el pánico es inmediato por la implicación emocional, pero si el problema lo sufre un desconocido, nos sabe mal, pero no empatizamos, sino que simpatizamos, he aquí la diferencia entre simpatizar y empatizar. Otro concepto es el contagio emocional, cuando vemos a una persona llorando, pueden darse dos reacciones, que su llanto provoque el nuestro, o que éste nos resulte molesto, en el último caso el sujeto atenúa las reacciones del contagio emocional, puede simpatizar, pero no empatiza.

Otro argumento a analizar es que la empatía a veces es utilizada para conductas solidarias ocasionalmente injustas, por ejemplo, las organizaciones que personalizan en la vida concreta de un niño, las ayudas que requieren millones de ellos; tendemos a sobrevalorar los casos individuales, por ejemplo, cuando sentimos compasión por la noticia de un fallecimiento concreto, mientras miles de niños fallecen por desnutrición (Borrell, 2018; Bloom, 2016).

Cuando hablamos de empatía, nos referimos a una sintonía entre nosotros y la problemática ajena, para lo que es necesario separar las experiencias ajenas de las de uno mismo, si esto no se produce, se trataría de una falsa ilusión de sintonía, no estaríamos superando la visión egocéntrica que nos impulsa a interpretar las situaciones de los demás desde nuestras vivencias, sino que debemos explorar el significado de éstas en función del sistema de valores y aprendizajes del otro. Así, se producirá una empatía saludable,

en la que las emociones del presente no influirán en la interpretación del estado afectivo de las personas de nuestro alrededor, realizando una gestión útil de las emociones que comprenden la empatía, olvidando la simpatía o angustia empática; para ello, es esencial establecer bases seguras y equilibradas desde el punto de vista emocional, permitiendo que acojamos situaciones ajenas de forma saludable, estableciendo una escucha sincera, en la que entender a los demás sin reacción activa ante el sufrimiento ajeno (Bellosta et al., 2019).

▪ APORTES TEÓRICOS

En el estudio de Muñoz-Zapata y Chaves (2013) podemos encontrar el origen de los comportamientos empáticos:

- Perspectiva evolucionista, la empatía se refiere a una sucesión de emociones, actitudes y aprendizajes, los cuales se heredan, pudiendo apreciarlos o ignorarlos, pero se convierten en un aspecto esencial en la supervivencia de las especies, ya que supone una comunicación emocional entre los individuos y sus grupos, pasando a ser un aprendizaje más del contexto social (Plutchik, 1987).
- Perspectiva desarrollista, como hemos visto, la empatía tiene un trasfondo referido a generar cambios en el comportamiento de los demás, según nuestro cerebro se torna más maduro, se desarrolla la capacidad de reconocer las vivencias ajenas independientemente de las nuestras, conservando elementos similares (Plutchik, 1987). Así, a través de los aprendizajes de nuestras propias emociones y las intenciones de los demás, se inicia un proceso de regulación emocional que determinará nuestras vidas.
- Perspectiva localizacionista, ésta se dirige al funcionamiento cerebral en actividades específicas, según estas investigaciones somos empáticos de manera biológica, para construir lazos sociales que nos permitan acercarnos a los otros, comprenderlos y sentirnos como ellos. Las llamadas neuronas espejo nos permiten observar, mediante un mecanismo perceptivo, a las demás personas mientras realizan diferentes actividades, con el fin de comprender sus intenciones (Moya, Herrero y Bernal, 2010).

Brunsteins (2011) explica la empatía desde la teoría de la simulación mental, cuando intentamos ser empáticos, se despliegan habilidades propias de la simulación mental. Asimismo, la noción de empatía es compleja, más que la habilidad para efectuar atribuciones mentales, y este autor nos define la empatía desde tres componentes funcionales que interactúan dinámicamente: El primero, el afecto compartido entre el yo y el otro, es decir, compartir experiencias emocionales, simuladas o reales, de otro individuo; el segundo, el conocimiento para discriminar entre la conciencia ajena y propia; y por último, la flexibilidad mental para adoptar una perspectiva subjetiva, en otras palabras: regulación emocional.

▪ EMPATÍA Y EDUCACIÓN

Según Muñoz-Zapata y Chaves (2013), la empatía como competencia ciudadana se convierte en un elemento educativo esencial, cobrando relevancia en el contexto social a causa de: Relacionarse con la aptitud prosocial, es decir, motivar a las personas a ayudar, cuidar, conciliar, disculparse, admitir errores, tomar decisiones, en definitiva, mejorar la salud mental y la regulación emocional a través del encuentro con los demás. Además, de permitir procesos imaginativos, flexibilidad mental, creatividad, aceptación, adaptabilidad, entre otros. Para Nolasco (2012) la habilidad de adoptar la perspectiva ajena, posibilita un mejor entendimiento y tolerancia hacia los demás, evitando los conflictos y la hostilidad. Otra de las razones para Muñoz-Zapata y Chaves (2013) es evitar conductas disruptivas o antisociales, si evitamos la empatía, descuidaremos los deberes, y obtendremos desconocimiento de las vivencias ajenas, encontrando dificultades a la hora de socializar, lo que se traducirá en bajo rendimiento escolar.

En el estudio de Nolasco (2012) se hace un recorrido sobre el bullying y la violencia escolar, alcanzando la relación entre estas variables y la empatía. Empieza relacionando empatía con agresión, es decir, las agresiones serían menos frecuentes en personas con mayor capacidad empática, ya que la habilidad para percibir las vivencias del otro como propias, les llevaría a comprender la posición de las víctimas, reduciendo las situaciones conflictivas; y desde una perspectiva emocional, si la persona que agrede se pone en la situación de la víctima, al observar su sufrimiento, o experimenta algún tipo de respuesta emocional empática, se tornará en inhibición de la agresión.

En definitiva, los niños/as se están formando, por lo que deben aprender a comportarse en sociedad, actuando según los derechos y deberes que formar parte de la ciudadanía les otorga, reconociendo y valorando la existencia de otros/as y las mismas obligaciones que compartimos (Muñoz-Zapata y Chaves, 2013).

No podemos terminar, sin referirnos a la importancia de la familia también en el desarrollo de la empatía. Como señalan Valdés et al., (2013) el comportamiento de los familiares será una variable predictora de la conducta y el desarrollo de habilidades de los niños/as, ya que los familiares son los modelos de imitación en los que se basarán éstos. Según este estudio, la posibilidad de educar en la capacidad de actuar a favor de los demás cuando lo necesitan, requiere de un clima familiar de seguridad afectiva, en el cual se aprovechen las ocasiones que la vida cotidiana nos rinde para sensibilizarlos hacia los sentimientos y necesidades ajenas, reforzando, potenciando y favoreciendo las tendencias humanas naturales que nos llevan a empatizar con el dolor ajeno. De este modo, tanto la familia, como la escuela, como primeros agentes de socialización, comprenden los factores de comportamiento prosocial y altruista que permitirán a los pequeños/as desarrollar capacidades empáticas (Valdés et al., 2013).

CAPÍTULO II: LA ESQUIZOFRENIA

▪ CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Según el DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association) la esquizofrenia es una categoría psiquiátrica que incluye una gran variedad de manifestaciones: alteraciones del pensamiento, de la percepción, de la afectividad, de la psicomotricidad, de las relaciones sociales y de la actividad), y no se observa del mismo modo en todos los individuos, es un trastorno con heterogeneidad respecto a cómo se expresa y evoluciona (Cuevas y Perona, 2012).

“La esquizofrenia es un trastorno mental crónico grave caracterizado por una amplia gama de comportamientos inusuales que incluyen la distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta, OMS” (Godoy et al., 2016).

“La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más desafiante para la comprensión humana y la explicación científica” (Pérez-Álvarez, 2012, p.1).

Según Gutiérrez-Ruiz (2013) cuando hablamos de este trastorno nos referimos a uno basado en las alteraciones en el procesamiento de la información y entorno social, dificultando que se utilicen estímulos sociales relevantes para guiar el comportamiento, y por ende evidenciando distorsiones de la realidad, procesamiento inadecuado de las emociones, alteraciones del lenguaje, dificultades para comprender las intenciones de los demás, entre otros. De este modo, los problemas a la hora de procesar de los individuos que padecen esquizofrenia limitan las interacciones sociales, posicionando este trastorno como uno distintivo en lo que a cognición social se refiere.

La esquizofrenia es uno de los conceptos usados para la descripción de trastornos psíquicos relevantes, los cuales desajustan la percepción, el pensamiento, los sentimientos y la conducta de un sujeto; cada uno lo sufre con diferentes combinaciones, a causa de que se influencia por las circunstancias personales (Machado y Morales, 2013).

Para Quintero et al., (2011) cuando hablamos de esquizofrenia nos referimos a un trastorno que afecta, tanto al cuerpo, como a la mente, y que se presenta de forma crónica, conllevando cambios cualitativos en el desarrollo normal, es decir, cambios referidos a disfunciones emocionales, cognitivas y actitudinales.

La esquizofrenia se manifiesta en todos los rangos de la actividad mental de los humanos: pensar, socializar, usar el lenguaje y expresar emociones e ideas (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Entre las características que destaca Bhugra (2010) destacamos: deterioro en el funcionamiento personal y dificultades que resultan en dificultades a la hora de memorizar, de concentrarse, de socializar, de comportarse, de comunicarse, de pensar, de percibir, de interesarse por actividades cotidianas, entre otras, de modo que los esquizofrénicos son incapaces de mantener su trabajo, estudio o relaciones sociales. Según Montaño, Nieto y Mayorga (2013) las personas con esquizofrenia presentan dificultades referidos a la respuesta en la vida social, manejo de problemas y superación de obstáculos diarios, lo que se traduce en inhabilidad para trabajar o estudiar, establecer y conservar relaciones sociales y cuidarse. Dichas dificultades, resultan en percepción de incompetencia, el esquizofrénico se siente socialmente desventajado, no se siente capaz de responder socialmente, ni de enfrentar las situaciones de estrés que causa el entorno (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Galaverna, Bueno y Morra (2011) definen la esquizofrenia como una cuestión referida a la salud mental, la cual se caracteriza por múltiples manifestaciones cognoscitivas, emocionales y de conducta. Díaz et al., (2017) añaden a este concepto faltas de coherencia en el pensamiento, alteraciones en la conducta, así como alucinaciones o delirios, lo cual compromete la funcionalidad del individuo, afectando a varios ámbitos, como el mantenimiento de relaciones sociales, capacidad de autonomía en las labores cotidianas y desempeño y disfrute de actividades de ocio. Además, se manifiesta también en procesos como la empatía, la cognición, la utilización simbólica del lenguaje, el pensamiento abstracto, la atención, la memoria, la función ejecutiva, la socialización a causa de las dificultades en la percepción, interpretación y respuesta a las emociones, actitudes e intenciones ajenas (Medina, 2012).

En la esquizofrenia, las manifestaciones son comportamientos a causa de la relación entre el individuo y su situación, el esquizofrénico está caracterizado por ser un ser asocial, ensimismado, con demostraciones afecto inusuales, psicótico y deteriorado en la mayoría de los ámbitos (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Wolnik (2018) diferencia los síntomas de la esquizofrenia en sintomatología positiva y negativa, la primera se refiere a las alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado, mientras la segunda se relaciona con la expresión emocional disminuida que afecta a la expresión verbal, facial y motora, así como a la motivación, iniciativa y

estados de ánimo de la persona. Martínez et al., (2018) discrepan en la segunda, refiriéndose a los síntomas negativos como aquellas conductas y cogniciones presenten en la población general, disminuidas o ausentes en pacientes con esquizofrenia como la apatía o la falta de afectividad.

Según Salavera (2010) la edad de aparición se comprende entre los 15 y los 45 años, a pesar de que es común que comience a fin de la adolescencia, se convierte en crónico y discapacitante, acompañando a los pacientes el resto de sus vidas. Además, a causa de su gravedad, se comprende como un trastorno mental grave, ya que es un problema importante referido a la salud. La evolución de la enfermedad es variable, el individuo va perdiendo funciones cognitivas y emocionales, a la vez que se va deteriorando su contacto social y demás áreas relacionadas con el entorno próximo, como los estudios, el empleo o las actividades diarias.

Según Saiz, De la Vega, Sánchez-Páez (2010) la esquizofrenia es una enfermedad con elevado porcentaje de ser heredable, cuanto mayor asociación familiar con la esquizofrenia, mayor es el porcentaje que posibilita el desarrollo de la enfermedad; en primos/as o nietos/as de un paciente, el riesgo es mucho menor, es decir, a mayor carga genética con el diagnosticado con esquizofrenia, mayor posibilidad de ser diagnosticado. El trastorno es hereditario, parentescos de primer y segundo grado aumentan la probabilidad de desarrollarla (Martín y Navarro, 2012).

No obstante, a pesar de la abundancia de investigaciones sobre el trastorno esquizofrénico, no se conoce su causa (Godoy et al., 2016). No existen pruebas objetivas que permitan identificarla, su diagnóstico es puramente clínico, aún es no es posible predecirla ni evitarla; pueden estar implicados factores ambientales y psicosociales como las complicaciones perinatales o estar sujeto a grandes situaciones de estrés, por ejemplo, por lo que se concluye que se trata de una relación entre genética y ambiente, creándose un estado que vulnerabiliza y predispone al individuo a desarrollar esquizofrenia (Martín y Navarro, 2012). Podríamos atribuir múltiples factores a su causa: estilos parentales, pautas de comunicación y traumas experimentados, enfatizando las últimas, resaltando los traumas infantiles (Pérez-Álvarez, 2012; Pachón et al., 2013). “El estrés (ambiental o psicosocial) se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo y curso de la esquizofrenia”, (Bedoya et al., 2017, p. 8).

Independientemente, sin conocer la causa de la esquizofrenia, el foco de atención se debe movilizar a su tratamiento, en lo que Vallina, Lemos y Fernández-Iglesias (2012) aportan que la clave se haya en la intervención o identificación temprana y tratamiento específico para cada una de las fases de la enfermedad, lo cual hará posible evitar ciertas manifestaciones más graves en el paciente (Casas et al., 2014; Caballero, Guedeja, González-Villajos, 2013).

Para terminar, causa de la heterogeneidad de la esquizofrenia en los diferentes pacientes, son varios los autores que han considerado que no existe un tipo de esquizofrenia, sino distintas dependiendo de las causas que la hayan detonado. En el estudio de Cuevas y Perona (2012) encontramos una clasificación según las variables que predominan en los llamados brotes esquizofrénicos: Genéticas, bioquímicas, neurológicas, víricas, cognitivas, familiares, resolutivas o experienciales.

▪ VARIABLES IMPLICADAS

“Los pacientes con esquizofrenia presentan un estándar de vida significativamente más pobre que otros en su comunidad” (Caqueo, Urzúa y Rus, 2017, p. 112). Para Caqueo, Urzúa y Rus (2017) existen una serie de variables que además, influyen de manera negativa en la calidad de vida: ser hombre, adulto, sin trabajo, soltero, con varias hospitalizaciones, sin apoyo social, con síntomas severos y con efectos secundarios a la medicación.

Los enfermos mentales frecuentemente están estigmatizados en el ámbito social, los medios de comunicación, incluso los videojuegos, presentan una imagen de los pacientes relacionada con la violencia y la agresividad, provocando prejuicios que repercuten en ámbitos familiares, educativos y profesionales, frenando y dificultando la comprensión de trastornos como el esquizofrénico (Paredes, 2020).

Para Ochoa et al. (2011) las personas que padecen esquizofrenia, sobre todo, o cualquier otro trastorno mental, comprenden uno de los grupos con mayor estigmatización social. La enfermedad mental se relaciona con diversos prejuicios sociales como agresividad, impredecibilidad, improductividad, irracionalidad, etc. Todo esto puede deberse al desconocimiento y falta de información sobre la enfermedad, además de que los medios de comunicación en ocasiones fomentan dichos estereotipos, lo que lleva a los esquizofrénicos a desarrollar sentimientos de vergüenza y culpa, resultando en conductas de aislamiento. Así, el impacto emocional tanto en ellos/as, como

en sus familiares, da lugar a la internalización de valoraciones negativas, además de las consecuencias que suponen por ejemplo en el mundo laboral, al encontrar una casa o al conservar amistades o relaciones sentimentales; todo esto se traduce en exclusión, falta de autoestima, depresión y familiares con excesiva carga.

Para Navarro et al., (2017) los trastornos vinculado al espectro psicótico son los que más carga estigmatizante suponen, en gran parte a causa de la falta de conocimiento y abundancia de mitos que inundan el medio con estereotipos y prejuicios, de modo que esta población sufre marginación no solo en las relaciones de socialización, sino en derechos básicos como acceder a una vivencia o encontrar empleo; es más, la población deja ver que no desea individuos, con esta tipología de trastorno, que lleven a cabo cargos autoritarios o poderosos (Pescosolido et al., 2013). Son múltiples los calificativos negativos con los que el colectivo tiene que hacer frente, tales como incompetente, irresponsable, peligroso, impredecible, culpable, imposible de tratar o recuperar, etc.

Según Cuevas y Perona (2012) las personas esquizofrénicas presentan disfunciones de manera general en la función social, y ofrecen una clasificación con cada una de las áreas en las que puede afectar, destacando que reconocer problemas en esta función junto con habilidades personales, se convierte en el primer paso en el diagnóstico de una persona esquizofrénica:

- Unión a los centros de salud: Nivel en el que el sujeto participa en los servicios sanitarios mentales, son imprescindibles las revisiones psicológicas y psiquiátricas, así como los programas de entrenamiento en habilidades, tratamientos cognitivo-conductuales, programas socio-ocupacionales, entre otros (Casas et al., 2014; Caballero, Guedeja, González-Villajos, 2013).
- Síntomas físicos y psiquiátricos: Exploración física del sujeto, además de historia y evolución de su trastorno, incluyendo exploraciones psicopatológicas de manera global como posibles alucinaciones, ideas delirantes, problemas de atención, ansiedad, insomnio, apatía, inactividad, aislamiento social, estado de ánimo, adicciones, etc. (Úbeda et al., 2017; Rocamora et al., 2018).
- Actitudes y motivación: Implicación y papel que toma el individuo ante su trastorno, siendo conocer y responsable de su problemática, conocido como “conciencia de enfermedad”. El primer paso para sobrellevar cualquier enfermedad es conseguir que el sujeto se implique en el proceso, por el contrario, si está desmotivado y apático se traduce como síntomas negativos que pueden conducir a perturbaciones neurológicas (Casas et al., 2014).

- Competencias conductuales y otros recursos: Conductas de adaptación y capacidades personales mediante las que el sujeto puede relacionarse con su entorno social de manera independiente y autónoma, incluyendo desde la capacidad básica para asearse y mantener su higiene, hasta otras habilidades más complejas como el cumplimiento con el tratamiento médico, el manejo económico, las habilidades sociales, la independencia en su hogar o la gestión de emociones. Así, esta área incluye como imprescindible conocer la historia del esquizofrénico, es decir, conocer si son habilidades que nunca ha tenido o si las está perdiendo. Por último, hay que considerar los recursos de los que dispone el individuo para una adecuada integración al contexto social (recursos materiales o no materiales como la economía, la vivienda y sus condiciones, estudios, trabajo o situación legal) (Inchausti et al., 2017; Gutiérrez-Maldonado et al., 2012).
- Nivel de actividad actual: Situación laboral del sujeto e información relacionada con ello, es importante que éste conozca la diferencia entre ser capaz de buscar un empleo y ser capaz de mantenerlo; del mismo modo, es necesario conocer qué otras actividades puede desarrollar, estudiando la jornada del individuo podemos llegar a conocer qué áreas están afectadas y cuáles funcionan adecuadamente (Caballero, Guedeja, González-Villajos, 2013; Munguía et al., 2017).
- Apoyo familiar y social: Este apoyo es esencial en la vida de cualquier persona, pero en la de personas con niveles de autonomía no plenos se torna imprescindible. Así, es necesario conocer la situación familiar de la persona esquizofrénica, incluyendo cómo es el ambiente familiar, si están predispuestos los miembros a actuar como apoyo, así como a conocer las manifestaciones conductuales de los esquizofrénicos y cómo favorecer conductas que desarrollen las competencias del paciente (Navarro, 2013; González-Fraile et al., 2018).

Explorando dichas áreas se puede obtener una lista de problemas, con el fin de operativizar las conductas-problemas, teniendo en cuenta la frecuencia, es decir, el número de repeticiones de la conducta: el número de veces que el individuo verbaliza delirios; la intensidad, la gravedad con la que presenta sus conductas-problemas, sus niveles de ansiedad; la duración, el tiempo utilizado en la realización de dicha conductas, como tiempo aislado. De este modo, se pueden diseñar técnicas específicas para evaluar las conductas del paciente y tratarlas o entrenarlas, con el fin de su total integración social y desarrollo personal (Cuevas y Perona, 2012).

Ahora bien, la esquizofrenia no se salva de la estigmatización social, sino que la sufre como en la gran mayoría de trastornos mentales, en diversos niveles de comportamiento social se da un intercambio que termina con la diferenciación entre un “ellos” y “nosotros”, provocando en los esquizofrénicos repercusiones emocionales tales como miedo, ansiedad, irritación, depresión y compasión. Y el fenómeno percibido de que los sujetos diagnosticados no poseen gestión y control de sus emociones y comportamiento, lo que los convierte en agresivos y violentos, agrava las concepciones negativas sobre esta población, asimilando estereotipos de peligrosidad, repercutiendo en la calidad de vida, autoestima y posibilidades de relacionarse positivamente con los demás. Es más, son las propias personas que padecen trastornos mentales graves quienes vivencian las opiniones y sentimientos ajenos auto-estigmatizándose, lo que conlleva desmoralización, sentimiento de vergüenza, aislamiento o estrés, de manera que se constituye como un factor que favorece el riesgo de recaídas e incluso suicidios (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017). Este estigma social que acompaña al individuo junto con su trastorno también está influido por los medios de comunicación, es más, incrementa sus limitaciones y sufrimiento, imposibilitando su reinserción social (Muñoz et al., 2011). “El estigma es un fenómeno lapidario para el sujeto con trastorno mental” (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017, p.17). Moreno et al., (2018) nos ofrecen una iniciativa de sensibilización y lucha contra este estigma, un proyecto en forma de talleres a cerca del trastorno mental, ofreciendo información actual para reducir la exclusión que sufren.

▪ **RECUPERACIÓN**

El concepto de recuperación en esquizofrenia se define tradicionalmente en términos de remisión de síntomas y consecución de resultados psicosociales, de modo que la recuperación sería entendida como el resultado de si se cumplen ciertos objetivos o no. No obstante, ciertos autores han propuesto otras alternativas más allá de conseguir ciertos resultados, sino el proceso continuo de un cambio en la identidad personal, mediante lo que se reconoce que es necesario ampliar los procedimientos clínicos a través de nuevos instrumentos que integren percepciones y expectativas de las personas con esquizofrenia sobre su propia recuperación: esperanza, confianza en uno mismo y en los demás, capacidad de pedir ayuda, persistencia en las metas personales, autocontrol, etc. (Díaz et al., 2015).

“Las personas diagnosticadas de enfermedades mentales graves tales como la esquizofrenia presentan una compleja problemática que no se reduce únicamente a la sintomatología psicopatológica, sino que también afecta a otros aspectos, como su funcionamiento psicosocial” (Úbeda et al., 2017, p. 77).

La rehabilitación psicosocial se convierte en el factor esencial para que los enfermos mentales graves y su entorno se integren en un sistema de atención y apoyo comunitario. Este proceso consta de cinco fases: acogida, evaluación, intervención, (Plan Individualizado de Rehabilitación o PIR), tratamiento y seguimiento (Úbeda et al., 2017).

Para Casas et al., (2014) los déficits de habilidades sociales en personas con esquizofrenia dan lugar a que se caractericen por un déficit en el funcionamiento social o falta de competencia social, lo cual resulta en una disminución en su calidad de vida. Es más, consideran que el fomento de la competencia social mediante entrenamiento, compensaría los efectos del déficit cognitivo, la vulnerabilidad, el estrés y el desajuste social, previniendo recaídas, mejorando la resistencia y favoreciendo la socialización. Así, en este estudio encontramos diferentes programas encaminados a mejorar los déficits de funcionamiento social de los esquizofrénicos. El papel protagonista de dicho estudio lo toma el entrenamiento de la asertividad, con la pretensión de afirmar y asegurar las opiniones de los sujetos con el fin de mantener autoreforzos en sus conductas.

Por otro lado, los procedimientos de actuación actuales se inclinan hacia la inclusión, tratar al paciente en comunidad, dejando a un lado los ingresos en el hospital, sino potenciando la integración en el entorno habitual del paciente; la intervención más útil en el tratamiento de este tipo de pacientes es la psicoeducativa, la cual encontramos en el estudio de Soto y Castillo (2014), y se ha evidenciado como efectiva en la disminución de recaídas, síntomas, carga familiar o experimentación de sensaciones negativas como estrés o preocupaciones. Obviamente, para que esta intervención educativa tenga frutos, como cualquier otra, se debe contar con la participación de los familiares, quienes deben tomar el rol de apoyo, tolerando de la mejor forma posible la estigmatización relacionada con las enfermedades psiquiátricas, y superando los sentimientos de culpa que genera esta enfermedad. Aun así, con el fin de potenciar la posibilidad de que los sujetos diagnosticados de esquizofrenia puedan recibir estas intervenciones, encontramos también plataformas de atención online como alternativas para favorecer el mantenimiento y tratamiento que posibilite la recuperación de la comunidad con enfermedades mentales severas (Soto y Castillo, 2014; Navarro, 2013; González-Fraile et al., 2018).

Moragriega (2010) resume las actividades de los programas específicos de rehabilitación cognitiva en el ejercicio de funciones atencionales, ya sea de atención selectiva, sostenida, auditiva o visual, de manera directa e intencionada o indirecta y transversal, es necesario el entrenamiento de la atención desde todas las perspectivas, estimulando la percepción y la memoria, y todas aquellas estrategias que impliquen la planificación, con el fin de favorecer el razonamiento deficiente en la esquizofrenia: las funciones de planificación y ejecutivas están estrechamente relacionadas con el razonamiento concreto, abstracto y verbal.

Por último, no podemos no mencionar la dificultad de este trastorno en su curso y manejo, son diversos los métodos de intervención empleados en éste, pero uno de los principales es la rehabilitación cognitiva, es decir, reducir los déficits cognitivos y sociales de esta enfermedad, mejorar aspectos físicos, psicológicos y sociales de estos individuos, lo que significa estimularlos cognitivamente. “La rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia se ha basado en el empleo de programas de rehabilitación, que apuntan a mejorar el funcionamiento neurocognitivo y psicosocial mediante procesos de aprendizaje” (Dorado y Castaño, 2018, p.75).

Asimismo, en un tiempo en el que las tecnologías toman un papel imprescindible en nuestras vidas, también lo hacen en este ámbito, en el estudio de Dorado y Castaño (2018) encontramos los programas computarizados de rehabilitación cognitiva, unas herramientas de entrenamiento que intervienen y repiten los ejercicios que componen los tratamientos de manera ilimitada, permitiendo el uso de diversos refuerzos y presentación multisensorial, de manera que un solo ejercicio puede ser estimulado mediante distintos procesos psicológicos, además de que estos programas ofrecen la ventaja de ser personalizables a sus pacientes (Loubat, Gárate y Cuturrufo, 2014).

No obstante, cabe destacar que los enfermos mentales suelen opinar de forma más desfavorable sobre las nuevas tecnologías, según Casiano et al., (2017) se debe a la falta de conocimiento sobre las mismas. Aun así, no se puede negar que el buen uso de las TICs posibilita el acceso de todos/as a la información, favoreciendo la integración de las personas con trastornos mentales grave, quienes deben beneficiarse de ellas independientemente de la enfermedad, sino e función de sus características individuales como nivel de alfabetización digital o cronicidad del trastorno (Mateu y Navarro, 2015).

Aunque también tenemos que tener en cuenta la llamada “adherencia terapéutica”, es obvio que el individuo diagnosticado de esquizofrenia debe cumplir con su tratamiento, pero no adoptar un rol pasivo y obediente, ni depender de su tratamiento, ya que supondría

una serie de consecuencias negativas para el paciente, los sistemas sanitarios y la sociedad, relacionados con recaídas, pronósticos y costes (Gratacós y Pousa, 2018). Ahora bien, según Higashi et al., (2013) los principales factores que influyen en dicha adherencia son la baja consciencia de enfermedad, los efectos de la medicación, la alianza terapéutica, el abuso de sustancias, la falta de apoyo, la severidad de los síntomas, el estigma, el deterioro cognitivo y cuando se activa la enfermedad. De este modo, es conveniente estudiar intervenciones que mejoren la adherencia terapéutica, consiguiendo que sea una adherencia positiva y correcta (Gratacós y Pousa, 2018).

CAPÍTULO III: LA EMPATÍA Y LA ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA

▪ BASES

Como hemos visto, la empatía de forma general, se refiere a la reacción que experimenta un sujeto al observar las experiencias del otro, es un proceso cognitivo social por el que éste tiene la capacidad de penetrar en los sentimientos ajenos y responde emocionalmente a los mismos. Ahora bien, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son conocidos por el fenómeno de carecer de empatía, cierto es que los esquizofrénicos sufren grandes dificultades con la atribución de emociones, lo cual afecta a su capacidad para deducir percepciones, pensamientos y emociones ajenas, aunque esto no significa disfunción empática (Alcalá et al., 2013).

Los trastornos mentales graves y las dificultades interpersonales, como vemos, están relacionados, incluyendo problemas para conversar, manejar conflictos o actuar de manera asertiva; pero no solo esto, toman gran relevancia las dificultades para reflexionar sobre los pensamientos, emociones e intenciones no solo propios, sino ajenos, así como para integrar esta información en representaciones complejas de uno mismo y el entorno. Así, entrenar las habilidades sociales se convierte en una parte fundamental en el tratamiento de la esquizofrénicos, quienes se esfuerzan por dar sentido a los desafíos que la vida les presenta, convirtiéndose en agentes activos del mundo para comprender de manera no egocéntrica las relaciones sociales (Inchausti et al., 2017). Paredes (2020) presenta al sujeto diagnosticado con esquizofrenia no solo como falta de empatía, sino desconectado de la realidad.

Por su parte, Ruiz-Toca (2017) se refiere a la cognición social relacionada con la esquizofrenia desde la perspectiva de función reflexiva, en otras palabras, la habilidad para interpretar las intenciones, emociones, sentimientos, creencias y deseos, de uno mismo y de los demás, permitiendo predecir y comprender la conducta social de uno mismo y de los demás. Así, la falta de función reflexiva se convierte en un marcador de rasgo de enfermedad, situando este trastorno como una alteración en la representación de los estados mentales. Asimismo, se requiere de trabajos que desarrollen estrategias que favorezcan la cognición social tales como la función reflexiva con el fin de desarrollar las habilidades sociales de los esquizofrénicos, por ejemplo, la empatía (Montag et al., 2011).

Carecer de empatía significa pobre funcionamiento social, y se observa en pacientes con trastornos psiquiátricos como los esquizofrénicos, identificándose como un síntoma característico de la enfermedad y un factor discriminante para ellos; además, la empatía no es una habilidad que se pueda mejorar con tratamiento farmacológico (Lima et al., 2019).

Gómez, Molina y Arana (2013) incluyen el término, teoría de la mente, refiriéndose a la capacidad para inferir, predecir y atribuir estados mentales a otras personas, y estudia este constructo desde diversas patologías, entre ellas, la esquizofrenia. Las alteraciones de la teoría de la mente se pueden observar en diversos cuadros clínicos, observando disfunciones como personalidad antisocial o falta de empatía. Diariamente, pretendemos entender los deseos e intenciones de los demás, buscamos identificar los estados mentales ajenos para predecir y encontrar sentido a las conductas de los otros, mediante el concepto “teoría de la mente” nos disponemos a comprender los conocimientos y creencias ajenas, intentando entenderlos desde el sistema cognitivo del otro, realizando representaciones de los contenidos desde sus sistemas, lo que quiere decir ser empáticos. Así, experimentar los sentimientos de los demás no solo disminuye respuestas agresivas y hostiles, sino también incrementa un comportamiento social más adecuado, evitando los mitos y estereotipos con los que se encuentran los esquizofrénicos.

De las Matas (2014) parte de la consideración de la esquizofrenia como un trastorno cerebral antiempático, intentando explicar la esquizofrenia como una situación derivada de una alteración del conocimiento social. El esquizofrénico no está capacitado para responder de manera empática de la misma manera que una persona sana, no puede poner en uso procesos mentales normales, es decir, tenemos que ser conscientes de que la esquizofrenia conlleva experiencias que están fuera del marco de lo normal, y no reconocerlo no permitiría estudiar la relación entre las habilidades sociales y este trastorno (Pienkos y Sass, 2014).

▪ ESTUDIOS RELACIONADOS

En el estudio de Alcalá et al., (2013) se pretende abordar esta temática, la empatía en esquizofrénicos, con el fin de confirmar la existencia de un déficit en la capacidad de empatía en los esquizofrénicos en comparación con la población sana.

Mientras, la investigación de González-Pando, Beltrán y Martínez-Suárez (2016) revela que las personas diagnosticadas de esquizofrenia pueden aprender determinadas regularidades del ambiente, es decir, se pueden entrenar capacidades, lo que significa que los esquizofrénicos no son insensibles a las influencias ambientales, sino que responden favorablemente a las influencias que experimentan, y aprenden de ellas.

En el trabajo de Inchausti et al., (2017) encontramos la descripción del programa MOSST, un modelo jerárquico de la metacognición en la esquizofrenia, en el que los sujetos se capacitan para realizar primero tareas metacognitivas simples, como reconocer sus propios pensamientos, antes de ejecutar tareas más complejas como reconocer las emociones de los demás. De este modo, el fin del programa es trabajar la metacognición de estos pacientes a través de la consecución de cuatro grandes habilidades: autoreflexividad o pericia para autoanalizar los estados mentales de sí mismo, diferenciación o pericia para analizar los estados mentales de los demás, descentramiento o pericia para superar el egocentrismo, entendiendo que existen diferentes maneras de comprender la realidad, y dominio o pericia para pensar desde lo particular hasta lo general, integrando informaciones concretas en definiciones amplias para resolver futuras situaciones o problemas de manera adaptativa; de manera que el paciente cree representaciones amplias sobre sí mismo, los demás y el mundo (Inchausti et al, 2016).

El estudio de González-Panzano et al., (2019) se habla de mindfulness, el cual se relaciona por diversas investigaciones con beneficios vinculados al bienestar y la mejora de la sintomatología clínica (García-Campayo y Demarzo, 2018), la esquizofrenia y otros trastornos revelan déficits en el conocimiento social, es decir, problemas para discriminar emociones, conectar con los demás, comprender los pensamientos del resto y reaccionar con emociones coherentes, lo que resulta en dificultades en la empatía, a causa de la valencia emocional negativa (Pino et al., 2016).

Como señalan Martín et al., (2017) no cabe duda que los déficits que experimentan los esquizofrénicos, en este caso en la falta de empatía, se traduce en funcionamiento psicosocial escaso. Asimismo, su estudio pretende analizar la relación entre empatía, cognición social y calidad de vida en pacientes con trastornos psicóticos. Entre los

resultados que alcanzan podemos destacar que la falta de empatía condiciona la calidad de vida de los pacientes, convirtiéndose los programas de rehabilitación psico-social en instrumentos claves, sobre todo en función del nivel de gravedad del trastorno. Es más, algunos esquizofrénicos tratarán activamente de evitar relaciones sociales estrechas, buscarán mantener un mínimo sentido de sí mismos, son ellos mismos quienes no pretenden empatizar, ya que puede ser peligroso para ellos; en ocasiones ellos son perfectamente conscientes de las diferencias entre sus experiencias y de las de quienes los rodean (Pienkos y Sass, 2014).

Por otro lado, evaluar el nivel de empatía de un individuo es complejo, en el estudio de Lima, Duque, Jiménez, Salín, Morales y Ongay (2019) encontramos una clasificación de pruebas para ello que se dividen en dos grupos: La primera, los autorreportes, en la que se valoran tres componentes, la empatía cognitiva, la reactividad emocional y las herramientas sociales, permitiendo evaluar diversos trastornos como el que nos concierne, el autismo o la anorexia. Y la segunda, la respuesta a la presentación de un paradigma, por ejemplo mostrando tiras cómicas, de modo que se observa cómo los pacientes responden a diferentes situaciones, comprendiendo variables como la empatía inhibitoria o causalidad física como sección de control.

Gil et al., (2017) en su estudio, también analizan una herramienta para evaluar las emociones básicas en pacientes con esquizofrenia, partiendo de un déficit en la percepción de emociones negativas. La cognición social significa entender las situaciones sociales y beneficiarse de las interacciones sociales, y se integra de cuatro dominios: procesamiento emocional, teoría de la mente, estilo atribucional y percepción social (Pinkham et al., 2014). El primero se refiere a la capacidad de manejar la información emocional propia y ajena, el segundo a la identificación de los estados mentales, el tercero se relaciona con la manera en que las personas explicamos los sucesos que nos ocurren, sean positivos o negativos, y el último incluye valorar y comprender las reglas y roles sociales, adecuando nuestro comportamiento a ellos. Recientemente se ha aumentado el número de investigaciones que relacionan la cognición social con la esquizofrenia, demostrando que estos pacientes realizan un mal manejo de ella, provocando déficits en dichos dominios y por ende, dificultades en su capacidad de ser empáticos (Alcalá et al., 2013; Díaz et al., 2018).

Para Peralta y Cuesta (2017) empatía se relaciona con la cognición social, la primera es un proceso que depende de múltiples componentes de la segunda, considerándose un factor relevante para entender la esquizofrenia así como otros

trastornos mentales y neurológicos. En este estudio se incluye el término “cerebro social”, que diferencia la cognición social de la capacidad cognitiva general; el deterioro del “cerebro social”, es decir, los conocimientos que nos permiten socializar, no es específico de la esquizofrenia, sino de todas las enfermedades mentales, como los trastornos de personalidad, la bipolaridad, el espectro autista. No obstante, aunque no solo la esquizofrenia sea el trastorno que se caracteriza por estas deficiencias, en este estudio podemos observar que la cognición social, y con ello, la empatía, se relaciona con síntomas positivos y negativos de la enfermedad, con peor calidad de vida y mayor gravedad de la enfermedad, el deterioro del conocimiento social es uno de los indicadores más relevantes en el funcionamiento psicosocial de un esquizofrénico. Ahora bien, este deterioro no es una simple consecuencia del trastorno, sino que puede aparecer de manera precoz como una característica personal antes de que se manifieste la enfermedad, de modo que hay que estar alerta como uno de los mayores indicadores pronósticos de salud mental. En personas en su primer episodio de psicosis con alteraciones significativas del conocimiento social, es importante es esencial iniciar terapias de rehabilitación cognitiva y psicosocial focalizados en los síntomas negativos (Martín et al., 2017).

Para concluir, nos apoyamos en González-Rodríguez y Fernández-Rodríguez (2012), “los pacientes esquizofrénicos presentan un déficit generalizado en las habilidades empáticas que se relacionan con su deterioro en el funcionamiento social” (p. 27-28). Como sabemos, existen evidencias de que los programas de entrenamiento en el reconocimiento de emociones tienen efectividad a la hora de mejorar dichos déficits. Además, su estudio demuestra que los esquizofrénicos presentan un déficit en el reconocimiento facial de las emociones, por lo que su respuesta afectiva se ve determinada, así como la toma de perspectiva emocional.

Martín et al., (2017) se proponen el objetivo de analizar en qué medida la empatía puede verse afectada por los trastornos graves mentales, demostrando un déficit generalizado de la empatía en los pacientes, a pesar de que algunos de ellos estén en tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial. Es más, donde mayores diferencias estadísticamente significativas se encuentran es en los test de la mirada, no son capaces de identificar expresiones emocionales a través de las miradas, o que se traduce en que el procesamiento de la información referido a las caras es distinto en esta población. “Los resultados muestran que la capacidad para adoptar el punto de vista del otro, proyectarse en personajes de ficción, sentir preocupación por los demás y sentir malestar en respuesta a la angustia de los otros está preservada en el TMG”, (p. 150).

MARCO EMPÍRICO

OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

- Estudiar la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la relación entre empatía y esquizofrenia
- Confirmar la existencia de un déficit de empatía en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia
- Determinar si los adultos pacientes de esquizofrenia poseen habilidades empáticas

ANÁLISIS DE DATOS

▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tipo de documento: Artículos de revista
- Textos completos: Sí
- Materias: Psicología y educación – Medicina
- Rango de años: Desde el 2010 hasta 2021
- Idiomas: Español e inglés

▪ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tipo de documento: Tesis u otro
- Textos completos: No
- Materias: Ciencias de la salud, ciencias sociales y humanidades
- Rango de años: Antes del 2010
- Idiomas: Diferentes al inglés o español

REVISIÓN DE LAS DIFERENTES BASES DE DATOS

Para poder realizar una profundización teórica y descriptiva de los objetivos y contenidos relacionados con la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta, se ha realizado una búsqueda de información en tres bases de datos conocidas: Dialnet Plus, Pubmed y Scopus. Dichas bases de datos han permitido encontrar, plantear, discutir y comparar datos en relación al tema propuesto.

Para la obtención de estudios más específicos relacionados con el tema y objetivos planteados, se han utilizado diferentes filtros y operadores booleanos. Dichos operadores se utilizan para relacionar conceptos distintos con palabras como “AND” (y), “OR” (o) y “NOT” (no), de modo que se realice una búsqueda precisa de aquellas palabras que se ponen entre comillas con el fin de que aparezcan en los estudios tal cual: “empatía” y “esquizofrenia”. Los operadores booleanos también pueden ser implícitos, es decir, que los signos como “+” o “-“ pueden significar “AND” y “OR” respectivamente, aunque se utilizan cuando las búsquedas tienen una escasa complejidad. En esta investigación se ha utilizado únicamente el operador booleano “AND” a modo de fórmula con las palabras “empatía” y “esquizofrenia”.

Por último, sabiendo cuales son las bases de datos utilizadas, vamos a dividir cada una de ellas en apartados diferentes para realizar un análisis claro, en el que se puedan observar las características mas relevantes de cada estudio de forma individual, además de aportar posteriormente un diagrama de flujo y su respectiva discusión de los datos.

➤ *Dialnet Plus*

La búsqueda de información se ha llevado a cabo con el término “empatía”, seguido del operador booleano “AND” y acompañado del término “esquizofrenia”, por tanto, la búsqueda final ha sido la siguiente: EMPATÍA AND ESQUIZOFRENIA.

Los documentos encontrados en total el día 19 de abril de 2012 han sido 4 y los filtros que aparecen para poder realizar una búsqueda más específica son los siguientes:

- Tipo de documento: Artículos de revista
- Textos completos: Sí
- Materias: Psicología y educación – Medicina
- Rango de años: Desde el 2010 hasta 2021
- Idiomas: Español e inglés

➤ *Pubmed*

La búsqueda de información se ha llevado a cabo con el término “empatía”, seguido del operador booleano “AND” y acompañado del término “esquizofrenia”, por tanto, la búsqueda final ha sido la siguiente: EMPATÍA AND ESQUIZOFRENIA.

Los documentos encontrados en total el día 19 de abril de 2012 han sido 2 y los filtros que aparecen para poder realizar una búsqueda más específica son los siguientes:

- Disponibilidad de texto: Texto completo
- Fecha de publicación: 10 años

➤ *Scopus*

La búsqueda de información se ha llevado a cabo con el término “empatía”, seguido del operador booleano “AND” y acompañado del término “esquizofrenia”, por tanto, la búsqueda final ha sido la siguiente: EMPATÍA AND ESQUIZOFRENIA.

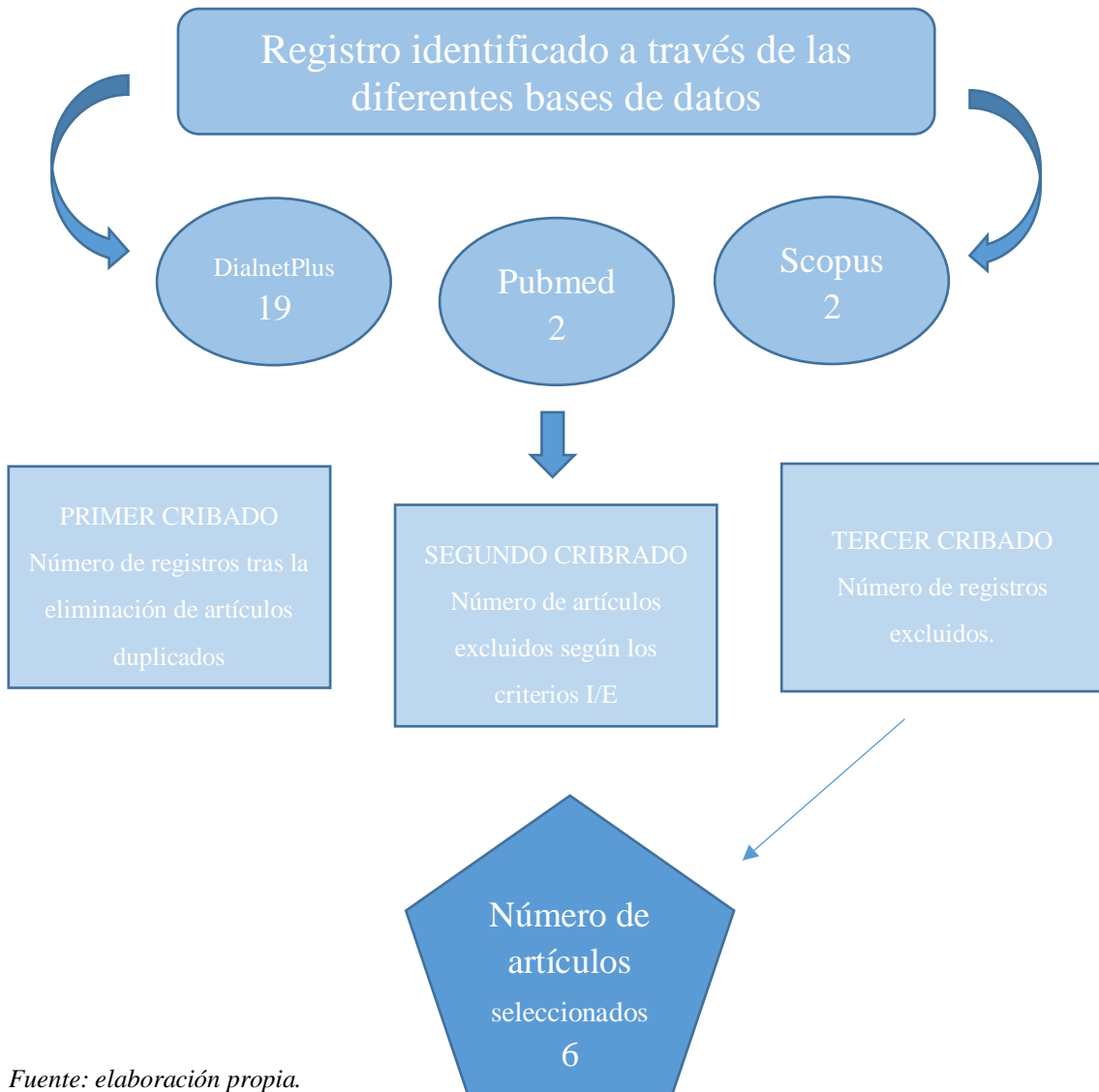
Los documentos encontrados en total el día 19 de abril de 2012 han sido 2 y los filtros que aparecen para poder realizar una búsqueda más específica son los siguientes:

- Acceso abierto
- Área temática: Medicina.

DIAGRAMA DE FLUJO

De acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en la presente revisión bibliográfica, la búsqueda inicial llevada a cabo reportó un total de 23 artículos posiblemente útiles. Tras la eliminación de los artículos duplicados, primer cribado, de los artículos que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión, segundo cribado, quedaron un total de 6 artículos, en el tercer cribado, los cuales van a ser evaluados e incluidos en este estudio.

En la siguiente figura, figura 1, se muestra el diagrama de flujo de las distintas fases por las que se han pasado con los artículos inicialmente buscados, hasta quedar finalmente seleccionados solo aquellos que cumpliesen todos y cada uno de los criterios de inclusión y exclusión establecidos de forma previa.



Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

<i>Autor, año, revista</i>	<i>País</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Sujetos y origen</i>	<i>Medida de resultado</i>	<i>Conclusiones</i>
Alcalá, Camacho, Romero y Blanco, (2013). <i>Revista de psicopatología y psicología clínica.</i>	España	Ensayo aleatorio controlado.	Se estudian 90 sujetos: - 30 con esquizofrenia (ESQ) - 30 con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) - 30 controles sanos	Los resultados ponen de manifiesto que los esquizofrénicos y los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad tienen menor nivel de empatía que los controles sanos, sin diferencias entre ambos grupos de pacientes.	El déficit empático se debe al componente cognitivo de la empatía, mientras el componente emocional no se modifica. Dicho déficit no permite diferenciar entre ESQ y TLP, lo que apoyaría la hipótesis de que los TLP serían formas mitigadas de esquizofrenia.
González-Panzano, Borao, Herrera, Campos, López Del Hoyo, Morillo y García-Campayo, (2019). <i>Revista de psicopatología y psicología clínica.</i>	España	Ensayo aleatorio controlado.	La muestra se compuso de 91 participantes: - 30 con esquizofrenia - 30 con Trastorno Obsesivo Compulsivo - 31 participantes no clínicos Los pacientes con esquizofrenia presentaban trastorno depresivo mayor, trastorno	El mindfulness y la cognición social son predictores significativos de sintomatología afectiva en población clínica y no clínica. Parte de la sintomatología afectiva se puede predecir a través de mindfulness, teoría de la mente, estilo atribucional y grado de enfermedad o condición psiquiátrica.	Las habilidades de mindfulness y cognición social pueden mejorar las intervenciones psicológicas y programas de prevención en grupos clínicos como la esquizofrenia o el Trastorno Obsesivo Compulsivo, considerando qué factores incluir para potenciar la sintomatología afectiva, y por

			de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático y abuso de sustancias.		ende, previniendo ansiedad y depresión.
Gómez, Molina y Arana (2013). <i>Revista Colombiana de Ciencias Sociales.</i>	Colombia	Ensayo aleatorio controlado.	20 hombres entre 25 y 50 años encarcelados y con comportamiento violento y/o trastorno de personalidad antisocial.	Existen diferencias estadísticamente significativas entre la teoría de la mente y el procesamiento empático, ya que se obtienen resultados inferiores en el procesamiento emocional no verbal y en la capacidad de identificar emociones en el otro.	La teoría de la mente es indispensable en el proceso de socialización, ya que permite reconocer las emociones y normas, además de permitir la autoregulación. Así, entrenar a los individuos en la experimentación de empatía disminuye las respuestas agresivas, y con ello, propicia comportamientos sociales adecuados.
Bucca, (2014). <i>Conjectura.</i>	Italia.	Estudio descriptivo.	-	El lenguaje de los esquizofrénicos es diferente, tanto en el sentido como en el significado que toman las palabras para esta población. De modo que afecta en la manera de	El lenguaje propio de los pacientes con esquizofrenia (extravagante, ecléctico, imaginativo, con manifestaciones características, etc) limita las

				relacionarse con la realidad, comprender creencias sociales compartidas, establecer términos sociales culturales, etc.	relaciones interpersonales.
Lima, Duque, Jiménez, Salín, Morales y Ongay (2019). <i>Gaceta Médica de México.</i>	México.	Ensayo aleatorio controlado.	Se aplicó a 105 sujetos, de los cuales 86 eran estudiantes de medicina, técnicos en rehabilitación y acompañantes de pacientes, así como 19 sujetos esquizofrénicos.	La empatía es una herramienta fundamental en la interacción social, la cual se refleja en las múltiples áreas anatómicas del cerebro que se activan en su funcionamiento, de modo que podemos encontrar alteraciones según los estados patológicos, por ejemplo, la esquizofrenia, donde causa disfunción global en relación a los procesos metacognitivos.	Las tiras cómicas son un instrumento útil para evaluar la empatía y otras habilidades sociales en los pacientes esquizofrénicos. Aun así, se recomienda utilizar simulacros o pruebas mixtas que estimulen visualmente para un abordaje más adecuado.
Martín, Secades, López-Goñi y Tirapu, (2017). <i>Anales del Sistema Sanitario de Navarra.</i>	España.	Ensayo aleatorio controlado.	Participaron 41 pacientes esquizofrénicos divididos según el nivel de gravedad de su cuadro clínico.	Los resultados muestran relaciones entre empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva y sintomatología clínica en sujetos con esquizofrenia. Asimismo, existen	La cognición social facilita la interacción social: Conocer y determinar el grado de las alteraciones en las capacidades cognitivo-sociales, como la

				diferencias relevantes según el nivel de gravedad del cuadro clínico. Por ejemplo: A mayor angustia y fantasía del paranoico, menor percepción de la cognición social y menor satisfacción relacionada con la salud.	empatía, es esencial para optimizar el tratamiento de rehabilitación psicosocial.
--	--	--	--	--	--

Para Martín et al., (2017) la esquizofrenia es un trastorno que genera diferentes alteraciones cognitivas, las cuales provocan déficits en el funcionamiento social, afectando a la calidad de vida de quienes la sufren. Por su parte, Lima et al., (2019) añade que la carencia de empatía se relaciona con pobre funcionamiento, lo que se observa en pacientes con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Alcalá et al., (2013) afirman que en los esquizofrénicos existe una disminución de los niveles de empatía si los comparamos con población sana. Así, la ausencia de empatía se describe como un síntoma frecuente en el trastorno, convirtiéndose en uno de los factores discriminantes para esta población.

Es más, Alcalá et al., (2013) añaden que los sujetos tienen deterioro en las relaciones interpersonales, entre otros aspectos por la falta de empatía. Los esquizofrénicos presentan grandes dificultades a la hora de atribuir emociones, no son capaces de deducir percepciones, pensamientos, ni emociones de los demás. Mientras, en González-Panzano et al., (2019) encontramos que los pacientes psiquiátricos, como los esquizofrénicos, manifiestan déficits en la cognición social, las cuales se presentan al identificar emociones, sentirse conectado con otros, inferir los pensamientos de las personas y reaccionar emocionalmente ante otros. Los esquizofrénicos presentan déficits en el reconocimiento emocional frente a los participantes no clínicos, no son capaces de inferir en los estados mentales de otros, incluyendo intenciones, disposiciones y creencias.

Otro punto en común sería que para Alcalá et al., (2013) los pacientes de psicopatías presentan deficiencias en la empatía emocional. Esta disociación entre empatías cognitiva y emocional, lleva a pensar que son distintos fenómenos y posiblemente están relacionados con diferentes circuitos neurocognitivos. A lo que Gómez, Molina y Arana (2013) completan con que para empatizar se requiere de la activación de los lóbulos frontales, los pacientes con disfunciones a nivel frontal, como los esquizofrénicos, no son capaces de reconocer estados emocionales, ya que esto significaría hacer inferencias sobre estados emocionales, atribuir creencias y percibir engaños. Los esquizofrénicos no poseen la capacidad cognitiva que posibilita comprender las situaciones y conceptualizarlas, de modo que dan respuestas incorrectas o hacer inferencias verbales inadecuadas; por el contrario, presentan conductas impulsivas sin reconocer intencionalidades ni generar un interés que les permita comunicarse con los demás y así comprender las emociones ajenas. A esto Bucca (2014) puntualiza que los esquizofrénicos se expresan en lo que el autor llama un universo expresivo y cognitivo alejado de sentido y significado. El lenguaje se convierte en un espejo de su paranoia, una realidad objetiva incapaz de empatizar. Asimismo, en su deterioro cognitivo, los esquizofrénicos en ocasiones manifiestan mutismo o monólogos con un interlocutor imaginario, es decir, presentan enajenaciones comunicativas sin intención de relación social, por lo que la comunicación renuncia de tener significado.

Gómez, Molina y Arana (2013) introducen el término “teoría de la mente”, como el proceso necesario para comprender la realidad del otro a través del reconocimiento de emociones; a lo que Bucca (2014), desde la teoría de la mente también, suma que los pacientes no son capaces de comprender el lenguaje desde el punto de vista social, comprendiendo metáforas, ironías o refranes, lo cual frena su proceso socializador.

Respecto a los instrumentos, Alcalá et al., (2013) mediante el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), entre otras, midieron los intentos espontáneos de la muestra de adoptar una perspectiva del otro ante situaciones reales cotidianas para posicionarse desde el punto de vista del otro, así como la experimentación de sentimientos de compasión y cariño por los demás, y el sentimiento de ansiedad y malestar de la muestra al observar experiencias negativas en los otros. González-Panzano et al., (2019) además de utilizar el reconocimiento de emociones mediante fotografías con diferentes rostros e inferir la verdadera intención detrás de expresiones indirectas, coincidieron en utilizar también utilizaron el IRI. Y no solo éstos, Martín et al., (2017) también emplean el IRI para valorar la tendencia del sujeto a empatizar de manera espontánea. Sin

embargo, Gómez, Molina y Arana (2013) emplearon el reconocimiento de sentimientos a través de la mirada y detectar intencionalidades, cuando alguien dice algo inapropiado pero sin mala intención. Del mismo modo, Lima et al., (2019) utilizaron las tiras cómicas que ilustran diferentes escenarios para evaluar la empatía, respondiendo a diferentes intenciones y emociones, demostrando la utilidad de éstas para relacionar empatía y enfermedades mentales.

Para terminar, son escasos los trabajos que prestan atención al estudio de la empatía en relación con las enfermedades mentales (Alcalá et al., 2013). Se necesitan más estudios para confirmar las deficiencias en el reconocimiento de las emociones en pacientes con enfermedades mentales, así como para conocer las capacidades de la cognición social de esta población (González-Panzano et al., 2019). Martín et al., (2017) señalan que los estudios que relacionan la cognición social en general, y en particular la empatía, con la esquizofrenia son muy escasos, a pesar de lo útiles que serían a la hora de recuperar las capacidades individuales y funcionamiento psicosocial de esta población. De modo que se deben dirigir a mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas, promoviendo cambios que fomenten una adecuada coordinación entre los profesionales y los tratamientos. Con la aportación de Lima et al., (2019) de que se utilicen pruebas basadas en simulaciones, las cuales mediante estímulos visuales y escenarios realicen abordajes más adecuados a la metacognición de estos pacientes. Afortunadamente, cómo pensamos y cómo nos comportamos está tomando protagonismo, las neurociencias están desplegando un interés por el estudio del comportamiento (Gómez, Molina y Arana, 2013).

CONCLUSIONES

Como hemos visto, la empatía es la capacidad humana para “ponerse en los zapatos del otro”, es una de las habilidades esenciales de la socialización, ya que mediante ésta podemos hacer interpretaciones de las relaciones sociales, estableciendo expectativas sobre los demás y anticipándonos a sus reacciones. La esquizofrenia, como una enfermedad mental grave, se caracteriza por alteraciones en la percepción y en la afectividad, los pacientes distorsionan sus pensamientos, sus emociones, su conducta e incluso la conciencia sobre sí mismo, de modo que presentan una cognición social pobre que no les permite mantener relaciones sociales plenas. De este modo, podemos confirmar la relación entre la empatía y la esquizofrenia, la cual se traduce en que el funcionamiento social pobre de los individuos supone déficits en habilidades sociales tales como la empatía.

Por otro lado, podemos confirmar que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia carecen de empatía y no poseen habilidades empáticas según nuestra revisión bibliográfica, ya que los resultados muestran las grandes dificultades que experimentan los sujetos para atribuir emociones, no son capaces de reflexionar sobre los pensamientos, emociones e intenciones, no solo de los demás, sino propios; la conducta del esquizofrénico es impredecible, de forma que resulta imposible que predigan y comprendan la conducta social de los demás. Ahora bien, no es extraño que los pacientes no conozcan sobre aquello que no les interesa, los diagnosticados con esquizofrenia se caracterizan por estar desconectados de la realidad, incluso en ocasiones son conscientes de las diferencias entre sus capacidades y las de quienes los rodean, llegando a mostrarse reacios a mantener relaciones interpersonales, por lo que son ellos mismos quienes no pretenden empatizar ni conocer una socialización normal.

Para concluir, podemos dar respuesta al objetivo general de esta revisión, estudiar la empatía y esquizofrenia en la edad adulta, como hemos podido comprobar, sí existe relación entre la empatía y la esquizofrenia en la edad adulta. Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan un deterioro en su calidad de vida general, el cual influye en todos los ámbitos, incluido el social, los déficits en habilidades sociales suponen un impedimento a la hora de establecer relaciones interpersonales. No obstante, es necesario frenar el estigma de que carecer de funcionamiento social sea sinónimo de peligro, es importante apartar adjetivos como impulsivo o impredecible desde una connotación negativa. La disfunción cognitiva, emocional y actitudinal que supone la

enfermedad supone un funcionamiento y conocimiento social pobre, el cual no hace posible a los esquizofrénicos de empatizar, no son capaces de percibir las intenciones ajenas, ni de ponerse en el lugar de los demás desde un punto de vista objetivo.

Por otro lado, como limitaciones de este estudio debemos destacar la escasa disponibilidad de artículos para su desempeño, es necesario profundizar en la relación entre la empatía y la esquizofrenia, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial. Y no solo de la empatía, sino relacionar todas las habilidades sociales con esta y otras enfermedades mentales, con el fin de sensibilizar a la sociedad y dar visibilidad a esta población, frenando los estigmas que arrastran y favoreciendo su inclusión social. Además, esto nos lleva a posibles líneas de investigación, resulta necesario crear programas de entrenamiento de habilidades sociales y desarrollo de estrategias, los cuales favorezcan la cognición social de los individuos, permitiéndoles dar sentido a los desafíos que la vida les presenta y comprender el mundo de manera no egocéntrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalá, V., Camacho, M., Romero, S., y Blanco, N. (2013). La falta de empatía: ¿Un síntoma específico de la esquizofrenia? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(1), 73-80. DOI: [10.5944/rppc.vol.18.num.1.2013.12764](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.1.2013.12764)
- Bedolla, D. (2015). Neuropsicología de la empatía. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias: (RDCN)*, 2(1), 11-23.
- Bedolla, D. (2017). Sobre la empatía y la introspección emocional en los diseñadores. *Economía Creativa*, 8, 85-113.
- Bedoya, E. Y., Ardila, W. A., Cañas, D. C., y Vasquez, D. A. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 8-13. DOI: [10.5839/rcnp.2017.12.02.02](https://doi.org/10.5839/rcnp.2017.12.02.02)
- Bellosta, M., Garrote, E., Pérez-Blasco, J., Moya, L., y Cebolla, A. (2019). Mindfulness, empatía y compasión: evolución de la empatía a la compasión en el ámbito sanitario. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 4(1), 47-57. DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.125>
- Bhugra, D. (2010). Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. National Collaborating centre for mental health, Updated Edition. 1-494.
- Bloom, P. (2016). *Contra la empatía: Argumentos para una compasión racional*. Grijalbo México.
- Borrell, F. (2018). Simpatía-empatía-compasión. *Folia humanista* 10, 1-17. DOI: <https://doi.org/10.30860/0042>
- Brunsteins, P. (2011). El rol de la empatía en la atribución mental. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 3(1), 75-84. DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v3.n1.5235>
- Bucca, A. (2014). The functions of language and the understanding of mental disorders. *Conjectura: filosofía e educação*, 19(2), 13-26.
- Caballero, R., Guedeja, J. M., González-Villajos, F. J. (2013). La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(3), 15-38.

- Caqueo, A., Urzúa, A., y Rus, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia psicológica*, 35(1), 111-114.
- Casas, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. J., García-Franco, M., Martín, J. R., López, E., y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del inventario de aserividad Gambrell y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de psicología*, 20(2), 431-437. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.154311>
- Casiano, C. N., Lozano, M. C., Aguilera, C., y Manzano, A. (2017). Análisis de diferencias en el uso, conocimiento y actitudes hacia las nuevas tecnologías entre personas con y sin enfermedad mental grave. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1050>
- Cuevas, C., y Perona, S. (2012). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 145-154.
- De las Matas, M. C. (2014). Teoría de la mente y esquizofrenia: aspectos conceptuales y evolutivos. *InterSedes*, 15(30), 211-219.
- Díaz, E., Delgado, A., Riaño, M. E., Caballero, Y., y Moros, J. P. (2018). Perfil Neuropsicológico en un Paciente con Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(1), 34-39. DOI: [10.5839/rcnp.2017.12.01.01](https://doi.org/10.5839/rcnp.2017.12.01.01)
- Díaz, O., Nieto, M., Montorio, I., y Periañez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 101-114. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15165>
- Dorado, C.A., y Castaño, D. (2018). Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. *Pensamiento psicológico*, 16(2), 73-86. DOI: [doi:10.11144/Javerianacali.PPSI16-2.eprc](https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-2.eprc)
- Galaverna, F., Bueno, A., Morra, C. (2011). Perfil Neurocognitivo en la Esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2(11), 103-113.
- García-Campayo, J., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?* Barcelona: Kairós.

- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., Arrieta, M., González-Fraile, E., Pérez-Fuentes, G., García-Polavieja, B., Martín-Carrasco, M., Gómez de Tojeiro, J., y Santos, B. (2017) PERE: Una nueva herramienta para valorar el reconocimiento de las emociones básicas y su aplicación en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 22(2), 85-93. DOI: [10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17244](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17244)
- Gómez, M., Molina, D., Arana, D. M. (2013). Teoría de la mente en un grupo de personas vinculadas al conflicto armado y en proceso de resocialización. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 244-257. DOI de la revista: <https://doi.org/10.21501/issn.2216-1201>
- González-Fraile, E., Bastida, M. T., Martín, M., Domínguez, A. I., e Iruín, 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), 113-121. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/pi2018a20>
- González-Pando, D., Beltrán, P., y Martínez-Suárez, P. C. (2016). Explorando el potencial de aprendizaje de personas con esquizofrenia en distintas condiciones psicopatológicas. *Clínica y Salud*, 27(2), 81-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.04.003>
- González-Panzano, M., Borao, L., Herrera, P. Campos, D., López Del Hoyo, Y., Morillo, H., y García-Campayo, J. (2019). Habilidades de mindfulness y cognición social en la predicción de la sintomatología afectiva en la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo y participantes no clínicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(1), 9-17. DOI: [10.5944/rppc.24170](https://doi.org/10.5944/rppc.24170)
- González-Rodríguez, M., y Fernández-Rodríguez, E. (2012). La empatía en el paciente esquizofrénico. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, 10, 27-28.
- Gratacós, M., y Pousa, E. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles de psicólogo*, 39(1), 31-39. DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2850>
- Guimón, J. (2010). Empatía, creatividad y psicopatología. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 131-142.

- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo, A., Ferrer, M., y Fernández-Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Gutiérrez-Ruiz (2013). Evaluación neuropsicológica de la cognición social en la esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 103-123.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., y De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. DOI: <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>
- Inchausti, F., Garcia-Poveda, N. V., Ortuño, J., y Ballesteros, A. (2016). Habilidades metacognitivas en adultos con abuso de sustancias bajo tratamiento en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 29(2), 74-82. DOI: [10.20882/adicciones.719](https://doi.org/10.20882/adicciones.719)
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado, J., Ortuño, J., y Gaínza, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles de psicólogo*, 38(3), 204-215. DOI: [10.23923/pap.psicol2017.2840](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2840)
- Lima, D. N., Duque, X., Jiménez, F., Salín, R. J., Morales, F. A., y Ongay, A. (2019). Validación de la prueba de tiras cómicas para evaluar la empatía en una muestra de población mexicana. *Gaceta médica de México*, 155(1), 45-49.
- Loubat, M., Gárate, R. y Cuturrufo, N. (2014). Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia: una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 52(3), 213-227. DOI: [10.4067/S0717-92272014000300007](https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300007)
- Loubat, 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*, 12(39), 15-25.
- Machado, J. y Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 1-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.1529>
- Martín, E., y Navarro, I. (2012). La esquizofrenia. *UCIENCIA*, 9, 44-48.

- Martín, M. C., Secades, R., Aparicio, A., y Tirapu, J. (2017). Empatía en el trastorno mental grave. *Revista de Neurología*, 64(4), 145-152. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6404.2016300>
- Martín, M.C., Secades, R., López-Goñi, J. J., y Tirapu, J. (2017). Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 211-219.
- Martínez, A., Martínez-Lorca, M., Santos, J. L., y Martínez-Lorca, A. (2018). Protocolo de evaluación de la prosodia emocional y la pragmática en personas con esquizofrenia. *Revista de Investigación en Logopedia*, 8(2), 129-146. DOI: <https://doi.org/10.5209/RLOG.59892>
- Mateu, J. M., y Navarro, N. (2015). Claves y evidencias del uso de las TIC en trastorno mental. *Psychology, Society & Education*, 7(1), 85-95. DOI: [10.25115/psyse.v7i1.542](https://doi.org/10.25115/psyse.v7i1.542)
- Medina, L. (2012). Relación entre funcionamiento neurocognitivo y aspectos sociodemográficos en pacientes con esquizofrenia. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 16(9), 1-35.
- Montag, C., Dziobek, I., Richter, I.S., Neuhaus, K., Lehmann, A., Sylla, R., Heekeren, H., Heinz, A., y Gallinat, J. (2011). Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 203-209. DOI: [10.1016/j.psychres.2010.09.006](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.006)
- Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Moragriega, A. (2010). Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial. *Información psicológica*, 98, 20-32.
- Moreno, R., Carnicero, J. D., Martínez-Heras, P., Báez, A., Castro, M. A., Fernández-Lorente, L., Méndez, M., Patier, M. T., y González-Villajo, F. J. (2018). Impacto de los talleres de sensibilización en la reducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(2), 197-212.
- Moya, L., Herrero, N., y Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Neurología de la conducta*, 2(50), 89-100. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009111>

- Munguía, D., Oviedo, M. A., París, F., y Bueno, J. (2017). Estilo de vida activo como terapia coadyuvante en pacientes con trastorno mental grave: the Psychiactive Project. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 4(1), 363-372. DOI: [10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1064](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1064)
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillen, A., e Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*. 22(2), 157-173. DOI: [10.5093/cl2011v22n2a5](https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a5)
- Muñoz-Zapata, A.P., y Chaves, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 16, 123-146.
- Navarro, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 139-150. DOI: [10.25115/psye.v5i2.551](https://doi.org/10.25115/psye.v5i2.551)
- Navarro, N., Cangas, A., Aguilar, J. M., Gallego, J., Moreno, E., Carrasco, E., y Fuentes, C. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en castellano del cuestionario de las actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia. *Psychology, Society & Education*, 9(2), 325-334. DOI: [10.25115/psye.v9i2.865](https://doi.org/10.25115/psye.v9i2.865)
- Nolasco, A. (2012), La empatía y su relación con el acoso escolar. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 11(22), 35-54.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E., y Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489.
- Orjuela, F., Rozo, F. y Valencia, M. V. (2010). La empatía y la autorregulación desde una perspectiva cognitiva y su incidencia en la reducción de la agresividad en niños de diez a doce años de la Institución Educativa Distrital Las Violetas. (Tesis de Magister en Educación). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Pachón, M., Olarte, M., López-López, W., y Santolaya, F. J. (2013). Estudio bibliométrico sobre intervenciones psicológicas para la esquizofrenia. *Terapia psicológica*, 31(3), 325-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300007>

- Paredes, G. (2020). El enemigo invisible: La sensibilización ante las enfermedades mentales a través de los videojuegos. *Batariana: revista catellano-manchega de ciencias sociales*, 29, 69-83. DOI: <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i29.565>
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (2017). Cognición social en la esquizofrenia: la importancia de la detección e intervención precoz. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 211-219. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0039>
- Pérez-Álvarez, C., Bosqued, L., Nebot, M., Guilabert, M., Pérez-Zaera, J., y Quintanilla, M. A. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿El estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730. DOI: [10.4321/S0211-57352015000400002](https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002)
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24, 1-9.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K. y Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103, 853-860. DOI: [10.2105/AJPH.2012.301147](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147)
- Pienkos, E., y Sass, L. (2014). Empatía y alteridad: Enfoques humanistas y fenomenológicos en la psicoterapia con el trastorno mental grave. Comentario sobre la Psicoterapia como una Ciencia Humana. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(3), 323-338.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., y Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 813-823. DOI: [10.1093/schbul/sbt081](https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081)
- Pino, M. C., De Berardis, D., Mariano, M., Vellante, F., Serroni, N., Valchera, A., Valenti, M., y Mazza, M. (2016). Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: Mentalizing and experience sharing. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(4), 307-313. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1679>
- Plutchik, R. (1987) En: La empatía y su desarrollo. Capítulo 3 Bases evolucionistas de la empatía. Bilbao: editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Quintero, J., Barbudo, E., López, M. y López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, 39(4), 236-250.

- Rocamora, M., Ayala, F., López-Rodríguez, E. J., Wesolek, I., García-Vaquero, M. P., López-Valenciano, A., Sánchez-Romero, E. I. (2018). Efectos de un programa de ejercicio físico sobre marcadores de salud mental, calidad de vida y condición física en pacientes con esquizofrenia. *Actividad física y deporte: ciencia y profesión*, 28, 113-124. DOI: <https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.67.008>
- Ruiz-Toca, A. (2017). Función reflexiva y neurocognición en psicosis: Un estudio comparativo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(3), 189-198. DOI: <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v7i3.206>
- Saiz, J., De la Vega, D., y Sánchez-Páez, P. (2010). Bases neurológicas de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254. DOI: <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a3>
- Salavera, C. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela. *REIFOP*, 13(4), 221-226.
- Sartorius, N. (2010). Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental. *Bibliopsiquis*, 2(2).
- Soto, F., y Castillo, D. (2014). PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 118-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-416>
- Úbeda, R., Tomás, P., Dasí, C., Ruiz, J. C., y Fuentes, I. (2017). WAIS-IV Forma corta: un estudio piloto con pacientes con esquizofrenia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 17(1), 77-86.
- Valdés, A., Carlos, E., Tánori, J. y Madrid, E. (2013). Relación entre funcionamiento familiar, emociones morales y violencia entre estudiantes de primaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 21(71), 1093-1110.
- Vallina, O., Lemos, S., y Fernández-Iglesias, P. (2012). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 435-457.
- Wolnik, L. (2018). Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en la Esquizofrenia: Una revisión sistemática. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias: (RDCN)*, 5(1), 31-57.