



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación

“Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

**TÍTULO: “Cambios en síntomas negativos, insight cognitivo y funciones
yoicas en pacientes con esquizofrenia que acuden a psicodrama: estudio
comparativo”.**

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Gregorio Zepeda Cárdenas

Dr. Francisco Javier Mesa Ríos

Soc. Juana Freyre Galicia

Asesor teórico

Asesor metodológico

Ciudad de México

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|---|-----|
| Introducción..... | 1 |
| Marco teórico | |
| • Síntomas negativos..... | 2 |
| • Funciones yoicas..... | 10 |
| • Introspección (Insight)..... | 24 |
| • Psicodrama..... | 28 |
| • Atención convencional..... | 47 |
| Método | |
| • Justificación..... | 50 |
| • Planteamiento del problema..... | 52 |
| • Objetivos: generales y específicos..... | 54 |
| • Hipótesis..... | 55 |
| • Variables: dependiente e independiente..... | 55 |
| • Muestreo..... | 59 |
| • Sujetos..... | 60 |
| • Criterios de selección..... | 60 |
| • Instrumentos..... | 61 |
| • Procedimiento..... | 65 |
| • Consideraciones éticas..... | 67 |
| • Resultados..... | 68 |
| • Discusión..... | 81 |
| • Conclusiones..... | 99 |
| • Referencias bibliográficas..... | 101 |
| • Anexos..... | 107 |

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A mis padres

A mis asesores: Dr Francisco Javier Mesa y Maestra Juana Freyre

Al equipo de Hospital Parcial, en especial al psicólogo Amin Caram.

A mis amigas: Ishtar, Jazmín, Merit y Diana.

A mis pacientes del Fray Bernardino por su apoyo.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición

PANSS: Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

EICB: Escala de insight cognitivo de Beck

EFY: Escala de funciones yoicas

RESUMEN

CAMBIOS EN SÍNTOMAS NEGATIVOS, INSIGHT COGNITIVO Y FUNCIONES YOICAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN A PSICODRAMA: ESTUDIO COMPARATIVO.

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico discapacitante que afecta la conducta, la percepción y la afectividad. Sus síntomas negativos se asocian con un peor pronóstico y son más difíciles de tratar, aún con farmacoterapia. En dichos pacientes la dificultad en el insight es característica, mientras que sus funciones yoicas se encuentran disminuidas. Por lo que se hace necesario la aplicación de otros métodos adyuvantes en su tratamiento integral, entre ellos psicodrama.

Objetivo: Comparar los cambios en la severidad de síntomas negativos, insight cognitivo y funciones yoicas en pacientes esquizofrénicos que reciben psicodrama versus los que no lo reciben.

Material y métodos: Se hizo la comparación de una muestra de 40 sujetos, 20 en el grupo experimental (que recibió psicodrama) y el resto en grupo control; ambos en Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se aplicaron las siguientes escalas: Insight Cognitivo de Beck, Evaluación de Funciones Yoicas y Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la esquizofrenia al inicio y 6 meses después.

Resultados: Se encontró disminución significativa en la media de síntomas negativos de 20.73 a 14.3 (p.000), aumento no significativo del insight cognitivo de 3.40 a 4.80 y mejoría global en las funciones yoicas.

Conclusiones: Los síntomas negativos y funciones yoicas mejoraron significativamente en pacientes que recibieron psicodrama. No hubo cambios significativos en insight cognitivo. La mejoría no puede atribuirse al psicodrama. Se requieren más estudios.

Palabras clave: Psicodrama, dramaterapia, esquizofrenia, insight, introspección

INTRODUCCIÓN.

La esquizofrenia es considerada por la OMS como uno de los trastorno más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Se trata de una enfermedad que afecta a la conducta, la percepción, la cognición y la afectividad, y que produce el deterioro de diferentes aspectos del funcionamiento normal. (1)

Epidemiología: El punto de prevalencia de la esquizofrenia es 5/1000 en la población. La incidencia de la esquizofrenia es de 0.20/1000/año con un rango de 0.11 a 0.70. (1)

El pico de morbilidad se da en jóvenes adultos. La edad de inicio varía entre hombres y mujeres, siendo el inicio en hombres a edades más tempranas. El pico de incidencia para hombres y mujeres se da entre los 15 y 24 años de edad. (1)

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez la esquizofrenia paranoide ocupó la primera causa de morbilidad en la consulta externa en el año 2014, le siguió en octavo lugar la esquizofrenia indiferenciada y en décimo primer lugar esquizofrenia sin especificación, lo cual representó el 44 % de los pacientes atendidos en ese servicio. En el servicio de hospitalización continua se atendieron en el mismo año, 1024 pacientes con esquizofrenia.

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservados por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. (2)

Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos. (2)

De acuerdo al DSM 5, el espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, incluyen esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno de personalidad esquizotípica. Se definen por las anomalías en uno o más de los siguientes 5 dominios: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado (discurso), comportamiento motor anormal o gravemente desorganizado (incluyendo catatonia) y síntomas negativos. (3)

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Los síntomas negativos han sido conceptualizados como un aspecto nuclear de la esquizofrenia a lo largo del tiempo. A pesar del extendido reconocimiento de su estatus como una dimensión independiente de la esquizofrenia, a veces son confundidos con depresión o deterioro cognitivo, aún no han sido identificados homogéneamente sus dominios relevantes, sus mecanismos patogénicos permanecen desconocidos y la eficacia y disponibilidad de sus tratamientos está lejos de ser satisfactoria.

Los psiquiatras y otros especialistas están entrenados en el reconocimiento y tratamiento de los síntomas positivos, pero reciben menos, o no reciben entrenamiento en la evaluación de síntomas negativos, que aún son considerados

como difíciles de evaluar, olvidando el rol que juegan en la funcionalidad del paciente. (4)

Dichos síntomas han sido normalmente agrupados en una sola categoría, sin embargo, la diversidad de dichos síntomas sugiere que se pueden agruparse en más de una dimensión. El nuevo DSM V propone un modelo de 2 subdominios de síntomas negativos, con un dominio relacionado a déficits expresivos, incluyendo afecto, expresiones lingüísticas y paralingüísticas; y el segundo dominio, relacionado con abulia para las actividades sociales. Dicha clasificación con dos subgrupos podría tener implicaciones importantes para la investigación, diagnóstico y tratamiento. (5)

Los síntomas negativos aportan una porción sustancial de la morbilidad asociada con la esquizofrenia pero son menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos síntomas negativos son particularmente prominentes en la esquizofrenia: expresión emocional disminuida y abulia.

La expresión emocional disminuida incluye reducciones en la expresividad de emociones en la cara. Contacto visual, entonación del discurso (prosodia) y movimientos de las manos, cabeza y la cara, que normalmente le da un énfasis emocional al discurso. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales. Otros síntomas negativos incluyen alogia, anhedonia y apatía. La alogia se manifiesta por pobreza del habla. La anhedonia es la incapacidad de

experimentar placer proveniente de estímulos positivos o la degradación en la recolección de placer previamente experimentado. Apatía se refiere a la falta de interés en las interacciones sociales y puede estar asociada con la abulia, pero también puede ser una manifestación de oportunidades limitadas en las interacciones sociales. (3)

En un estudio que utilizó los dominios sintomáticos de los síntomas negativos en la esquizofrenia, se corroboró la evidencia de 2 subgrupos distintivos: un grupo con síntomas predominantes de abulia y apatía (AA, por sus siglas en inglés) y otro con un perfil predominante de expresión disminuida (DE, por sus siglas en inglés).

Los subgrupos de síntomas negativos AA y DE difirieron significativamente en cuanto a validadores externos clínicamente relevantes, incluyendo medidas de funcionalidad, ajustes premórbidos, curso clínico, síntomas de desorganización, cognición social, sexo y raza, concluyendo que los distintos subgrupos de pacientes con elevación de síntomas AA o DE pueden ser identificados dentro del amplio diagnóstico de esquizofrenia y que esos subgrupos muestran diferencias clínicamente significativas en presentación, señalando que el subgrupo AA tiende a estar más relacionado con resultados más pobres que el subgrupo DE, sugiriendo que puede ser un aspecto más severo de psicopatología. (6)

La propuesta de que los síntomas negativos están compuestos por más de una sola dimensión tiene importantes implicaciones: las diferentes dimensiones pueden tener causas subyacentes, curso y respuesta al tratamiento diferentes. De acuerdo a esta

idea, investigaciones recientes sugieren que las dos dimensiones antes mencionadas pueden tener distintos correlatos clínicos y funcionales.

En un estudio longitudinal se encontró que la abulia y la expresión emocional disminuida predecían cada una de ellas diferentes aspectos en los resultados de funcionamiento social: la primera predecía el contacto social y la última predecía actividades del hogar.

Otra investigación también encontró que los déficits en la “expresividad” y en la “motivación/placer” tienen distintos correlatos clínicos: el primero fue asociado con inicio temprano, menor educación y un desempeño más pobre en los test cognitivos; y la última con duración de la psicosis no tratada y la historia familiar de la misma. Se sugiere que la evaluación separada de las dos dimensiones proveería de beneficios como mediciones de la respuesta al tratamiento más sensibles así como la oportunidad de investigar la distinta fisiopatología subyacente de dichas dimensiones sintomáticas. (7)

Los síntomas negativos de la esquizofrenia constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Pueden ser difíciles de evaluar por que ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios factores. La mejor prueba para establecer la existencia de síntomas negativos es su presencia durante un periodo de tiempo considerable; son especialmente frecuentes y en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes, pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos

habladores y no hacer nunca preguntas así como pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que el sujeto se alejaba gradualmente (8).

En un estudio intensivo de Hafner y colaboradores sugieren que el inicio de síntomas negativos tiende a presentarse 5 años antes del inicio de los síntomas psicóticos, siendo el inicio de síntomas positivos más cercanos a la hospitalización. Otra revisión de 13 estudios prospectivos del curso de la enfermedad en cohortes de pacientes con recién inicio de la enfermedad, mostró que los síntomas negativos predicen pobre pronóstico en 4 de sus estudios; y en pacientes con un inicio gradual de la enfermedad, los síntomas negativos también se asocian con un pobre pronóstico. (1)

Los síntomas negativos en la esquizofrenia son considerados habitualmente como una limitación de funciones normales, como la existencia de un afecto aplanado, de retraimiento afectivo, pobre capacidad de empatía, actitud pasiva, tendencia al aislamiento social, dificultades en el pensamiento abstracto y carencia de espontaneidad. Estos síntomas están asociados a estancia prolongada de hospitalización y pobre funcionamiento social. Los síntomas negativos de la esquizofrenia son los que determinan en última instancia si el paciente va a presentar una buena o pobre evolución, los que determinen a largo plazo si pueden vivir independientemente, mantener relaciones sociables estables o reincorporarse a la vida laboral. Los síntomas negativos pueden además persistir entre los

episodios psicóticos una vez que la esquizofrenia ha comenzado y limita el funcionamiento social y ocupacional en ausencia de síntomas positivos.

El aumento del reconocimiento y la importancia de los síntomas negativos han provocado ahora el que se enfatice en su detección y tratamiento. Aunque los actuales antipsicóticos tienen un efecto muy limitado para tratar los síntomas negativos, las intervenciones psicosociales junto con los antipsicóticos pueden ser útiles en la reducción de los síntomas negativos.

Neurobiología de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Numerosos estudios subcategorizan los síntomas de la enfermedad en cinco diferentes dimensiones: síntomas negativos y positivos, así como cognitivos, agresivos y afectivos.

El córtex prefrontal se considera un centro clave entre los circuitos cerebrales mal funcionantes y cada uno de los restantes síntomas de esquizofrenia: así se relaciona el córtex prefrontal ventromedial y mesocortical con los síntomas negativos y afectivos. Los síntomas negativos están vinculados a un mal funcionamiento del circuito mesocortical y de otras estructuras límbicas como el núcleo accumbens, que es parte del circuito de recompensa del cerebro y desempeña un papel importante en la motivación.

Las proyecciones de la vía dopaminérgica mesocortical que conectan con el córtex prefrontal dorsolateral se relacionan con la regulación de las funciones cognitivas y

ejecutivas, mientras que los haces que llegan a partes ventromediales del córtex prefrontal se vinculan a funciones relacionadas con la regulación de las emociones y el afecto. El papel exacto de las vías dopaminérgicas mesocorticales en la mediación de síntomas en la esquizofrenia todavía es tema de debate, pero muchos investigadores creen que los síntomas cognitivos y algunos síntomas negativos de la esquizofrenia pueden ser debidos al déficit de actividad dopaminérgica en las proyecciones mesocorticales al córtex prefrontal dorsolateral , mientras que los síntomas afectivos y otros síntomas negativos de la esquizofrenia pueden ser debido al déficit de la actividad dopaminérgica en las proyecciones mesocorticales al córtex prefrontal ventromedial.

El estado deficitario que provoca los síntomas negativos sugiere una infraactividad o “quema” de sistemas neuronales. Esto puede estar relacionado con las consecuencias excitatorias de la sobreactividad en los sistemas glutamatérgicos. Un progresivo proceso degenerativo en la vía dopaminérgica mesocortical podría explicar el progresivo empeoramiento de estos síntomas y el incremento del estado deficitario en algunos pacientes esquizofrénicos.

Cuando un paciente con esquizofrenia pierde motivación e interés y tiene anhedonia y dificultad para experimentar placer, tales síntomas podrían también implicar un déficit de función en la vía dopaminérgica mesolímbica, no sólo un deficiente funcionamiento en la vía dopaminérgica mesocortical. Esto se sustenta por el hecho de que pacientes tratados con antipsicóticos, sobre todo con antipsicóticos convencionales, empeoran de sus síntomas negativos y presentan un estado de “neuroleptosis” casi idéntico a los síntomas negativos de la esquizofrenia. El hecho

de que el córtex prefrontal no tenga una alta densidad de receptores D2 podría implicar que exista un funcionamiento deficiente en el seno del sistema dopaminérgico mesolímbico que provocaría mecanismos de recompensa inadecuados, exhibidos con comportamientos tales como anhedonia y abuso de sustancias, así como síntomas negativos como pérdida de la recompensa en las interacciones sociales y disminución global del interés y de la motivación. La infraactividad de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas puede también contribuir a los síntomas negativos de la esquizofrenia relacionados con las funciones de recompensa.

Se ha establecido también la hipótesis de la hipofunción del receptores NMDA en las proyecciones glutamatérgicas y su relación con los síntomas cognitivos, negativos y afectivos de la esquizofrenia. Si existe hipoactividad de los receptores de NMDA (N-metil-d-aspartato) en las proyecciones corticotroncoencefálicas, se pierde la excitación tónica en esta zona y la vía dopaminérgica mesocortical se vuelve hipoactiva, lo que explicaría teóricamente los síntomas cognitivos, negativos y afectivos de la esquizofrenia.

Finalmente, se habla de la hipótesis neurodegenerativa de la esquizofrenia, desde un posible programa genético de apoptosis anormal con la subsecuente degeneración de neuronas críticas, a la exposición prenatal, anoxia, toxinas, infecciones o malnutrición, o por una pérdida neuronal por un mecanismo conocido como exotoxicidad. Si las neuronas permanecen excitadas durante la aparición de síntomas psicóticos y después mueren por un proceso tóxico causado por esta

excesiva actividad neurotransmisora excitadora, esto podría dar lugar a un estado residual de agotamiento y, de esta manera, a los síntomas negativos. (9)

FUNCIONES YOICAS

En la práctica psicoterapéutica se utilizan diversas funciones mentales o funciones psicológicas que ayudan al individuo a adaptarse al ambiente, a responder a estímulos y a regular las funciones biológicas básicas mientras se asegura la supervivencia y la satisfacción de las necesidades, llamadas en la psicodinamia, funciones yoicas. (10)

Para hablar de funciones yoicas, tendríamos que remitirnos primero al mismo Freud, quien percibía a la personalidad total como una estructura integrada por 3 sistemas principales: el ello, el yo y el superyó. En la persona mentalmente sana esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse de una manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre. A la inversa, cuando los tres sistemas de personalidad están en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada, insatisfecha consigo misma y con el mundo, además de eficacia reducida.

El Ello: Su función es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se liberan en el organismo mediante estímulos internos o externos. Esta función cumple con el principio primordial o inicial de la vida, que Freud llamó el principio de placer. La finalidad del principio del placer es liberar a la

persona de la tensión o reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible.

El Yo: Es aquella parte del mecanismo psíquico que está en contacto con la realidad externa. Tiene un aspecto consciente que es el órgano ejecutor de la psiquis, responsable de la toma de decisiones y de la integración de las percepciones interiores y externas. Pero también presenta una parte que funciona inconscientemente, donde se albergan mecanismos de defensa necesarios para contrarrestar las pulsiones del ello.

En la persona bien adaptada el yo es el ejecutivo de la personalidad, que domina y gobierna al ello y al superyó y mantiene un comercio con el mundo exterior en interés de la personalidad total y sus bastas necesidades. Cuando el yo cumple sabiamente sus funciones ejecutivas, prevalecen la armonía y la adaptación. Cuando el yo abdica o entrega demasiado de su poder al ello, al superyó o al mundo externo, se producen inadaptaciones y desarmonías; está gobernado por el principio de la realidad.

El Superyó: es la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. Es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como una consecuencia de la asimilación por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso.

Está compuesto de dos subsistemas: el ideal de yo y la conciencia moral. El primero corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran

moralmente bueno, la segunda, en cambio corresponde a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo, y esos conceptos se establecen mediante experiencias de castigo. Son caras opuestas de la misma moneda moral. (11)

Por motivos de nuestro marco teórico, nos enfocaremos precisamente en la psicología del yo, que surgió como resultado de la confluencia de las ideas planteadas por Freud en los últimos años de su vida con el pensamiento de raigambre positivista que acentuó los modelos biológicos de la personalidad, tales como adaptación, equilibrio, maduración y desarrollo, fases progresivas y regresivas, funciones mentales de la psicología general, etcétera. (12)

Las raíces de la psicología del yo se remontan a la obra de Sigmund Freud “El Yo y el Ello en 1923, e “Inhibiciones, síntomas y angustia” en 1926, trabajos seguidos por dos fundamentos adicionales: “El yo y los mecanismos de defensa” por Ana Freud en 1936 y “La psicología del yo y el problema de adaptación” por Heinz Hartmann en 1939. Dicha corriente floreció en América de la segunda guerra mundial, traída por Hartmann y varios de sus colaboradores, y por más de dos décadas mantuvo una hegemonía sobre el psicoanálisis americano. Dentro de este marco, las concepciones de las psicoterapias psicoanalíticas evolucionaron como modificaciones específicas de la técnica psicoanalítica dirigida a las necesidades clínicas del espectro de pacientes no susceptibles de psicoanálisis propiamente dicho. (13)

Desde el punto de vista teórico los fundadores de esta corriente, Hartmann principalmente, se basaron en los últimos trabajos de Freud, en particular los referidos a la formulación de la segunda tópica (estructura tripartita de la mente: ello-yo-superyó) y se dedicaron a continuar dichas teorizaciones. (12)

El interés teórico era transformar al psicoanálisis, que hasta entonces se había dedicado a estudiar el conflicto mental y los fenómenos inconscientes, en una psicología general. Era necesario incluir como objetos de estudio del psicoanálisis funciones mentales como la conducta, la inteligencia, el pensamiento, el conocimiento, etc.

Hartmann propuso la existencia de aparatos innatos del yo constituidos por actividades como la memoria, la percepción, la capacidad de asociación, la motricidad, etc. Desde su punto de vista el yo no surge únicamente del conflicto entre el ello y la realidad, sino que está presente desde el nacimiento representado por algunas funciones que, por no estar inmersas en el conflicto entre la realidad interna y la realidad externa, son autónomas y corresponden a un “área libre de conflictos”.

Ciertas funciones del yo surgidas inicialmente del conflicto entre el ello y la realidad pueden más tardíamente en el desarrollo independizarse del impulso o el conflicto que les dio origen, de tal manera que logran una autonomía que se designa como secundaria, asumiéndose que determinado rasgo del yo puede transformarse de defensa contra el impulso en un aspecto del carácter con posibles aplicaciones prácticas y adaptativas. (12)

Aunque al hablar del Yo, nos estamos refiriendo a una de las tres componentes del aparato mental, es claro que dicha estructura está relacionada con un sustrato biológico. La corteza de asociación prefrontal está implicada en procesos que generan conocimientos explícitos en la experiencia consciente, tiene dos funciones principales: integra la información sensorial y vincula el movimiento planificado, subactúa como elemento en el sistema de mantenimiento de la información a corto plazo, incluyendo datos almacenados y recuperados en la memoria declarativa; también participa en funciones de coordinación por lo que sugiere funciones ejecutoras del yo y superyó. (14)

De acuerdo a Freud, la energía libre neuronal se relaciona con el proceso primario del pensamiento, el funcionamiento yoico minimiza esta energía libre de la mente, nombrándola proceso secundario, convirtiendo la energía libre en energía de unión. El proceso secundario o procesos de cognición secundaria es el modo del cognición del yo, un modo de despertamiento de la conciencia, las regiones específicamente implicadas en la red a modo de falla incluye la corteza prefrontal medial, corteza cingulada posterior, lóbulo parietal inferior, corteza temporal lateral e inferior y lóbulos temporales mediales. (14)

Según Cameron, la simple organización de un sistema del yo da la capacidad de organizar la experiencia y la conducta de modos racionales, precisos, prácticos y adecuados al ambiente humano, los clasifica en procesos primarios (percepciones, emociones, pensamientos y acciones realistas y maduras del adulto) y procesos secundarios (cuando se engloban y diferencian de la percepción interior. (15)

Fiorini enfatiza la necesidad de hacer diferencias jerárquicas en tres órdenes de funciones:

1. Funciones yóicas básicas: dirigidas al mundo exterior, a los otros y a aspectos de sí mismo: percepción, atención, memoria pensamiento, anticipación, exploración, ejecución, control y coordinación de la acción.
2. Funciones defensivas: dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones.
3. Funciones integradoras, sintéticas, u organizadoras: superpuesto funcional jerárquicamente a las anteriores. Mantienen una cohesión, una organización y un predominio de las demás funciones. (16)

Al seleccionar sus 12 funciones del Yo, Bellak y colaboradores (1973), reconocieron que las categorías de las funciones están delineadas para ordenar fenómenos observables. Además, se reconoce que las funciones del Yo pueden verse influenciadas por pulsiones o por factores del súper yo, así como que también existe cierto grado de superposición entre las distintas funciones del Yo.

Las 12 funciones del Yo de Bellak son:

1. Contacto con la realidad: Sus factores componentes son:
 - a) Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos

b) Grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos externos (incluyendo orientación tempoespacial).

c) Grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos internos (mentalidad psicológica, capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior)

2. Juicio crítico: sus factores componentes son:

a) Anticipación de las posibles consecuencias de un hecho (previsión de peligros probables, problemas legales, censura social, desaprobación, inadecuación, daño físico).

b) Manifestación de esta anticipación en el comportamiento (gradual en el cual la conducta manifiesta refleja la conciencia de las probables consecuencias. También grado de repetición de conductas que expresan juicios erróneos).

c) Reacción emocional apropiada a esta anticipación (adecuación de la conducta al contexto social dependiendo del grado de sintonía emocional con los aspectos importantes de la realidad externa).

3. Sentido de la realidad del mundo y de sí mismo: sus factores componentes son:

a) Grado de realización (grado en el cual los acontecimientos externos son experimentados como reales e incluidos en un contexto de familiaridad).

- b) Grado de personalización: (grado en el que el cuerpo, o parte de él, y su funcionamiento, así como su conducta, son experimentados con familiaridad, comodidad y como pertenecientes o emanantes del sujeto)
 - c) Identidad y autoestima (grado en el cual el sujeto ha desarrollado individualidad, sentido de ser único)
4. Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos. Sus factores componentes son:
- a) Grado de expresión directa del impulso (desde el "acting out" primitivo y psicopático hasta formas relativamente indirectas de expresión conductual, pasando por la actividad de carácter impulsivo y el "acting out" neurótico).
 - b) Efectividad de los mecanismos de control y demora (grado de tolerancia a la frustración, y el grado en el cual los derivados pulsionales son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva, y conducta manifiesta).
5. Relaciones objetales o interpersonales. Sus factores componentes son:
- a) Grado y calidad de las relaciones con los demás (teniendo en cuenta narcisismo, simbiosis, separación-individuación, tendencia al retraimiento, egocentrismo, elección narcisista de objetos, o grado de mutualidad, reciprocidad, empatía y facilidad de comunicación. Grado de intimidad-distanciamiento y grado de flexibilidad y elección en el mantenimiento de las relaciones objetales).

- b) Primitividad-madurez de las relaciones objetales (grado de adaptación en el que las relaciones presentes se encuentran influenciadas o estructuradas por relaciones anteriores).
- c) Grado en el cual el individuo percibe y responde a los demás como entidades independientes más que como extensiones de sí mismo.
- d) Grado en el cual el sujeto puede mantener una constancia objetiva (por ejemplo, soportar tanto la ausencia física del objeto como la frustración o ansiedad relacionados con la misma).

6. Procesos cognitivos. Sus factores componentes son:

- a) Grado de adaptación en memoria, concentración y atención.
- b) Capacidad de conceptualización (grado en el cual el pensamiento abstracto y concreto son apropiados a la situación).
- c) Grado en el cual lenguaje y comunicación reflejan procesos de pensamiento primarios o secundarios.

7. Regresión adaptativa. Sus factores componentes son:

- a) Grado de relajación de las agudezas perceptiva y conceptual con el aumento correspondiente de la capacidad de darse cuenta de contenidos preconcientes e inconscientes, y grado en el cual estas regresiones desorganizan la adaptación o son incontroladas (primera fase del proceso oscilante).

b) Grado de uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones. Grado de aumento en el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas producidas, controladas y utilizadas desde el proceso secundario (segunda fase del proceso oscilante).

8. Mecanismos de defensa. Sus factores componentes son:

a) Grado en el cual los mecanismos de defensa, defensas de carácter y otros funcionamientos defensivos afectan de forma maladaptativa a la ideación, conducta y el nivel adaptativo de otras funciones del Yo.

b) Grado en el cual las defensas tienen éxito o fracasan (por ejemplo, grado de emergencia de la ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos).

9. Filtro de estímulos. Sus factores componentes son:

a) Dintel, sensibilidad y registro de estímulos internos y externos en las distintas modalidades sensoriales (corresponde a la función receptiva).

b) Grado de adaptación, organización e integración de respuestas a los distintos niveles de estimulación sensorial. Eficacia de los mecanismos de adaptación en relación con el grado de estimulación sensorial observado en conducta motora, respuesta afectiva y cognición).

10. Funcionamiento sintético-integrativo. Sus factores componentes son:

- a) Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorrepresentaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente contradictorias.
- b) Grado de relación activa o integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales (estos acontecimientos pueden o no estar relacionados con conflictos, y no están necesariamente limitados a la conducta).

11. Funcionamiento autónomo. Sus factores componentes son:

- a) Grado de funcionamiento de los mecanismos primarios de autonomía (atención, concentración, memoria, aprendizaje, perfección, función motora e intención).
- b) Grado de funcionamiento de los mecanismos secundarios de autonomía (perturbaciones en pautas de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, hobbies e intereses).

12. Dominio y competencia. Sus factores componentes son:

- a) Grado en el cual el sujeto utiliza su capacidad de interacción y su control, dominio activo y causalidad sobre su medio ambiente.
- b) Sentimiento subjetivo de competencia y control del ambiente (incluye las expectativas de éxito del individuo y de cómo se desenvuelve. El sentido de competencia se valora tal cual el sujeto lo refiere).

- c) Grado de discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia.

El nivel adaptativo de las funciones de yo es generalmente más estable en los individuos que funcionan adecuadamente que en aquellos que muestran una considerable psicopatología, su evaluación puede servir como aproximación diagnóstica, entender las relaciones causales, etiología y patogenia, así como hacer aproximaciones pronósticas y psicoterapéuticas. (17,18)

Esquizofrenia y funciones yoicas.

Psicopatología de la conciencia del Yo en la esquizofrenia

El “concepto de conciencia del yo” viene siendo tratado por los psicoanalistas como “ego” o “self” ya desde Freud, seguido, entre otros, por sus discípulos, Paulo Federn, Heinz Hartmann, Heinz Kohut, etc.

Las ideas generales pertinentes fenomenológicamente a la “conciencia del yo” tienen que ver expresamente, con los diferentes modos de apreciar-se, sentir-se, diferenciar-se, valorar-se, identificar-se, etc. Se pone un deliberado énfasis en el pronombre reflexivo “se” para remarcar que se trata de una actitud fundamentalmente auto-orientadora del yo frente a ambos mundos: el externo y el interno.

Los estudios especializados han logrado determinar una serie de aspectos que configurarían la conciencia del yo, y que H. Delgado, los ordena del siguiente modo:

- 1) La distinción de la conciencia del yo respecto al mundo exterior y de las demás

personas, 2) la conciencia de la existencia personal, 3) la impresión de plenitud presente, 4) el sentimiento de constancia virtual, 5) el sentimiento de actividad, 6) la conciencia de autonomía, 7) la conciencia de unidad, 8) la conciencia de identidad.

A continuación se seleccionan las alteraciones de la conciencia del yo que se presentan en la esquizofrenia de modo casi patognomónico:

1. La distinción de la conciencia del yo respecto al mundo exterior y de las demás personas: es el aspecto según el cual el yo se reconoce como un ser distinto de los objetos del mundo exterior y de las otras personas que lo rodean; sus alteraciones son el éxtasis, el autismo, la publicación y/o sustracción del pensamiento, transítivismo y alteroecopraxia.
2. La convicción de la existencia personal: es el aspecto de la conciencia del yo en que el sujeto sano, está convencido, tiene la certeza de que existe y que, por lo tanto, su cuerpo y su alma son entidades reales y muy suyas. La anormalidad respectiva es la “convicción de inexistencia personal”.
3. Sentimiento de constancia virtual: cada cual se siente y percibe la misma persona que fue a lo largo de su vida, desde el momento en que la instancia del yo se configura y el sujeto es capaz de ejercitar la autoreflexión. El cambio formal e incomprensible del sentimiento de constancia virtual, consiste en que el sujeto sostiene que ha sufrido una “transformación”.
4. La conciencia de actividad: el yo se considera autor y se sabe autor y dueño de sus propios actos, de tal modo que la vida subjetiva transcurre con el

sentimiento de que uno mismo es el que interviene como agente: el sujeto sabe entonces que sus pensamientos, sus ideas, sus impulsos, sentimientos, etc., de su vida cotidiana, pertenecer a él mismo. Entre las anormalidades se señalan la “parálisis del yo”, “sentimiento de automatismo” y “desposesión”. Patológicamente el sujeto está convencido de que sus actos son impuestos o dirigidos y manejados no por él mismo sino por otras personas, aparatos, máquinas, etc.

5. La conciencia de unidad del yo: es el aspecto que asegura el sentimiento de que el yo es único, indiviso e indivisible. Concerniente a ello se han descrito casos que se pueden agrupar bajo el concepto de “personalidades múltiples” y “personalidades dobles” (en un mismo sujeto se presenta más de un yo), así como el fenómeno de la “personificación”, que se presenta a la conciencia del sujeto como formando parte de la propia actividad subconsciente, pero que el yo la vive como una escisión de la personalidad.

6. La conciencia de identidad: el yo se afirma y reafirma en el sentimiento y convicción de ser el mismo de siempre. Se trata de cambios radicales en el paciente por el influjo de ideas delirantes, generalmente de grandeza. Se trata aquí de pacientes esquizofrénicos que niega enfáticamente su identidad, antecedentes, procedencia, condición social e incluso a los suyos.

(19)

INTROSPECCIÓN (INSIGHT)

El término introspección (del anglicismo “insight”; ambos términos se utilizarán de forma indistinta) carece de una definición universal, pero en la práctica clínica con personas con trastornos psicóticos se refiere a un estado mental que se infiere a partir de la respuesta verbal y conductual de un paciente a su enfermedad. Se ha llegado a considerar un síntoma de importancia nosológica. (20)

Dificultades en el insight constituye una de las características más prevalentes y representativas de los pacientes con esquizofrenia. Un Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud cifraba esta dificultad en el 97% de los pacientes psicóticos agudos. De hecho la ausencia de insight es una variable que ejerce un papel especialmente relevante tanto en el curso como en el tratamiento de pacientes con psicosis.

Entre el 50 y 80% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han mostrado falta de insight parcial o total. Se ha correlacionado el pobre insight con la pobre adherencia al tratamiento y por lo tanto pobre pronóstico y funcionamiento. (21)

Tipos de insight

- Insight clínico: consideran la autoconciencia del sujeto sobre sus síntomas, la atribución de los mismos y la capacidad del sujeto para etiquetarlos como signos o síntomas de una enfermedad mental.
- Insight emocional: comprensión para modificar creencias disfuncionales y a la afectividad asociada así como las consecuencias conductuales de esas creencias.

- Insight intelectual: supone una adecuada comprensión de los síntomas por parte del paciente pero sin experimentar un cambio en el sistema delirante subyacente.
- Insight dramático: Se utiliza en psicodrama para denominar el conocimiento nuevo sobre uno mismo que se adquiere, a modo de salto en el crecimiento personal. (22)
- Insight cognitivo: Practica la autorreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones adecuadas. (21)

La experiencia consciente de uno mismo y de los otros requiere reflexión de lo que está sucediendo en el momento dentro del propio cuerpo y el mundo alrededor, lo que se llama metacognición.

La metacognición como un proceso psicológico representa un espectro de actividades mentales que involucra pensar acerca del pensamiento y va desde los actos más discretos en el cual la persona reconoce pensamientos específicos y sentimientos, hasta actos más sintéticos en los cuales las intenciones, pensamientos, sentimientos y conexiones entre eventos son integrados en representaciones más complejas.

Las personas con esquizofrenia experimentan déficits en metacognición tanto en formas tempranas como tardías de la enfermedad. Pueden por instantes experimentar dificultades al considerar los pensamientos como subjetivos por

naturaleza, al reconocer los estados internos complejos de otros, al entender como los eventos pueden ser vistos desde diferentes perspectivas y al usar el conocimiento metacognitivo para manejar la angustia. De allí que muchos estudios han relacionado los déficits metacognitivos con síntomas negativos. (23)

Un enfoque diferente es considerar la metacognición como una función cognitiva responsable del insight. Una cantidad importante de estudios sugieren que la habilidad de las personas con esquizofrenia para pensar acerca de sus síntomas (por ejemplo pensar sobre una idea delirante) se encuentra comprometida. Las limitaciones en el insight y la conciencia de enfermedad han sido asociadas con pobres resultados en las personas con psicosis, por el contrario los cambios en esta función han sido asociados con mejoría clínica. Finalmente, a pesar de una sensación compartida entre los clínicos de que este puede ser un dominio importante de considerar en el tratamiento, aún no existen intervenciones específicas para el mismo. (24)

Resultados similares se han reportado en otros estudios, donde encontraron que el pobre insight en la esquizofrenia se ha relacionado con un funcionamiento cognitivo pobre, procesos psicológicos como negación, y más recientemente con capacidad metacognitiva deteriorada. (25)

El concepto de insight cognitivo se introdujo en 2004 para describir la capacidad de los pacientes con psicosis para distanciarse de sus experiencias psicóticas, reflexionarlas y responder a una retroalimentación correctiva. La Escala de Insight Cognitivo de Beck (BCIS, por sus siglas en inglés) se desarrolló para evaluar esos

aspectos de la flexibilidad cognitiva y para complementar escalas que describen la falta de conciencia de la enfermedad mental y sus características. Los pacientes ahora pueden ser evaluados de acuerdo al grado en que demuestran conciencia de enfermedad, sus signos y síntomas y la necesidad de tratamiento, beneficios atribuibles al tratamiento, aceptar las etiquetas de la enfermedad y entender las consecuencias sociales de la enfermedad. (26)

El constructo que subyace a este instrumento es que la ausencia de insight se produciría por:

1. Un fallo en la objetividad
2. Una pérdida de la habilidad para poner ésta en perspectiva.
3. Una resistencia a corregir información a partir de las otras opiniones.
4. Un exceso de confianza en las conclusiones.

Los autores inciden en que, una estrategia de focalización en la estructura específica de las creencias vividas por el paciente psicótico, podría promover una forma alternativa de conceptualizar el insight. Se realiza una diferenciación entre el insight emocional y el intelectual. En el insight cognitivo se acentuaría el mecanismo de evaluación y corrección de interpretaciones inadecuadas y creencias distorsionadas. (21)

Varios estudios con la escala de Beck han sido replicados, mostrando que los pacientes que experimentan psicosis tienen menor insight cognitivo que los pacientes que no experimentan psicosis. (26)

Beck y Warman han teorizado que el pensamiento delirante, en particular, debería relacionarse al insight cognitivo por que la baja puntuación en auto-reflexión y alta puntuación en auto-certeza constituye un estilo razonable que perpetuaría el pensamiento delirante. A la inversa, los pacientes que evidencian mayor grado de auto-reflexión y menor grado de auto-certeza son menos rígidos intelectualmente, y más abiertos a las explicaciones alternativas para sus experiencias, y predice menor grado de pensamiento delirante. De acuerdo a los síntomas negativos de la esquizofrenia, 3 grupos de investigación han reportado correlaciones significativas con los síntomas negativos de la escala PANSS, 2 de ellos encontrando una relación inversa con la auto-reflexión, otro de ellos encontrando una relación directa con la auto-certeza. (26).

PSICODRAMA

El psicodrama es un término y método creado por Jacobo Levi Moreno (1890-1974), quien lo definió como aquel método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción”, lo define como método terapéutico grupal y activo que integra al cuerpo, las emociones y la actuación espontánea, creativa y vivencial de la realidad concreta interpersonal e intrapsíquica de los individuos.

El método psicodramático se ancla en un conjunto de núcleos teóricos: Moreno consideraba la existencia de una matriz espontánea creativa como foco central del hombre, que debería manifestarse en su vida diaria, y sería el tipo de respuesta esperada de un “hombre sano”. La espontaneidad se definiría como la capacidad de dar respuesta nueva a una situación conocida, o la capacidad de responder

adecuadamente a una situación nueva. El acto espontáneo tendría su manifestación tangible y productiva en la creatividad.

Estas capacidades serían observables en el ser humano a través de los roles que asume. El rol sería entonces la forma funcional que asume el individuo en un momento específico en que reacciona a una situación determinada, en la cual otras personas u objetos están involucrados. La importancia del vínculo se muestra en el concepto de tele, que se refiere a la unidad mínima de comunicación a distancia, que atrae o repele a los individuos. Cuando este proceso de comunicación a distancia se ve confundido por roles del pasado que interfieren en las relaciones actuales, el tele se muestra en su forma patológica, la transferencia, creándose relaciones incongruentes, distorsiones de la percepción y de los vínculos, y desencuentros. (27)

La dramaterapia es una modalidad expresiva terapéutica que se desarrolló a partir del trabajo sobre drama terapéutico, realizado por personas como Peter Slade en los años 40 y 50. Tiene sus influencias como el teatro griego (con sus ideas de ritual y catarsis), las ideas de Winnicott sobre la superposición entre el juego y la terapia (1971), y el concepto de Boal del drama como una acción social.

La dramaterapia presenta un modelo de desarrollo, que aumenta las exigencias en los participantes con mayor adaptabilidad, entendimiento y capacidades interpersonales. La forma más básica de la dramaterapia se conoce como la modalidad creativa- expresiva y puede consistir en actividades como los juegos de

drama y ejercicios de improvisación para promover la espontaneidad y la creatividad dentro de un marco seguro. (28)

El fundamento para el uso de la dramaterapia en la esquizofrenia es que, como una terapia orientada hacia la acción, tiene algunas características útiles que no forman parte de las terapias exclusivas de conversación. Un concepto clave en la dramaterapia es el drama como un contenedor. Para las personas con esquizofrenia, los pensamientos y emociones pueden distorsionarse y ser difíciles de contener. Por lo tanto, la psicoterapia convencional puede ser problemática dado que presume al menos alguna capacidad de autorregulación de los pensamientos y sentimientos, así como la realización de un control básico de la realidad.

Otro concepto es el de distancia estética, aquí el elemento “hacer creer” del drama permite a los participantes trabajar con materiales delicados para ellos. Tales temas delicados pueden relacionarse con fantasías de asesinatos o persecución que quizá sean tan alarmantes que la persona que las experimenta pueda elegir negarlas o minimizarlas, en lugar de hablar sobre las mismas en la terapia. El efecto de distanciamiento del drama (al realizar la fantasía de forma metafórica o simbólica) permite que se trabaje sobre el material, con una red de seguridad subyacente, dado que la situación es, después de todo, “solo una historia”. (28)

El inicio de la intervención psicodramática con pacientes psicóticos estuvo a cargo también de Moreno, quien en 1937 publica su primer trabajo con esta población: Tratamiento de un caso de demencia precoz. Poco tiempo después, en 1939, propone el tratamiento psicodramático de shock, que era aplicado en el momento

postagudo de la enfermedad y pretendía la recreación del brote psicótico de manera experimental, para que éste perdiera el carácter traumático que lo acompañaba.

Finalmente, en 1944 llevó a cabo uno de los trabajos más completos de psicodrama como tratamiento de la psicosis: Tratamiento psicodramático de una paranoia. Así pues, Moreno planteo la posibilidad de usar la técnica psicodramática como una herramienta para lograr la remisión de la sintomatología psicótica cuando no se contaba aún con la ayuda de los neurolépticos.

Por su parte, Gnnie y Paul Lemoine hablan del tratamiento de las psicosis en psicodrama individual desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana, en donde la posición vertical y la implicación del cuerpo en la representación son esenciales para evitar que el sujeto enfrente una angustia y frustración excesivas.

Pierre Bour ha realizado trabajos en pacientes con esquizofrenia, bajo el modelo denominado “psicodrama de los cuatro elementos”. En este modelo se trabaja básicamente el contacto de la realidad de estos pacientes.

Kononovich menciona un grupo argentino que ha integrado el método psicodramático, tanto moreniano como psicoanalítico, en la intervención con pacientes psiquiátricos de Hospital de Día, Terapia Ocupacional, Hospitalización Continua y Consulta Externa. Esta intervención está constituida por psicodrama, juegos dramáticos, el uso de objetos intermediarios, la psicodanza, la psicoterapia psicodramática, y el psicodrama comunitario.

Quintana, integrante de esta escuela, hace hincapié en la importancia de incluir personas con diagnósticos homogéneos en los grupos de psicodrama terapéutico.

Por su parte, Rosales, utiliza el método psicodramático para el trabajo con psicóticos en el hospital de día “Torre de la Creu” de Barcelona, España. Las técnicas que propone son: la autopresentación con técnicas dramáticas, el soliloquio, el doble, el espejo, la inversión de roles, la interpolación de resistencias, el trabajo con imágenes, el uso de objetos intermediarios y el trabajo con mimo.

Alten- Felder establece que todas las técnicas psicodramáticas son aplicables en el caso de los padecimientos psicóticos, en conjunto con el uso de todos los recursos de la psiquiatría indicados para estos pacientes: apoyo farmacológico y abordaje psicoterapéutico. (19)

El paciente psicótico no es ajeno a la espontaneidad y creatividad, como lo muestra Moreno y Moreno en su modelo psicodramático de la Locura, cuando expresa que la locura es una manifestación de espontaneidad y creatividad patológica o inadecuadamente canalizada, por lo que el estudio intentó canalizar de una forma más operativa dicha espontaneidad y creatividad. (27)

La medicación es la base del tratamiento para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia, pero muchas personas aún experimentan síntomas a pesar de la medicación. Además de la medicación, las terapias creativas como el psicodrama pueden ser beneficiosas. La dramaterapia es una forma de tratamiento que promueve la espontaneidad y la creatividad. Puede promover la expresión emocional, pero no necesariamente requiere que el participante comprenda su enfermedad o actitud psicológica. (28)

Amín Caram y colaboradores en el 2001 analizaron retrospectivamente la repercusión de una intervención psicodramática en 29 pacientes con un cuadro psicótico de acuerdo a la CIE 10 de un hospital público de la ciudad de México. La intervención consistió en 40 sesiones semanales grupales, impartidas por 2 terapeutas.

Los terapeutas asignaron el estado del paciente al inicio y al final de la intervención, en una escala visual análoga del 1 al 10, donde el valor más alto implicara una máxima participación en el indicador. Los pacientes se dividieron en 2 grupos (sábados y domingos). Se utilizaron las escalas de: Conciencia de enfermedad de Kaplan, Escala de evaluación de la Actividad Global GAF y Escala Breve de Evaluación de la Psicopatología (BPRS), se midieron los siguientes indicadores entre grupos: participación, espontaneidad /creatividad, desempeño de roles y relación télica.

En el estudio no se encontraron cambios significativos en el tiempo en ninguno de los indicadores clínicos. En dos de los indicadores psicodramáticos, el de espontaneidad/ creatividad y el de desempeño de roles, mejoraron significativamente entre el inicio y el final de la intervención. El desempeño de roles correlacionó moderada, positiva y significativamente con el GAF (0.48, p menor a 0.05).

Entre sus conclusiones destaca que de acuerdo con la escala de síntomas negativos de la esquizofrenia, uno de los ítems se relaciona a falta de espontaneidad y fluidez en la conversación, que de acuerdo al estudio antes

mencionado, el indicador espontaneidad creatividad es el que refleja de forma más certera la acción terapéutica del psicodrama, sin embargo no se reportan estudios que evalúen el resto de los síntomas negativos de la esquizofrenia y su mejoría tras la intervención del psicodrama, el cual es uno de los objetivos de este estudio. (27)

En el estudio de revisión “Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia” se evaluaron los efectos de la dramaterapia y los enfoques relacionados como un tratamiento adyuvante para la esquizofrenia, en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales. En el estudio se utilizó la definición de la British Association of Art Therapists como término de referencia para su inclusión: “La dramaterapia tiene como foco de interés principal el uso intencional de los aspectos curativos del drama y el teatro como el proceso terapéutico. Es un método de trabajo y juego que utiliza métodos de acción para facilitar la creatividad, la imaginación, el aprendizaje, la comprensión y desarrollo”. (28)

No existió ningún hallazgo significativo sobre el valor de las intervenciones de drama para mantener a los pacientes hospitalizados comprometidos con el tratamiento. No existió ningún hallazgo concluyente sobre los daños o beneficios de la dramaterapia para los pacientes hospitalizados con esquizofrenia. En dicha revisión concluyen que los estudios aleatorios son posibles en ésta área. La utilización de la dramaterapia para la esquizofrenia y las enfermedades similares a la esquizofrenia debe permanecer en evaluación dado que sus beneficios, o daños, son inciertos. (28)

En el estudio “el efecto del psicodrama para mejorar la autoestima de los pacientes con esquizofrenia”, se asignaron al azar a los individuos para recibir psicodrama o la atención hospitalaria estándar, no especificó si el estudio se cegó incluyó sesiones de dos horas cinco veces a la semana durante cuatro semanas sin seguimiento a largo plazo. Se incluyó a 24 participantes, masculinos y femeninos, entre 18 y 60 años de edad, con esquizofrenia para una media de 11 años hospitalizados al momento del estudio, todos los participantes recibieron fármacos antipsicóticos pero el grupo experimental también recibió psicodrama.

En las sesiones, el terapeuta motivó a los participantes a que se sintieran parte del drama e intervino de forma indirecta para que progresara hacia un resultado en particular. Varios participaron en el drama como actores y los otros observaron. Los roles se intercambiaron en diferentes sesiones. El actor principal debió hablar sobre sus sentimientos mientras la situación progresaba. Los otros actores trataron de hacer que la situación fuese lo más real posible. La acción se siguió por una discusión del drama y la situación. El terapeuta utilizó el drama para ayudar a los participantes a analizar sus barreras psicológicas y proporcionó recomendaciones. Estas recomendaciones se construyeron de sesión a sesión. Se utilizaron la escala de autoestima (SES), escala de inferioridad (FIS).

Entre la discusión sugieren que el psicodrama como un complemento a la medicación antipsicótica y a la atención hospitalaria presenta un efecto beneficioso significativo en cuanto a la mejoría de la autoestima en personas con esquizofrenia, sin embargo el tamaño de la muestra es pequeña y existe poca información

disponible acerca de la escala, por lo que los datos deben ser tratados con cuidado.
(29)

De la misma forma se estudió la efectividad del psicodrama para mejorar el estado mental en la esquizofrenia crónica, asignando también al azar a los individuos para recibir psicodrama o la atención hospitalaria estándar. Se estableció que se cegó al evaluador del grupo de estudio. Se incluyeron sesiones de dos horas cinco veces a la semana durante tres meses sin seguimiento a largo plazo.

Se incluyeron a 60 pacientes, masculinos y femeninos de entre 33 y 60 años con esquizofrenia por al menos 5 años y hospitalizados de forma reciente. En el estudio todos los participantes recibieron fármacos antipsicóticos pero el grupo experimental también recibió psicodrama.

La terapia incluyó, en primer lugar, que los pacientes identificaran las barreras psicológicas y los síntomas, luego, los terapeutas diseñaron escenas y roles para explorar estos aspectos y a continuación, en grupos de 3 a 4 participantes, los pacientes representaron diversos roles y exploraron la manera en que se sintieron. Otros grupos observaron este procedimiento, al que se le alentó a comentar sobre los roles y cómo podían mejorarse.

Se utilizaron la Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) y la Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) antes y después de la terapia y los datos facilitados en el documento fueron utilizables para las categorías evaluadas en estas escalas. También se midieron las relaciones interpersonales, el grado de conducta participativa y realizó una evaluación del comportamiento durante el

primer y tercer mes de terapia, pero no utilizó escalas estándar, por lo que estos datos no se incluyeron.

En la discusión se sugiere que el psicodrama como un complemento a la medicación antipsicótica y a la atención hospitalaria presenta un efecto beneficioso en cuanto a la mejoría de los síntomas negativos de la esquizofrenia pero no en cuanto a los síntomas positivos, sin embargo no se sabe si la mejoría se mantiene a largo plazo.

(30)

En otro estudio titulado “La efectividad de las técnicas psicodramáticas: un metaanálisis” Kipper A. y cols, se realizaron búsquedas en bases de datos de estudios publicados entre 1965 y 1999, también se realizaron búsquedas de artículos de psicodrama publicados y no publicados, aunque solo los estudios publicados en idioma inglés fueron elegibles para su inclusión. Los estudios de psicodrama, definidos como un método que utiliza dramatizaciones de experiencias personales a través de “representación de roles”, que incluían al menos una escena y una técnica psicodramática, fueron elegibles para el estudio. Los estudios incluidos se clasificaron en las siguientes cuatro técnicas: cambio de rol, representación de rol, doblaje y técnicas múltiples, generalmente utilizadas en una sesión semanal.

Los resultados en las mediciones incluyeron solución de conflictos, actitudes, la agresión, la participación, toma de decisiones, imagen corporal, ansiedad, comportamiento del grupo, evaluación socioemocional, evitación social y angustia. Se encontraron diferencias significativas entre las diferentes técnicas, con mejores

resultados cuando se utilizaban cambio de rol y doblaje y menos efectivos cuando se utilizaba la combinación de múltiples técnicas y la representación de roles. Hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se analizaron los resultados en los que se estudiaba grupos con un solo género y los grupos mixtos, reportándose mejores resultados para el segundo. Los autores concluyeron que sus hallazgos parecer arrojar una luz positiva sobre la cuestión de la validez de las intervenciones psicodramáticas y anima a la investigación sobre los efectos terapéuticos específicos de sus técnicas. (31)

Factores terapéuticos, mecanismos de acción y agentes de cambio en psicodrama.

Kellerman, autor del libro *Focus on Psychodrama, the Therapeutic Aspects of Psychodrama*, dedica todo el libro al problema de qué puede considerarse terapéutico en psicodrama. Define los aspectos o factores terapéuticos como “aquellos que producen un efecto terapéutico” y los presenta como sinónimos de “factores curativos”, “agentes de cambio” y “mecanismos de crecimiento”. Agente de cambio se refiere a la operación que produce el cambio; los mecanismos de acción aluden a algo interno, al cambio mismo que se produce en el individuo, es decir, el resultado de la operación, la respuesta a ella en el o los destinatarios. En su libro “Introducción al Psicodrama: guía para leer a Moreno”, María Carmen Bello complementa el esquema de Kellerman que toma en cuenta la diferenciación entre agentes de cambio y mecanismos de acción o de crecimiento. (22)

| | |
|---|--------------------------|
| AGENTES DE CAMBIO | MECANISMOS DE ACCIÓN |
| Proceso de la dramatización Modelo (o ritual) de curación. | CATARSIS DE INTEGRACIÓN. |
| Técnicas: doble, espejo, inversión de roles, maximización, soliloquio, etc. | INSIGHT DRAMÁTICO |
| Juego Acción dramática | SIMBOLIZACIÓN |
| Realidad suplementaria Saneamiento del rol | REPARACIÓN INTERNA |
| Grupo | TELE |
| Átomo social real | ENCUENTRO |
| Como si | MAGIA |
| OPERACIÓN | RESULTADO DE OPERACIÓN |

(22)

Agentes de cambio

1. Proceso de dramatización: Una dramatización completa o psicodrama, reproduce en pequeño un proceso terapéutico. Kellerman dice que “todo el procedimiento del psicodrama puede ser visto como una especie de ritual,

una ceremonia de curación con relevancia simbólica para el protagonista. La curación se expresa en el individuo y el grupo mediante la catarsis de integración, cuando el protagonista “representa su propio drama escena tras escena y llega a su clímax en el momento en que ocurre su peripecia”, recorre todos los pasos de su curación:

- Focalizar el rol en conflicto
 - Entender el *status nascendi* de este rol
 - Llegar a la matriz, al origen de este rol y su complementario patológico
 - Entender profundamente, desde lo cognitivo, lo emocional y en la acción la estructura vincular, el modelo de amor, el sociodrama interno que han plasmado esos roles.
 - Sanear estos roles; sanear, perdonar.
 - Ser capaz de dar aquí y ahora una respuesta nueva a una situación vieja.
2. Técnicas del psicodrama: Permiten verse desde los ojos del otro, verse desde afuera, detenerse en lo que en la realidad no hubo tiempo para hacerlo, etc. Todo esto agrega un conocimiento nuevo a lo vivido. Este conocimiento nuevo es el insight dramático.
 3. Juego: En éste plano se sitúa al psicodrama; en el plano imaginario del juego que posibilita la simbolización.
 4. Realidad suplementaria: el psicodrama ofrece por medio del “como si” dramático, una realidad suplementaria, un lugar donde el sujeto puede actuar “su verdad” como él la siente y la percibe”. Se le llama realidad suplementaria

a aquellas representaciones de algo que nunca sucedió, tiene que ver con la posibilidad de reparar internamente.

5. Saneamiento del rol: Consiste en poder darse el protagonista a sí mismo una explicación desde el rol del otro: sanar, limpiar, entender profundamente la situación existencial del otro en relación con todas sus circunstancias. Permite tener un conocimiento nuevo sobre el rol.
6. El grupo, único átomo social real: percepción del conjunto de otros significativos que han poblado el mundo de relación de un individuo. Se estructura a base de las percepciones y vivencias de cada uno de sus átomos sociales. Todo lo que aparece en el espacio dramático en una dramatización forma parte del átomo social perceptual, corresponde al mundo interno del protagonista. El único átomo social real que existe en el psicodrama es el grupo, lo real es porque consiste en un entrecruzamiento de los átomos sociales de cada uno de los participantes. El grupo es siempre, para cada uno de sus participantes, un constante espacio de confrontación de su átomo social perceptual. (22)

Mecanismos de acción del psicodrama

- Catarsis de integración: catarsis en su origen significó limpiar, purificar; en sentido psicológico se refiere a purgar emociones, expresar. Aristóteles lo utiliza para designar el efecto de la tragedia en el público. Freud habló de la catarsis para designar una descarga emocional producida por el recuerdo y verbalización de una situación traumática vivida. El concepto, ya no circunscrito a la idea de rememoración y

abreacción, sino también de repetir para elaborar, por ejemplo, por medio de la transferencia, sigue presente en la teoría de la cura psicoanalítica. Moreno dice que: “es un proceso que no solo apacigua y descarga al sujeto, sino que también le suministra equilibrio y paz interior. Hace hincapié en que la catarsis no consiste solamente en una descarga emocional, sino que se trata de un proceso integrador.

- Insight dramático: La palabra insight (del inglés) quiere decir, “mirada al interior”. Se utiliza en psicoterapia para denominar el conocimiento nuevo sobre uno mismo que se adquiere, a modo de salto en el crecimiento personal.
- Simbolización (elaboración): De esta manera el psicodrama posibilita la simbolización. El espacio dramático es un espacio transicional, donde se desarrolla el juego que permite pasar de lo imaginario a lo simbólico y acceder al lenguaje. El protagonista convierte en acción los procesos simbólicos mediante técnicas como el soliloquio, el doble, el espejo y la inversión de roles.
- Reparación interna: Se refiere a arreglar algo que está dañado, una relación dañada, un rol dañado. Esto se hace por medio del saneamiento de roles. Dar reparación a alguien es agradecer lo que se recibió a pesar de todo y perdonar, en la realidad suplementaria.
- Corrección del átomo social perceptual: Es una experiencia habitual en psicodrama, ver en el espacio dramático cambiar significativamente a los personajes de la vida de alguien. El grupo es, definitivamente, el agente

que promueve este cambio, pero también la capacidad del psicodrama de repetir transformando.

- Pasaje de la transferencia a tele: Es la posibilidad de encuentro real, télico, con los demás, dentro y fuera del grupo de psicodrama. (22)

Psicodrama en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

A partir de 1991 el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, inicia la utilización de técnicas de acción y técnicas dramáticas, denominadas en términos generales Sociodrama con pacientes, dentro del programa de rehabilitación de Hospital Parcial. Luego de ello, en 1993, con la creación de un modelo de atención integral, que se ordenan las actividades de manera independiente en tres ejes de atención: el individual, el familiar y el grupal. Dentro de los métodos de atención grupal se planea la actividad de sociodrama, que usa, como referente teórico y técnico, el psicodrama moreniano. Luego de los logros alcanzados y experiencia, en 1997 se realiza una mayor sistematización de la actividad. (32)

Psicodrama en pacientes psicóticos.

En 1998, en un trabajo titulado “Sociopsicodrama en paciente psiquiátricos”, se centraba en las diferencias que ofrecía trabajar con pacientes psicóticos controlados, con respecto al trabajo con otro tipo de pacientes, en especial los llamados “neuróticos”, donde se propone que la aplicación del método psicodramático en el trabajo clínico con el paciente psicótico de manejo ambulatorio no difiere, en relación a su aspecto metodológico, de la aplicación de este método

a otro tipo de pacientes, como serían los neuróticos o pacientes con trastornos de personalidad. (32)

En 2003, Amin Caram, basado en la experiencia de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, propone los siguientes postulados sobre el trabajo psicodramático con pacientes psicóticos: El grupo de pacientes tiene capacidad de organizarse por sí mismo. No se debe tener un cuidado especial en el uso de técnicas o recursos dramáticos con éstos pacientes. La regresión propia del método, favorece en un paciente una intervención posterior. El psicodrama ofrece una posibilidad de comprensión privilegiada sobre la patología del psicótico, favoreciendo la tolerancia a la frustración y el control de impulsos, siendo una vía privilegiada de contacto y de comunicación con el paciente psicótico. El trabajo psicodramático con el paciente psicótico implica intentar comprender la psicosis misma, favoreciendo con dicho trabajo, la conciencia de enfermedad y el apego al tratamiento. (33)

El objetivo general del programa era coadyuvar a la rehabilitación de pacientes psiquiátricos, promoviendo su reinserción social, familiar y laboral a través del psicodrama. Los objetivos fueron:

1. La prueba y aprendizaje de nuevas conductas y nuevas formas de vincularse consigo mismo y con las personas que lo rodean.
2. El reencuentro con la espontaneidad y la creatividad perdida y su adiestramiento continuo.
3. El armado psicodramático de la situación vital del paciente en el aquí y ahora.

4. El conocimiento y progresivo desarrollo del proceso afectivo y emocional del paciente.
5. La exploración de la sexualidad.
6. El esclarecimiento de las situaciones transferenciales en juego en el presente afectivo del paciente.

En el taller de psicodrama del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se estructura un contrato a 46 sesiones semanales de una hora y media de duración. Generalmente, el paciente puede ingresar al grupo de Psicodrama cuando ha completado un proceso psicoeducativo en Hospital Parcial. (A decir de la estructura del programa, grupo psicoeducativo 1 y psicoeducativo 2). Al iniciar el proceso de rehabilitación en Hospital Parcial, los pacientes son enviados primero a un proceso psicoeducativo (que consiste en grupo psicoeducativo 1 y 2, talleres de arte terapia, afrontamiento de problemas y otros grupos de terapia cognitivo conductual), posteriormente son enviados a psicodrama y tiene que ver con la decisión de sus médicos tratantes y la disponibilidad del paciente y sus familiares. El programa se encuentra estructurado en 4 módulos, cada uno con una temática focal, con trabajos tanto a nivel grupal como individual, sin embargo no existe un orden riguroso en el seguimiento de los mismos, ya que al tratarse de un tipo de psicoterapia, se puede trabajar de forma indistinta con la temática que surja en el proceso psicoterapéutico, con la condicionante de que al finalizar el grupo de psicodrama, se hayan abarcado la totalidad de los módulos. Cabe mencionar que la metodología de cada sesión sigue el procedimiento de la sesión psicodramática: caldeamiento, dramatización y compartir. El grupo está conformado de pacientes adultos de ambos sexos que

hayan presentado un cuadro psicótico agudo y que estén bajo control farmacológico.

En la estructura del programa de psicodrama en pacientes psicóticos, se aborda la siguiente temática en forma integral:

- Integración e interacción. Se fomenta en el paciente la prueba y aprendizaje de nuevas conductas y nuevas formas de vincularse consigo mismo y con las personas que lo rodean.
- Autoestima y autoimagen. El paciente tendría el reencuentro con la espontaneidad perdida y su adiestramiento continuo, basado en la tarea de reaprendizaje emocional y afectivo.
- Relaciones interpersonales y sexualidad. Se realizó la elaboración de la situación social de los pacientes en toda su dimensión, así como la exploración de su sexualidad.
- Escenas de la vida familiar. Se realiza el armado psicodramático de la situación vital del paciente en el aquí y ahora, explorando la dinámica sociométrica familiar. (27)

Se trata de 46 sesiones semanales programadas de psicodrama en un año, sin embargo, muchos de los pacientes concluyen su estancia en Hospital Parcial antes de completar el programa de psicodrama, ya que durante su estancia también se cubren otros grupos (psicoeducativo, arte terapia, afrontamiento de problemas y otras terapias de corte cognitivo conductual), sin que necesariamente tengan que haber llevado el grupo de psicodrama, como un requisito para ser dados de alta.

ATENCIÓN CONVENCIONAL

Psicoeducación.

Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente y a sus familiares información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Los principios básicos de las intervenciones psicoeducativas se representan por una simple, correcta y completa información acerca del trastorno y sus posibles métodos de tratamiento. Estas intervenciones psicoeducativas siguen un modelo cognitivo conductual. Se dice que los efectos positivos de las intervenciones psicoeducativas tanto en el paciente como en los familiares, no solo disminuyen las fases agudas sintomáticas, también reducen en número de hospitalizaciones y mejora el cumplimiento al tratamiento, especialmente al farmacológico. Las intervenciones psicoeducativas pueden facilitar a los pacientes la ganancia de habilidades necesarias para administrarse el medicamento. (34)

Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia puede dividirse, según los estudios o fases del trastorno, en fase prepsicótica o prodrómica, primer episodio psicótico, esquizofrenia resistente o recurrente (incluyendo prevención y tratamiento de las recaídas), terapia de mantenimiento y el tratamiento de la esquizofrenia refractaria. (35)

En Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es requisito que todos los pacientes se encuentren recibiendo tratamiento farmacológico, el cual

es proporcionado diariamente en las instalaciones. Generalmente, se emplea un tratamiento farmacológico destinado a la estabilización del paciente, que de acuerdo a las guías abarcan desde los antipsicóticos clásicos (típicos) hasta los de nueva generación (atípicos), incluyendo Clozapina.

Los antipsicóticos típicos son fármacos ampliamente utilizados como tratamiento de primera línea para las personas con esquizofrenia, tanto en las formas agudas como en las formas crónicas de la enfermedad. Sin embargo, algunos efectos adversos como los trastornos de movimiento y la sedación son problemáticos y pueden llevar al no-cumplimiento con la medicación. Los síntomas positivos, tales como los delirios, las alucinaciones y los trastornos del pensamiento, son más floridos en las fases agudas de la enfermedad en comparación con los síntomas negativos, como por ejemplo la pobreza del lenguaje, la falta de motivación, la apatía y la incapacidad para expresar emociones. Sin embargo, los síntomas negativos son más incapacitantes y pueden no responder bien a los antipsicóticos típicos (36).

El término "atípico" se usa con frecuencia para describir algunos antipsicóticos que tienen características específicas tales como un riesgo mínimo de desarrollar trastornos de movimiento agudos y crónicos, y menor sedación. También se considera que los antipsicóticos atípicos son más efectivos que los fármacos convencionales para tratar los síntomas negativos de la esquizofrenia, aunque esto aún no ha sido demostrado de forma adecuada. (36)

Mientras que los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) se comercializaron como fármacos que ofrecen una mayor eficacia y menos efectos

secundarios que los antipsicóticos típicos, esto puede no ser cierto. Una revisión concluyó que no hubo diferencias mientras que otro encontró que los atípicos eran solo “moderadamente más eficaces”. (37)

Los Ensayos Clínicos de la Efectividad de Antipsicóticos en la Esquizofrenia (CATIE, por sus siglas en inglés) compararon la efectividad relativa de los antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, risperidona, quetiapina y ziprazidona) con la primera generación de antipsicóticos (perfenazina), reportando entre sus mediciones la mejoría en sintomatología negativa y positiva de la esquizofrenia con la escala PANSS, la cual se administró a todos los pacientes al inicio del tratamiento, después de 3 meses de tratamiento y posteriormente cada 3 meses hasta que la medicación fue descontinuada o se completaron 18 meses de tratamiento.

En los casos observados se reportó que no hubo una diferencia global significativa en cuanto al promedio de la escala positiva negativa, o cambios en el puntaje total para los medicamentos a los 3 meses, solo notándose un cambio significativo a los 6 meses en los síntomas negativos. Sin embargo concluyen que ninguno de los cuatro antipsicóticos de segunda generación mostró ninguna ventaja estadísticamente significativa sobre el antipsicótico de primera generación perfenazina en la medición de los síntomas, medidas de calidad de vida, reportándose mayores costos para los antipsicóticos de segunda generación. (38)

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con esquizofrenia generalmente tienen disminuida la capacidad de reflexionar racionalmente en sus experiencias anormales y en reconocer que sus conclusiones son incorrectas, por lo que se necesitan programas hospitalarios encaminados a mejorar el conocimiento de la propia enfermedad a través de mejoras en el insight cognitivo. Por otro lado, sabemos que en los pacientes con esquizofrenia, al igual que en otros trastornos mentales, se encuentran disminuidas las funciones yoicas, lo que dificulta su capacidad de adaptación, diferenciación de la realidad interna y externa así como control emocional, por lo que se hace necesario la evaluación de las mismas mediante métodos objetivos, pero sobre todo, la medición del impacto que pueda tener una forma de psicoterapia como es el psicodrama, ya que en la actualidad, la base del tratamiento para la esquizofrenia es la medicación, pero muchos pacientes aún experimentan síntomas negativos a pesar de la misma, lo cual predice peor pronóstico y adherencia al tratamiento. Además del tratamiento farmacológico y otras formas de psicoeducación, las terapias creativas como el psicodrama pueden ser beneficiosas.

Existe la necesidad de establecer la evidencia del uso de psicodrama en pacientes con enfermedad mental, específicamente en pacientes con esquizofrenia. En la estructura actual del programa de Hospital Parcial de Día, el psicodrama es sólo uno más de los grupos psicoeducativos que lleva el paciente durante su proceso de rehabilitación, por lo que se justifica la realización de estudios para evaluar su eficacia, con la finalidad de plantearse como parte fundamental en el programa integral de rehabilitación biopsicosocial ya que en nuestra institución dichos

programas no han sido evaluados en forma rigurosa mediante estudios de seguimiento, tampoco existen estudios previos en este que evalúen el impacto del psicodrama en este Hospital, de la misma forma, no todos los pacientes completan el programa. De la misma forma, no existen estudios previos en México ni en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que evalúen el efecto del psicodrama en pacientes con esquizofrenia. De encontrarse hallazgos positivos, podría establecerse como parte del tratamiento integral de este tipo de pacientes.

El presente estudio constituiría un esfuerzo metodológico para la evaluación del efecto del psicodrama en síntomas negativos, insight cognitivo y funciones yoicas en pacientes con esquizofrenia, así como realizar la comparación de dichas variables entre los pacientes que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama versus aquellos que no reciben psicodrama.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Las personas con esquizofrenia comúnmente muestran falta de conciencia de enfermedad o dificultad para realizar juicios acerca de sus experiencias, dificultar para reconocer que tienen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Esta falta de conciencia de enfermedad y pobre insight influye en el pronóstico, ya que la misma se relaciona con la adherencia al tratamiento, reinserción social y funcionamiento psicosocial.

Los síntomas negativos predicen pobre pronóstico. El tratamiento farmacológico actual tiene un efecto muy limitado para tratar los síntomas negativos de la esquizofrenia, su efectividad no ha sido demostrada de forma adecuada y los resultados permanecen confusos, por lo que se hace necesario la aplicación de otros métodos no farmacológicos adyuvantes que promuevan la mejoría tanto de síntomas negativos así como de insight en pacientes con esquizofrenia, planteándose al psicodrama como un método efectivo.

Las funciones del yo se definen como las diversas funciones mentales o funciones psicológicas que ayudan al individuo a adaptarse al ambiente, a responder a estímulos y a regular las funciones biológicas básicas mientras se asegura la supervivencia y la satisfacción de las necesidades. Se trata de un conjunto de procesos o resultados mentales dirigidos a organizar la experiencia y la conducta de manera racional para diferenciar la realidad externa e interna subjetiva,

neutralizar ansiedades, impulsos y prohibiciones y organizar, integrar y sintetizar sus mismos procesos en conjunto.

El nivel adaptativo de las funciones de yo es generalmente más estable en los individuos que funcionan adecuadamente que en aquellos que muestran una considerable psicopatología; se sabe que en la esquizofrenia las funciones yoicas se encuentran disminuidas, lo que causa dificultades en su adaptación, fallas en el contacto con la realidad y en el juicio, por lo que su evaluación puede servir como aproximación diagnóstica, entender las relaciones causales, etiología y patogenia, así como hacer aproximaciones pronosticas, pero sobre todo, conocer el impacto que tienen sobre las mismas los diferentes tipos de psicoterapia, en este caso en particular, el psicodrama.

Por tal motivo, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Se producen cambios favorables en los síntomas negativos, insight cognitivo y funcionalidad yoica en pacientes con esquizofrenia que reciben psicodrama en Hospital Parcial en comparación con los pacientes que no lo reciben?

Tipo de estudio: Comparativo, prospectivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Comparar los cambios en la severidad de los síntomas negativos, insight cognitivo y funciones yoicas en pacientes con esquizofrenia que recibieron psicodrama versus los que no lo recibieron.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Comparar los cambios en la severidad de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama versus los que no reciben psicodrama de acuerdo al resultado en la subescala negativa de la escala de PANSS.
- Comparar los cambios en el insight cognitivo en pacientes con esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama versus los que no reciben psicodrama de acuerdo a la escala de insight cognitivo de Beck.
- Comparar los cambios en las funciones yoicas en pacientes con esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama versus los que no reciben psicodrama de acuerdo a la Evaluación de las funciones del Yo de Bellak.

HIPÓTESIS

- **HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:**

Los pacientes con esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama cursan con cambios más favorables en síntomas negativos, insight cognitivo y funcionalidad yoica que los pacientes que solo acuden a Hospital Parcial pero que no reciben psicodrama.

- **HIPÓTESIS NULA:**

Los pacientes con esquizofrenia que acuden a Hospital Parcial y reciben psicodrama no presentan cambios favorables en síntomas negativos, insight cognitivo y funcionalidad yoica en comparación con aquellos pacientes que acuden a Hospital Parcial pero que no reciben psicodrama.

VARIABLES

Variables dependientes:

- **Severidad de síntomas negativos de la esquizofrenia:** La esquizofrenia es uno de los trastornos más discapacitantes y de asistencia prioritaria en este siglo. Se trata de una enfermedad que afecta la conducta, la percepción, la cognición y la afectividad, y que produce el deterioro de diferentes aspectos del funcionamiento normal. Se mide a través de la escala PANNS que consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico en síndrome positivo, negativo y de psicopatología general del trastorno esquizofrénico de acuerdo

a su dimensión dimensional; y en positivo, negativo o mixto de acuerdo a la dimensión por categorías.

- Insight cognitivo: práctica de la autoreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones adecuadas.
- Funciones del Yo: Conjunto de procesos o resultados mentales dirigidos a organizar la experiencia y la conducta de manera racional para diferenciar la realidad externa e interna objetiva, neutralizar ansiedades e impulsos, y organizar, integrar y sintetizar sus mismos procesos en conjunto. Entre las funciones del yo se encuentran: prueba de realidad, juicio, sentido de realidad del mundo y de sí mismo, regulación y control de instintos, afectos e impulsos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera a los estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético integrativo, dominio y competencia (17).

Variables independientes:

- Psicodrama: es básicamente una forma de psicoterapia de grupo, que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los conflictos personales y emocionales del paciente así como de sus problemas inmediatos de interacción de grupo.
- Atención convencional: Se incluye aquí el grupo de atención que concuerda con la costumbre y la práctica normal, incluyéndose intervenciones como la

medicación, hospitalización, aportaciones del personal de enfermería, psiquiátrico, comunitario, de la consulta externa u hospital de día, educación psicológica, entrenamiento de aptitudes sociales, terapia cognitivo conductual, terapia familiar, psicoeducación, afrontamiento de problemas, talleres de arte terapia, y otros tipos de terapia.

- **Sexo:** Característica biológica que distingue a hombres y mujeres.
- **Edad:** Tiempo de vida de un sujeto medida en años.
- **Tiempo de evolución de la enfermedad:** Espacio temporal desde el inicio de la enfermedad mental.
- **Tiempo de estancia en Hospital parcial:** Espacio temporal desde el ingreso a Hospital Parcial

Cuadro operacional de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | ESCALA DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE |
|---|---|--|------------------|
| Síntomas negativos de la esquizofrenia. | Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) y apatía. | Cuantitativa discontinua (Escala PANNS) | Dependiente. |
| Insight cognitivo | Práctica de la autoreflexión como mecanismo metacognitivo de examen y análisis de los | Cuantitativa discontinua: (Escala BCIS) | Dependiente |

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| | síntomas de la enfermedad que permite la re-evaluación continua de interpretaciones adecuadas. | | |
| Psicodrama | Forma de psicoterapia de grupo, que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los conflictos personales y emocionales del paciente así como de sus problemas inmediatos de interacción de grupo | Cualitativa nominal: Presencia- Ausencia | Independiente |
| Funciones del Yo | Conjunto de procesos o resultados mentales dirigidos a organizar la experiencia y la conducta de manera racional para diferenciar la realidad externa e interna objetiva, neutralizar ansiedades e impulsos, y organizar, integrar y sintetizar sus mismos procesos en conjunto | Cuantitativa discontinua: (Evaluación de las funciones del Yo de Bellak) | Dependiente |
| Atención convencional | Se incluye aquí el grupo de atención que concuerda con la costumbre y la práctica hospitalaria. Incluye los grupos psicoeducativos | Cualitativa nominal: Presencia – Ausencia | Independiente. |
| Sexo | Característica biológica que distingue a hombres y mujeres. | Cualitativa nominal : Presencia-ausencia. | Independiente |
| Edad | Tiempo de vida de un sujeto medida en años. | Cuantitativa discontinua | Independiente |
| Tiempo de estancia en Hospital Parcial | Espacio temporal desde el ingreso a Hospital Parcial | Cuantitativa discontinua | Independiente. |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------|---------------|
| Tiempo de evolución de la enfermedad | Espacio temporal desde el inicio de la enfermedad mental | Cuantitativa discontinua. | Independiente |
|--------------------------------------|--|---------------------------|---------------|

MUESTREO.

- Muestra: Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que lleven seguimiento en Hospital Parcial de Día en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; con un periodo de seguimiento que abarcará de octubre del 2015 a marzo del 2016.
- Tamaño de la muestra: muestra no probabilística, 40 pacientes obtenidos por cuota. Estarán divididos de la siguiente manera:
 - Grupo Control: 20 pacientes con esquizofrenia que acudan a Hospital Parcial sin recibir psicodrama, con características similares a los pacientes del grupo experimental en cuanto a tiempo de evolución de la esquizofrenia y tiempo de estancia en Hospital Parcial, edad, género, etc.
 - Grupo Experimental: 20 pacientes con esquizofrenia que acudan a Hospital Parcial y que reciban psicodrama, con características similares a los pacientes del grupo control en cuanto a tiempo de evolución de la esquizofrenia y tiempo de estancia en Hospital Parcial, edad, género, etc.

La muestra será de 40 pacientes por la razón de que al grupo de psicodrama de Hospital Parcial acuden pacientes con los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo; sin embargo el estudio se centrará específicamente en pacientes con esquizofrenia y la muestra real no es mayor de 20 pacientes.

SUJETOS

Se obtuvo una muestra de 40 pacientes, por cuota, divididos de la siguiente manera: un grupo experimental con 20 pacientes con esquizofrenia que acudían a hospital parcial y que reciban psicodrama y un grupo experimental con 20 pacientes con esquizofrenia que acudían a hospital parcial pero que no recibieron psicodrama. A los sujetos de ambos grupos se les aplicaron escalas al inicio y al final de estudio y se llevó a cabo una comparación de los mismos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE.

1. Pacientes de ambos sexos
2. Edad entre 18 y 59 años de edad.
3. Que reúnan los criterios diagnósticos DSM V y CIE 10 para esquizofrenia, (cualquiera de sus subtipos)
4. Que predomine la sintomatología negativa sobre la positiva; medida a través de la escala PANSS.
5. Que sepan leer y escribir
6. Que hablen español.
7. Firma de consentimiento informado para participar en el estudio.
8. Pacientes que se encuentren en grupo de psicodrama del Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tanto aquellos que se encuentren en grupo de psicodrama como aquellos que solo solamente acudan a las actividades psicoeducativas.

CRITERIOS DE EXCLUSION DEL PACIENTE

1. Pacientes que no tengan diagnóstico de esquizofrenia.
2. Pacientes que presenten alguna complicación médica grave.
3. Pacientes con retraso mental.
4. Pacientes consumidores activos de sustancias ilegales.
5. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no hayan concluido las entrevistas y aplicación de cuestionarios

INTRUMENTOS:

1. ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS)

Constituye un instrumento que introduce criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica (39)

- La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.
- Cada ítem se puntúa según una escala de Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y 7 a presencia con una gravedad extrema.

- La puntuación en la escala positiva, negativa y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y más 42.
- Se refiere una consistencia interna con alfa de Cronbach con un rango entre 0.9250 0.9285. (40)

Se aplicará la SCI-PANSS (Entrevista Clínica Estructurada. Escala de evaluación de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, por sus siglas en inglés. Versión en español). (41)

Herrera Estrella y colaboradores realizaron un estudio de confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. Con los resultados de la aplicación de la escala se realizó el estudio de confiabilidad obteniéndose los siguientes resultados: la correlación interobservadores se valoró con el coeficiente de correlación de Pearson entre pares de evaluadores, obteniéndose un rango entre 0.8 a 0.9 ($p < 0.001$). Se realizó el mismo análisis a las subescalas de síntomas positivos, negativos y de psicopatología general resultando igualmente significativos ($p < 0.001$). Se realizó también un estudio de consistencia interna con alfa de Cronbach para cada observador, que tuvo un rango entre 0.9250 0.9285. (40)

2. Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB)

Ha sido diseñada para evaluar la capacidad de insight cognitivo. Medida de autoregistro de 15 ítems que valora como los pacientes evalúan su propio juicio. Consta de 2 dimensiones: auto-reflexión (R) de 9 ítems y auto-certeza (C) de 6 ítems. Tiene un formato de respuesta con 4 opciones tipo Likert: Nada de acuerdo (0), un poco de acuerdo (1), bastante de acuerdo (2), totalmente de acuerdo (3), con un rango de respuestas posibles de 0 a 45. La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del insight cognitivo. A mayor puntuación, mejor insight cognitivo. La escala muestra la siguiente fiabilidad: consistencia interna para R de 0.59, para C de 0.62. Fiabilidad re test: coeficiente de correlación intraclass 0.69 para R y 0.72 para C. (21)

3. Evaluación de las Funciones del Yo (EFY).

Bellak y colaboradores sistematizaron las funciones del yo en escalas utilizadas para la la evaluación clínica (35 de T). La selección de Bellak de las 12 funciones del yo tiene la finalidad de la suficiente comprensión y descripción de las personas. (17)

Diseñada a modo de cuestionario para evaluar 12 funciones del yo, consta de 120 ítems que evalúan áreas como prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación y control de los impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético integrativo, dominio- competencia. Es autoaplicable, las preguntas se

agrupan en 12 secciones, dirigidos cada una a una función yoica. Cada subtest se compone de 10 reactivos planteados en forma de pregunta, para cada pregunta el paciente responde la frecuencia con la que presenta el síntoma que se pregunta cómo: rara vez, algunas veces, con frecuencia. De acuerdo a las respuestas, se califica de 0 a 2 cada pregunta, finalmente se suma la calificación total de cada sección. Ello se traslapa por regla de 2 a una escala de 1 a 7 donde el número menos habla de deficiencias en dicha función yoica y el mayor puntaje habla de un excelente estado de la misma. Posteriormente se realiza la suma del puntaje obtenido en cada pregunta, sumando el máximo del puntaje que se puede obtener por subtest es de 20 puntos.

En 1992 se realizó la traducción y validación al español de la evaluación de las funciones del yo. Luego en 1995 se verificó la confiabilidad de la EFY; se validó como instrumento autoaplicable con 120 sujetos mexicanos. Los resultados, además de la validación de la EFY fueron diferencias significativas con mejoría en ciertas áreas del funcionamiento yoico como prueba de realidad, regulación y control de impulsos, afecto e instintos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo y funcionamiento sintético integrativo, estadísticamente con mejoría en el grupo de sujetos bajo terapia. (42)

| Ítem | α de Cronbach | Confiabilidad |
|--------------------|----------------------|---------------|
| Prueba de realidad | 0.8485 | Alta |

| | | |
|--|--------|------|
| Juicio | 0.8596 | Alta |
| Sentido de realidad del mundo y del sí mismo | 0.8616 | Alta |
| Regulación y control de instintos, afectos e impulsos. | 0.7804 | Baja |
| Relaciones objetales | 0.7656 | Baja |
| Procesos de pensamiento | 0.7551 | Baja |
| Regresión adaptativa al servicio del yo | 0.7417 | Baja |
| Funcionamiento defensivo | 0.9276 | Alta |
| Barrera a los estímulos | 0.8045 | Alta |
| Funcionamiento autónomo | 0.7430 | Baja |
| Funcionamiento sintético-integrativo | 0.7476 | Baja |
| Dominio-competencia. | 0.8872 | Alta |

(42)

PROCEDIMIENTO:

a) GRUPO CONTROL.

1. Se seleccionarán 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudan a Hospital Parcial, que se encuentren en grupo psicoeducativo (es decir, que

reciban atención convencional) pero no se encuentren recibiendo psicodrama.

2. Se consultará en el expediente para ver tiempo de evolución de enfermedad y tiempo que ha transcurrido desde su ingreso a Hospital Parcial.
3. Se aplicará una encuesta sociodemográfica.
4. Se realizará la entrevista estructurada PANSS (escala positiva, escala negativa y psicopatología general) a cada uno de los pacientes al inicio y al final del estudio (6 meses después).
5. Se aplicará a cada uno de los pacientes la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) al inicio del estudio (octubre, 2015) y al final (marzo, 2016)
6. Se aplicará la Evaluación de las Funciones el Yo (EFY) al inicio del estudio (octubre, 2015) y al final (marzo, 2016)

b) GRUPO EXPERIMENTAL

1. Se seleccionaran 20 pacientes (con características similares a los del grupo control) con diagnóstico de esquizofrenia, que acudan a Hospital Parcial y que se encuentre en grupo psicoeducativo y que se encuentre recibiendo psicodrama.
2. Se consultará en el expediente para ver tiempo de evolución de enfermedad y tiempo que ha transcurrido desde su ingreso a Hospital Parcial.
3. Se aplicará una encuesta sociodemográfica.
4. Se realizará la entrevista estructurada PANSS (escala positiva, escala negativa y psicopatología general) a cada uno de los pacientes al inicio y al final del estudio (6 meses después).

5. Se aplicará a cada uno de los pacientes la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) al inicio del estudio (octubre, 2015) y al final (marzo, 2016)
6. Se aplicará la Evaluación de las Funciones el Yo (EFY) al inicio del estudio (octubre, 2015), y al final (marzo, 2016).
7. Se llevara a cabo la comparación entre los 2 grupos a través de un programa de análisis estadístico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos de realizaron de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se solicitó consentimiento informado explicado de forma verbal y escrita. Todos los resultados se trataron con confidencialidad. Si surgieron publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permaneció confidencial. Los procedimientos que se realizaron tuvieron tan sólo propósitos diagnósticos. A los sujetos que aceptaron participar en este proyecto de investigación, se le pidió que completaran los procedimientos de investigación, como fueron el llenado de cuestionarios, escalas y colaboración en entrevistas estructuradas, lo cual requirió de disposición y tiempo por parte del paciente, sin embargo no se vieron afectadas sus actividades hospitalarias previamente establecidas. Cada integrante tuvo la libertad de retirarse si así lo deseó, en el momento que consideró oportuno.

De acuerdo al artículo 17, Capítulo I. fracción se consideró una investigación con riesgo mínimo.

RESULTADOS

De los 40 pacientes que conformaron la muestra, se encontró que el 60 % (24) fueron del sexo masculino y 40 % (16) fueron del sexo femenino.

En cuanto a la edad de los sujetos incluidos en el estudio, se encontró un promedio de 32.19 ± 9.66 años de edad, con una edad mínima de 18 años y máxima de 54 años; de los cuales se reportaron el siguiente estado civil: soltero 87.5 % (35), casado 5 % (2) y divorciado 7.5 % (3)

Del total de la muestra: 72 % (29) son de religión católica, 7.5 % (3) cristiana, 15 % (6) ninguna y 5% (2) otras.

En cuanto a escolaridad: secundaria 35 % (14), bachillerato 22.5 % (9), licenciatura 35 % (14) y otras 7.5 % (3).

Ocupación: Se encontró que el 22.5% (9) se encontraban empleados, 67.5% (27) desempleados, 5% (2) se dedicaban al hogar y 5 % (2) eran estudiantes. En cuanto a su lugar de residencia se encontró que el 77.5% (31) residían en la Ciudad de México y el 22.5% (9) fuera de la misma.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico de la muestra se encontró que 87.5 % (35) tenían el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide (F20.0), 10% (4) padecían esquizofrenia indiferenciada y 2.5% (1) padecía esquizofrenia simple.

Tabla de datos sociodemográficos.

| | Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------------------------|------------|------------|
| Género | Mujer | 16 | 40% |
| | Hombre | 24 | 60% |
| Estado civil | Soltero | 35 | 87.5% |
| | Casado | 2 | 5% |
| | Divorciado | 3 | 7.5% |
| Escolaridad | Secundaria | 14 | 35% |
| | Bachillerato | 9 | 22.5% |
| | Licenciatura | 14 | 35% |
| | Otras | 3 | 7.5% |
| Ocupación | Empleado | 9 | 22.5% |
| | Desempleado | 27 | 67.5% |
| | Hogar | 2 | 5% |
| | Estudiante | 2 | 5% |
| Diagnóstico | Esquizofrenia paranoide | 35 | 87.5 |
| | Esquizofrenia Indiferenciada | 4 | 10% |
| | Esquizofrenia simple | 1 | 2.5% |
| TOTAL | | 40 | 100% |

En cuanto al análisis comparativo del género entre ambos grupos se obtuvieron los siguientes resultados:

Comparación respecto al género entre ambos grupos:

| Tabla de contingencia | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------|----------|-----------|--------|
| % dentro de GÉNERO | | | | | |
| | | GÉNERO | | | Total |
| | | | FEMENINO | MASCULINO | |
| Grupo | | 100.0% | | | 28.6% |
| | experimental | | 56.3% | 45.8% | 35.7% |
| | Control | | 43.8% | 54.2% | 35.7% |
| Total | | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| Pruebas de chi-cuadrado | | | |
|--------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| | Valor | Gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 56.583 ^a | 4 | .000 |
| Razón de verosimilitudes | 67.424 | 4 | .000 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Dicho análisis demuestra que tras la comparación de ambos grupos se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del género.

Posteriormente se evaluó la variable de estancia en hospital parcial expresada en meses, a través del porcentaje (%) de estancia hospitalaria en Hospital Parcial distribuido en meses en ambos grupos de comparación y análisis a través de Chi-cuadrada; dicha distribución no tuvo una significancia estadística.

Porcentaje (%) de estancia hospitalaria en Hospital Parcial distribuido en meses en ambos grupos de comparación y análisis a través de Chi-cuadrada

| GRUPO | ESTANCIA EN MESES EN HOSPITAL PARCIAL | | | | | | | | | | Total |
|--------------|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 18 | |
| Experimental | 10.0% | 25.0% | 66.7% | 33.3% | | 66.7% | 100.0% | 100.0% | 80.0% | 100.0% | 50.0% |
| Control | 90.0% | 75.0% | 33.3% | 66.7% | 100.0% | 33.3% | | | 20.0% | | 50.0% |
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 15.333 ^a | 21 | .806 |
| Razón de verosimilitudes | 20.455 | 21 | .493 |
| N de casos válidos | 40 | | |

Luego se calculó la variable de tiempo de evolución de la evolución expresada en años entre ambos grupos, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

Porcentaje de sujetos dentro del género.

| Género | TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN AÑOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|--------|-----------------------------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|--------|
| | 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 16 | 17 | 18 | 23 | 24 | 25 | 27 | 28 | | 33 |
| F | | 18.8% | 6.3% | 12.5% | 6.3% | | 6.3% | | 6.3% | | 6.3% | 6.3% | | | 6.3% | 6.3% | | | 6.3% | 6.3% | 6.3% | | 100.0% |
| M | 4.2% | 20.8% | | 8.3% | 4.2% | 4.2% | | 4.2% | 8.3% | 8.3% | 4.2% | 4.2% | 4.2% | 4.2% | | 4.2% | 4.2% | 4.2% | 4.2% | | | 4.2% | 100.0% |
| Total | 2.5% | 20.0% | 2.5% | 10.0% | 5.0% | 2.5% | 2.5% | 2.5% | 7.5% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 2.5% | 2.5% | 2.5% | 5.0% | 2.5% | 2.5% | 5.0% | 2.5% | 2.5% | 2.5% | 100.0% |

| Pruebas de chi-cuadrado | | | |
|--------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 14.826 ^a | 21 | .832 |
| Razón de verosimilitudes | 20.029 | 21 | .519 |
| N de casos válidos | 40 | | |

Tras la aplicación de la escala PANSS a los 20 sujetos del grupo control y 20 sujetos del grupo experimental al inicio y final del estudio, se analizaron los datos en el programa de estadística SPSS y se obtuvieron los siguientes resultados:

Comparación de la escala PANSS al inicio y al final del estudio en ambos grupos.

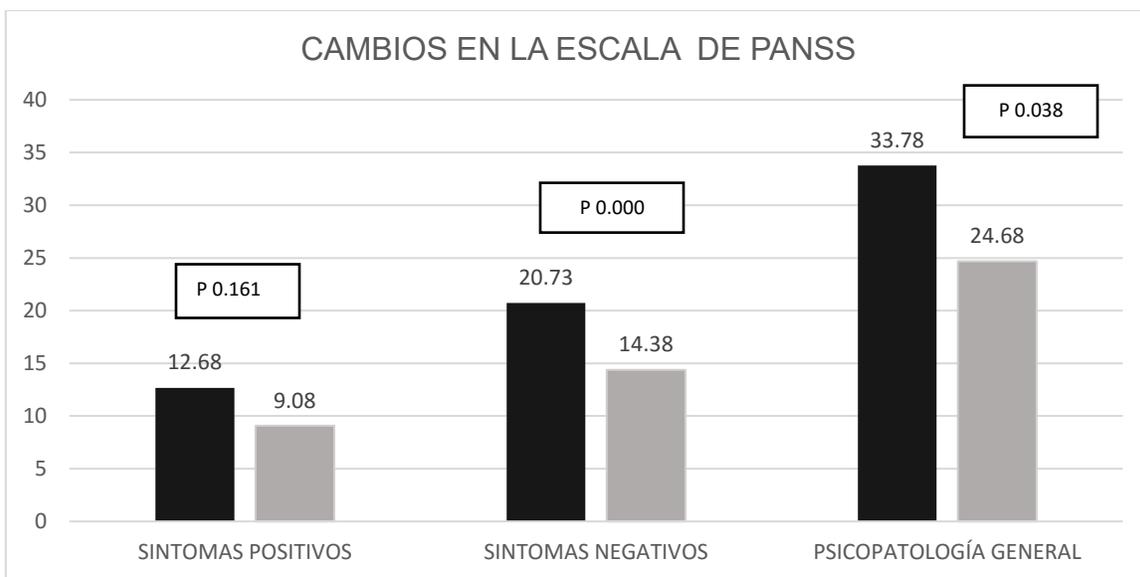
| SUBESCALA DEL | MEDIA | N | MINIMO | MAXIMO | DESV. TIP. | ERROR TIP. |
|--------------------------------|-------|----|--------|--------|------------|------------|
| PANSS | | | | | | |
| SINTOMAS POSITIVOS AL INICIO | 12.68 | 40 | 7 | 20 | 3.703 | .585 |
| SINTOMAS POSITIVOS AL FINAL | 9.08 | 40 | 7 | 16 | 2.422 | .353 |
| SÍNTOMAS NEGATIVOS AL INICIO | 20.73 | 40 | 9 | 39 | 6.401 | 1.012 |
| SINTOMAS NEGATIVOS AL FINAL | 14.38 | 40 | 8 | 22 | 4.470 | .707 |
| PSICOPATOLOGÍA GRAL. AL INICIO | 33.78 | 40 | 22 | 48 | 7.329 | 1.159 |
| PSICOPATOLOGÍA GRAL. AL FINAL | 24.68 | 40 | 16 | 35 | 5.230 | .827 |

Tabla de significación estadística de la comparación de los puntajes de PANSS al inicio y al final del estudio en ambos grupos:

| Variable | Valor de P (GRUPO CONTROL) | Valor de P (GRUPO EXPERIMENTAL) |
|---|----------------------------|---------------------------------|
| SINTOMAS POSITIVOS AL INICIO Y AL FINAL | 0.000 | 0.161 |
| SÍNTOMAS NEGATIVOS AL INICIO Y AL FINAL | 0.000 | 0.000 |

| | | |
|--|-------|-------|
| PSICOPATOLOGÍA AL INICIO Y AL FINAL | 0.000 | 0.038 |
|--|-------|-------|

A continuación se muestra un gráfico que ilustra los cambios en los síntomas positivos, negativos y de psicopatología general de la escala de PANSS aplicada al inicio y al final en ambos grupos.



Tras la aplicación de la Escala de Funciones Yoicas (EFY) a los 20 sujetos del grupo control y los 20 sujetos del grupo experimental al inicio y al final del estudio, se compararon los datos en el programa de estadística SPSS y se obtuvieron los siguientes resultados:

| FUNCIÓN YOICA | | | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. | Error |
|---------------|------------|-----------|----|--------|--------|-------|------------|-------|
| PUNTAJE | RELACIONES | OBJETALES | 40 | 5 | 19 | 11.40 | 3.053 | .483 |
| INICIO | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|----|---|----|-------|-------|------|
| PUNTAJE RELACIONES OBJETALES FINAL | 40 | 7 | 18 | 12.35 | 3.000 | .474 |
| PRUEBA DE REALIDAD INICIO | 40 | 7 | 20 | 14.88 | 3.632 | .574 |
| PRUEBA DE REALIDAD FINAL | 40 | 7 | 20 | 15.40 | 3.601 | .569 |
| JUICIO INICIO | 40 | 4 | 20 | 13.95 | 3.580 | .566 |
| JUICIO FINAL | 40 | 4 | 20 | 14.23 | 4.060 | .642 |
| SENTIDO DE REALIDAD INICIO | 40 | 8 | 20 | 15.48 | 3.328 | .526 |
| SENTIDO DE REALIDAD FINAL | 40 | 4 | 20 | 15.43 | 4.236 | .670 |
| REGULACION DE AFECTOS INICIO | 40 | 3 | 20 | 13.68 | 3.931 | .622 |
| REGULACION DE AFECTOS FINAL | 40 | 4 | 20 | 14.03 | 4.129 | .653 |
| PROCESOS DE PENSAMIENTO INICIO | 40 | 4 | 20 | 12.33 | 4.196 | .664 |
| PROCESOS DE PENSAMIENTO FINAL | 40 | 1 | 20 | 12.85 | 5.231 | .827 |
| REGRESIÓN ADAPTATIVA INICIO | 40 | 2 | 15 | 8.68 | 3.339 | .528 |
| REGRESION ADAPTATIVA FINAL | 40 | 0 | 20 | 9.35 | 4.123 | .652 |
| FUNCION DEFENSIVA INICIAL | 40 | 3 | 20 | 12.98 | 3.826 | .605 |
| FUNCION DEFENCIVA FINAL | 40 | 4 | 20 | 13.40 | 4.012 | .634 |
| BARRERA A ESTÍMULOS INICIAL | 40 | 4 | 20 | 12.80 | 4.262 | .674 |
| BARRERA A ESTÍMULOS FINAL | 40 | 4 | 20 | 13.28 | 4.095 | .647 |
| FUNCIÓN AUTÓNOMA INICIAL | 40 | 5 | 14 | 10.23 | 2.019 | .319 |
| FUNCIÓN AUTÓNOMA FINAL | 40 | 5 | 17 | 10.43 | 2.591 | .410 |
| FUNCIÓN SINTÉTICA INICO | 40 | 3 | 16 | 10.08 | 2.786 | .441 |

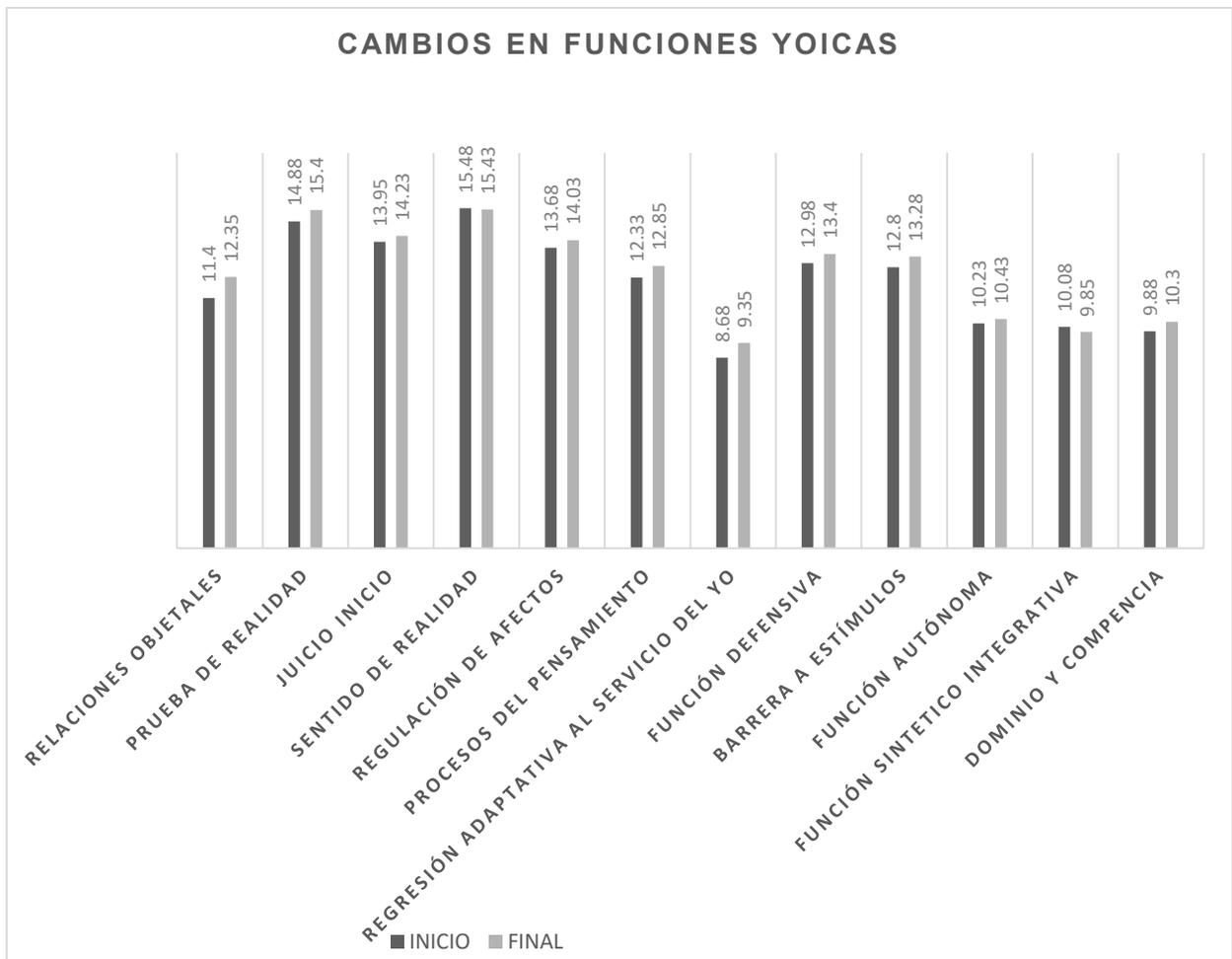
| | | | | | | |
|-------------------------------|----|---|----|-------|-------|------|
| FUNCIÓN SINTÉTICA FINAL | 40 | 4 | 18 | 9.85 | 2.887 | .457 |
| DOMINIO Y COMPETENCIA INICIAL | 40 | 1 | 18 | 9.88 | 4.292 | .679 |
| DOMINIO Y COMPETENCIA FINAL | 40 | 2 | 19 | 10.30 | 4.581 | .724 |

Tabla de significación estadística de la comparación de los puntajes de PANSS al inicio y al final del estudio en ambos grupos:

| Variable | Valor de P (GRUPO CONTROL) | Valor de P (GRUPO EXPERIMENTAL) |
|--|----------------------------|---------------------------------|
| Puntaje de relaciones objetales al inicio y a final | 0.57 | .001 |
| Prueba de realidad al inicio y al final | 0.304 | .000 |
| Juicio al inicio y Juicio al final | 0.591 | .000 |
| Sentido de realidad al inicio al final | 0.906 | .000 |
| Regulación de los afectos al inicio al final | 0.475 | .000 |
| Procesos del pensamiento al inicio y al final | .373 | .000 |
| Regresión adaptativa al servicio del yo al inicio y al final | 0.230 | .000 |
| Función defensiva al inicio y al final | 0.435 | .000 |

| | | |
|--|-------|------|
| Barrera a estímulos al inicio y al final | 0.437 | .000 |
| Función autónoma al inicio y al final | 0.598 | .001 |
| Función sintético integrativa al inicio y al final | 0.643 | .006 |
| Dominio y competencia al inicio y al final | 0.565 | .003 |

A continuación se muestra un gráfico que ilustra los cambios en las diferentes funciones yoicas medidas a través de la escala de Funciones Yoicas aplicada al inicio y al final en ambos grupos



Finalmente, se aplicó la escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) a los 20 sujetos del grupo control y se comparó con los resultados obtenidos en los 20 sujetos del grupo experimental, encontrándose los siguientes resultados:

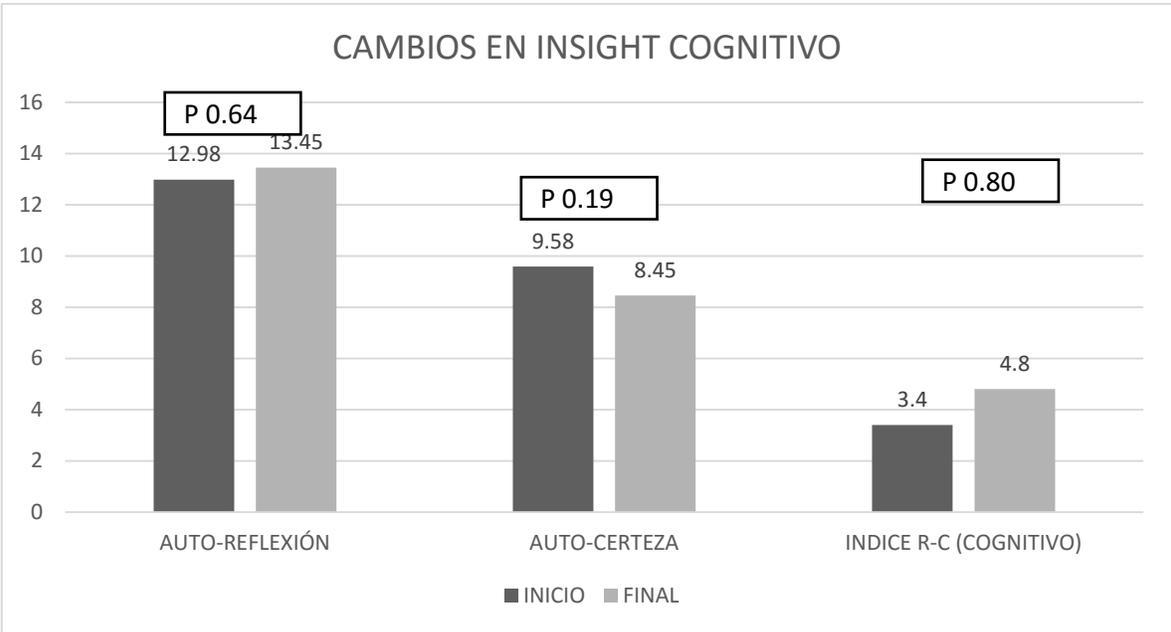
| SUBESCALA DE | MEDIA | N | MINIMO | MAXIMO | DESV. TIP. | ERROR TIP. |
|------------------------|-------|----|--------|--------|------------|------------|
| INSIGHT | | | | | | |
| AUTORREFLEXIÓN INICIAL | 12.98 | 40 | 6 | 21 | 3.840 | .607 |
| AUTOREFLEXIÓN | 13.45 | 40 | 3 | 15 | 3.896 | .616 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|------|----|----|----|-------|------|
| FINAL | | | | | | |
| AUTOCERTEZA INICIAL | 9.58 | 40 | -5 | 12 | 3.202 | .506 |
| AUTOCERTEZA FINAL | 8.45 | 40 | 7 | 24 | 3.419 | .541 |
| INSIGHT COGNITIVO (R-C) INICIAL | 3.40 | 40 | 3 | 15 | 4.355 | .689 |
| INSIGHT COGNITIVO (R-C) FINAL | 4.80 | 40 | -7 | 21 | 4.916 | .777 |

Tabla de significación estadística de la comparación de los puntajes de la Escala de Insight Cognitivo de Beck al inicio y al final del estudio en ambos grupos:

| Variable | Valor de P (GRUPO CONTROL) | Valor de P (GRUPO EXPERIMENTAL) |
|--|----------------------------|---------------------------------|
| AUTOREFLEXIÓN INICIAL Y FINAL | 0.517 | 0.64 |
| AUTOCERTEZA INICIAL Y FINAL | 0.063 | 0.19 |
| INSIGHT COGNITIVO (ÍNDICE R-C) INICIAL Y FINAL | 0.121 | 0.80 |

Gráfico que ilustra los cambios en la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) aplicada al inicio y al final (en sus diferentes subescalas), así como significancia.



DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, se hará una descripción del universo poblacional. Se observa que el mayor porcentaje de los sujetos estudiados fue del sexo masculino (60%) versus el sexo femenino, siendo la mayoría solteros (87.5%). En cuanto a la escolaridad cabe mencionar que la mayor parte de la población tenía escolaridad de secundaria y licenciatura (35% cada una respectivamente) y que la mayoría se encontraban desempleados al momento del estudio (67.5%). Cabe mencionar que se eligieron únicamente sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, en cualquiera de sus subtipos, encontrándose la mayoría con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (87.5%) y esquizofrenia indiferenciada (10%).

En cuanto a la evaluación de los resultados obtenidos en la escala de PANSS, se encontró una disminución en la escala en forma global, encontrándose una disminución en la subescala de síntomas positivos de 12.68 ± 3.7 a 9.08 ± 2.4 , siendo un hallazgo estadísticamente no significativo. (p 0.161). Con base a lo reportado por la literatura, y las observaciones realizadas en el presente, podemos inferir que la disminución en los síntomas positivos no fue significativamente mayor en el grupo experimental ya que se trata generalmente de pacientes que han pasado ya por un proceso de psicoeducación (que generalmente se lleva a cabo antes de ingresar a psicodrama), donde ya se han hecho ajustes farmacológicos en mayor medida, logrando un mejor control de los síntomas positivos, concordando con los reportes de que los síntomas positivos responden mejor al tratamiento farmacológico en comparación con los síntomas negativos. (36)

En la subescala de síntomas negativos del PANSS, se encontró una disminución en la media de 20.73 ± 6.4 a 14.38 ± 4.4 , siendo significativamente mayor en el grupo experimental ($p 0.000$), por lo que se concluye que la disminución de síntomas negativos fue mayor en el grupo que recibió psicodrama, corroborando nuestra hipótesis de que el psicodrama puede ser una modalidad terapéutica de impacto en dichos síntomas, que suelen ser de más difícil control y de peor pronóstico. Lo anterior corroboraría los datos referidos en el marco teórico, donde se postula al psicodrama como un método complementario y efectivo para el tratamiento de síntomas negativos, donde los antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, no han mostrado ser tan eficaces.

Finalmente, en la subescala de psicopatología general al inicio y al final del estudio se encontró una disminución en la media de 33.78 ± 7.3 a 24.68 ± 5.2 , dicho resultado mostró una significación estadística ($p 0.038$), por lo que se concluye que hubo una mayor disminución en la puntuación de la subescala de psicopatología general en el grupo experimental. Lo anterior puede ser entendido tomando en cuenta que a lo largo de todo el proceso de rehabilitación biopsicosocial los pacientes, se ven mejorados todos los complejos sintomáticos de la esquizofrenia, incluyendo síntomas ansiosos, depresivos, trastornos del movimiento, del pensamiento y funciones mentales en general.

De acuerdo a los estudios reportados en la literatura similares al nuestro, encontramos que se han llevado a cabo ensayos que utilizaron las subescalas de síntomas positivos y negativos. En el estudio de Qu 2000 se llevó a cabo una comparación entre pacientes que recibían medicación y psicodrama, versus

medicación más atención hospitalaria estándar. En dicho estudio se encontró en el grupo de psicodrama (N: 30) una media promedio de síntomas negativos de 32.3 y el grupo de atención hospitalaria estándar (N: 30) una media promedio de 42.33, que son mayores a los encontrados en nuestro estudio, sin embargo en dicho estudio los pacientes se encontraban hospitalizados al momento del estudio, lo que explica mayores puntuaciones en la escala de PANSS, tanto de síntomas negativos como positivos. De la misma forma, en cuanto a la evaluación de los síntomas positivos, el grupo de psicodrama presentó una media promedio de 13.43 y el grupo de atención hospitalaria estándar de 16.63, lo que tiene mayor similitud con los hallazgos encontrados al inicio, demostrando también mejores puntuaciones en el grupo que recibió psicodrama. (30)

Otro estudio, realizado en pacientes con esquizofrenia (comparando insight cognitivo en pacientes agudos y crónicos, mostró en los resultados de severidad de sintomatología un PANSS positivo de 16.05, PANSS negativo de 18.67 y PANSS subescala de psicopatología general de 32.74. En el caso de pacientes con esquizofrenia crónica, que por el tiempo de evolución de la enfermedad hace los resultados más similares a los encontrados en nuestro estudio, encontró en los resultados de severidad de los síntomas del PANSS lo siguiente: síntomas positivos con una media de 9.95 ± 2.14 , síntomas negativos 15.05 ± 6.11 y psicopatología general 24.35 ± 5.66 ; resultados similares a los encontrados al final del nuestro. (21)

La mayoría de los estudios cuantitativos publicados referentes a pacientes con esquizofrenia, subrayan el efecto positivo de un periodo corto de psicodrama en la

falta de motivación, déficits en la socialización y relaciones afectivas pobres de los pacientes con dicha enfermedad, todos ellos son aspectos del “síndrome negativo” de este trastorno, entre ellos, los estudios de Andreasen en 1982. La mayoría de esos estudios se han llevado a cabo en hospitales de día y de rehabilitación. (43). Tal es nuestro caso, que se enfocó en el análisis de los cambios en síntomas negativos, en pacientes con esquizofrenia que acuden a un hospital de día y reciben psicodrama.

Muy pocos estudios han abordado los síntomas positivos -alucinaciones e ideas delirantes- de la enfermedad, que son usualmente preponderantes en las fases agudas de la esquizofrenia, en las cuales la psicofarmacología ha jugado un rol tradicionalmente. (43)

Un psicodramatista es un profesional con formación en terapia psicodramática y que se encarga de la utilización de las técnicas de drama con finalidad terapéutica. Entre los que han trabajado con síntomas positivos se encuentra Snow quien en 1996, usó el espacio terapéutico para la recreación del mundo fantástico de los pacientes, transformando su experiencia psicótica en imágenes que pueden ser reintegradas en su self. Sin embargo, los psicodramatistas que han trabajado en escenarios psiquiátricos como Langley y Langley en 1982, así como Whitelock en 1987, son más aprehensivos a la hora de entrar dentro de la vida fantástica del paciente con esquizofrenia, discutiendo acerca de la confusión que el psicodrama puede causar a un individuo con un episodio agudo de esquizofrenia, ofreciendo estímulos extra a una ya de por sí mente desorganizada (43). Sin embargo, los pacientes que acuden a hospital parcial generalmente se encuentran estables en cuanto a la

sintomatología positiva, mostrando un predominio de síntomas negativos, siendo esto lo más característico, y uno de los criterios de selección del presente.

En cuanto a la evaluación de los síntomas negativos de la esquizofrenia, tenemos que para dicho objetivo se utilizó la escala de PANSS, en su versión completa que incluye la subescala de síntomas negativos positivos y de psicopatología general, sin embargo y respecto a lo planteado en el marco teórico, no se llevó a cabo una asignación de los síntomas negativos de acuerdo a los nuevos dominios planteados por el DSM V, en primer lugar, porque se encontraba fuera de los alcances del trabajo y porque se requería de una metodología diferente para la evaluación sobre todo de los síntomas negativos.

Por lo que para futuras investigaciones en el tema se recomienda la utilización de constructos más recientes sobre las dimensiones de los síntomas negativos, instrumentos como la Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS por sus siglas en inglés) y la Entrevista de Evaluación Clínica de Síntomas Negativos (CAINS, por sus siglas en inglés), mismas que han sido desarrolladas incluyendo los constructos antes mencionados, pero sobre todo, que toman en cuenta la experiencia interna del paciente, así como la conducta, ello ayudaría a reducir la superposición con otras dimensiones de la esquizofrenia, como la cognición y el funcionamiento psicosocial), dándole más sustento a la investigación, ya que no se tomaría en cuenta solamente una entrevista realizada por el clínico. (4)

El énfasis en mejorar las funciones yoicas del paciente mediante el psicodrama puede llevar a un decremento en su psicopatología negativa y promover su

creatividad colectiva, por otra parte, con respecto a las diferentes tendencias de la práctica terapéutica, muchas veces conflictivas abordando los síntomas positivos o negativos de la esquizofrenia, Allen en 1994 sugirió que el factor más importante es la adaptación de la práctica terapéutica a las necesidades individuales de los pacientes.(43)

De acuerdo a nuestro marco teórico, la esquizofrenia es vista como un síndrome con varias etiologías posibles, que conducen, en un final común, a un grave deterioro del Yo. Como lo afirmara David Laing en su libro “El yo dividido”, en el estado esquizofrénico el mundo se halla en ruinas y el yo está aparentemente muerto. (44). Se asume que en la esquizofrenia hay una desintegración del self, que puede llevar al paciente a una existencia simbiótica o a una retirada de las relaciones objetales. (43)

En la práctica, se pone de manifiesto el hecho de que diferentes pacientes exhiben diferentes patrones del funcionamiento del Yo, pareciendo útil el evaluar de forma independiente cada una de las funciones del Yo.

Tras dicha evaluación de las funciones yoicas, mediante la escala EFY, las que tuvieron mejor desempeño en forma global (tanto en grupo control como el grupo experimental), en orden descendente fueron: Sentido de realidad (M: 15.45), prueba de realidad (M:15.13), Juicio (M:14.08), Regulación afectiva (M:13.85), Función defensiva (M:13.18), Barrera a los estímulos (M:13.03), Procesos del pensamiento (M: 12.58), Relaciones objetales (M:11.87), Función Autónoma (10.32), Dominio y competencia (M:10.08), Función sintético integrativa (M: 9.96) y Regresión

adaptativa al servicio del yo (M:9.01). Observamos que las funciones yoicas con menor desempeño fueron la función autónoma, dominio y competencia, la función sintético integrativa y la regresión adaptativa al servicio del yo, las últimas respectivamente por debajo de 10. Dicho resultado es similar al encontrado en la tesis realizada, sobre evaluación de funciones yoicas en residentes de psiquiatría donde las funciones con peor desempeño fueron la regresión adaptativa al servicio del yo, dominio y competencia y a función sintético integrativa. (45)

Las calificaciones cuyo rango oscilan entre 1 al 6, se consideran con un funcionamiento psicótico; del cuatro al 8 se consideran limítrofes; del 6 al 10 son considerados como neuróticos y del 8 al 13 se consideran sanos o normales, apegándose al diagnóstico estructural de la personalidad. Cabe mencionar que en el presente estudio, contrario a lo esperado, los pacientes no se situaron dentro de un funcionamiento psicótico, sino más bien dentro de la "normalidad" y funcionamiento psicótico.

Hubo una mejoría global de las funciones yoicas al inicio y al final de la intervención, siendo significativamente mayores los puntajes obtenidos al final, mostrando una mayor mejoría estadísticamente significativa en el grupo experimental ($p.000$), lo que nos permite inferir que las funciones yoicas de los pacientes con esquizofrenia mejoran tras intervenciones psicoterapéuticas como el psicodrama, contrastando en parte con la literatura, donde se reporta que los pacientes con esquizofrenia tienen disminuidas sus funciones yoicas. Lo anterior se podría explicar porque los pacientes se encontraban inmersos en un programa de rehabilitación biopsicosocial con intervenciones psicoterapéuticas como lo es Hospital Parcial.

Finalmente, tras el análisis de resultados obtenidos a través de la Escala de Insight Cognitivo de Beck, se encontró un aumento en la media de auto-reflexión de 12.98 ± 3.8 a 13.45 ± 3.8 al final del estudio, lo cual lo fue no tuvo significancia ($p 0.64$), por lo que se puede concluir que no existieron cambios estadísticamente significativos entre los grupos en la subescala de auto-reflexión al inicio y al final del estudio. En la subescala de autocerteza, se encontró una disminución en la media de 9.58 ± 3.2 a 8.45 ± 3.4 al final del estudio, con un valor de p de 0.19.

Se puede concluir que no existieron cambios estadísticamente significativos en la auto-certeza entre los grupos al inicio y final del estudio. Solo hubo una discreta mejoría de auto-certeza en el grupo experimental, pero sin llegar a tener significancia estadística. En lo que se refiere al índice R-C relacionado con el grado de insight cognitivo total, se encontró un aumento en la media del mismo en ambos grupos, de 3.40 ± 4.3 al inicio a 4.80 ± 4.9 al final, no siendo un hallazgo estadísticamente significativo. ($p 0.8$), lo que nos permite concluir que no hubo diferencia en el índice cognitivo entre los grupos al inicio y al final.

En el estudio de validación de la escala EICB en España, se encontraron los siguientes resultados en la Escala de Insight Cognitivo de Beck, con una media de auto-reflexión (R) de 15.13 ± 4.69 , auto-certeza (C) de 8.79 ± 3.71 e Índice R-C de 6.33 ± 6.25 . Comparado con dichos resultados, nuestros sujetos puntuaron más bajo en auto-reflexión, resultados similares en auto-certeza, así mismo resultados más bajos en el índice R-C, sin embargo su muestra era de 129 pacientes. En el mismo ensayo, se dividió a los participantes en pacientes ingresados y ambulatorios, refiriendo que los pacientes ingresados mostraban,

significativamente, mayor puntuación en auto-certeza y menor en auto-reflexión, así como en el índice R-C, que los pacientes no ingresados. En nuestro caso, se trata de pacientes no ingresados, que teóricamente mostrarían mejores puntajes en auto-reflexión e índice R-C. Se muestran de la misma forma algunas correlaciones donde se refiere que a mayor sintomatología en la escala de PANSS mayor puntuación en auto-certeza.

Por su parte, a menor psicopatología general y total, mayor insight cognitivo. También se demostró una correlación entre el ítem 12 de la PANSS y la dimensión de auto-reflexión y el Índice Cognitivo, esto es, cuanto menor insight cognitivo muestra un paciente, mayor ausencia de auto-conocimiento o insight, cuanto menos insight medido por la PANSS menor es la auto-reflexión y el insight cognitivo y mayor la auto-certeza; dicha asociación se repite con autocerteza, esto es, a mayor confianza de que el delirio es real, mayor pérdida de insight. También reportaron que los síntomas positivos se relacionan con auto-certeza, esto es, con tener mayores dificultades para realizar un distanciamiento o crítica (21).

Lo anterior nos deja saber que aunque no son los alcances de nuestro estudio, como una propuesta, pudieron haberse hecho correlaciones entre el grado de insight percibido por el evaluador tras la aplicación de la entrevista para la evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS, ítem 12 de insight) con el reportado por el paciente en la Escala de Insight Cognitivo de Beck (que es un autoreporte), pero para hacerlo aún más fiable, haber utilizado la escala de insight SUMD (por sus siglas en inglés, que es la escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental), que se ha mostrado válida y fiable,

siendo ampliamente aceptada y utilizada como medida multidimensional de la conciencia de trastorno. Se trata de una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente, evaluando la conciencia de tener un trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. (26, 46)

Por otra parte, se han obtenido valores algo más bajos en las muestras de pacientes con un primer episodio psicótico con delirios activos y con delirios no activos, en lo relativo a la dimensión de autoreflexión y el índice compuesto.

Como las tres medidas de la EICB mostraron una tendencia de distribución normal, implicaría que el insight no es una variable o, si se prefiere, síntoma (o estado mental) que pueda ser descrito como presente o ausente, sino más bien parece que el auto-conocimiento tendría un carácter de continuidad o dimensionalidad.

En el estudio de validación de la Escala de Insight Cognitivo de Beck, se subdividieron los resultados de las subescalas por diagnósticos, es decir, pacientes con esquizofrenia, con trastorno esquizoafectivo, depresión mayor con psicosis y depresión menor sin psicosis en pacientes hospitalizados. Se concluyó que los pacientes con psicosis (con diagnóstico de trastornos psicóticos) fueron menos reflexivos (menores puntuaciones en la escala de auto-reflexión) y presentaban mayor certeza en sus juicios que los pacientes sin psicosis (es decir, con mayores puntuaciones en la escala de auto-certeza). En cuanto al índice compuesto R-C fue mayor en los pacientes sin psicosis. (47).

Dichos resultados fueron corroborados en otro estudio de validación, donde la EICB fue aplicada a pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos con psicosis, pero también a sujetos sanos en un grupo control. Se demostró que los pacientes psicóticos fueron significativamente menos reflexivos, confiaban más en sus creencias y tuvieron menor insight cognitivo comparado con el grupo control sin psicosis (48). También se demuestra que los pacientes con esquizofrenia tenían menores puntajes en auto-reflexión en comparación con sujetos controles sanos, pero mayores puntajes en autocerteza en comparación con controles sanos, con la diferencia de que el índice R-C presentaba valores negativos en los sujetos con esquizofrenia, a diferencia de los sanos. Lo anterior, aunque no se comprueba del todo en el presente estudio, nos deja ver que en los pacientes con esquizofrenia es esperado encontrar valores negativos dentro del índice R-C.

También se demostró que un mayor puntaje en auto-certeza y menor en auto-reflexión e índice cognitivo (R-C) es un patrón específico de pacientes esquizofrénicos y/o esquizoafectivos. Finalmente, se menciona que el promedio de auto-reflexión y del puntaje del índice R-C de los pacientes ambulatorios con psicosis fueron menores que aquellos de los sujetos sin psicosis. Este aspecto del insight cognitivo parece ser, al menos parcialmente, una forma de déficit o disfunción neurocognitiva que es de alguna manera independiente de las influencias culturales o sociales. Como una analogía, uno esperaría disfunción frontal o parietal interrumpiendo el sentido de auto-conciencia, independientemente de la etnicidad y la influencia del escenario cultural. (49). Lo anterior nos hace pensar que efectivamente, el insight, como un constructo neurobiológico, estaría también

influido por el grado de deterioro cognitivo, mismo que no fue tomando en cuenta como una variable más, que podría ser estudiada a través de tests cognitivos, lo cual no se realizó.

En relación a lo anteriormente planteado, hay estudios que han relacionado la cognición con el insight clínico y cognitivo en trastornos psicóticos, argumentando que el interés en esta área ha crecido significativamente. De particular interés han sido los correlatos neuropsicológicos y neurobiológicos del insight. Se ha propuesto la hipótesis de que, por naturaleza, el insight requiere de mecanismos cognitivos de auto-evaluación. Ello incluye las funciones frontales ejecutivas, diferentes formas de memoria e inteligencia. Se encontró que existe una pequeña pero significativa relación entre el insight clínico, algunos aspectos del insight cognitivo y neurocognición. Dichos hallazgos reflejan la complejidad del constructo de insight e indican que mientras que el modelo neurocognitivo es importante, es probable que sea uno de los muchos que contribuyen al entendimiento del fenómeno. (50)

Al analizar los resultados obtenidos en la Escala de Insight Cognitivo de Beck se demostró que no hubo una diferencia estadísticamente significativa, a decir, los pacientes que recibieron psicodrama no mejoraron su nivel de insight en comparación con los pacientes que no lo hicieron. Entre las posibles causas se encuentra la escala misma, que aunque ha demostrado ser eficaz en procesos de investigación, no es útil para utilizarse como una herramienta de escrutinio, ni de medición del insight como si se tratase de un síntoma más de los pacientes con esquizofrenia. Se menciona también, que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades en el procesamiento de la información y de concentración, lo que podría

estar sesgando la respuesta al cuestionario. De hecho, algunos de los estudios en donde los valores son más elevados fueron obtenidos cuando se incluyó pacientes con menor deterioro cognitivo como son los pacientes con depresión y trastorno bipolar o estudiantes universitarios (21)

Así mismo, los ítems de evaluación no han demostrado la suficiente consistencia cuando son aplicados en diferentes culturas, en nuestro estudio por ejemplo, se utilizó la versión española de la escala, por lo que no podemos generalizar su eficacia para detectar hallazgos significativos en la población mexicana, y desde la experiencia del evaluador, fue en esta escala donde los pacientes mostraron mayor confusión y dificultad para comprender lo que se estaba solicitando.

A diferencia de los estudios que han reportado mayores puntuaciones en el insight, con resultados estadísticamente significativos, no se hizo un estudio de fiabilidad test-retest, para verificar que los pacientes obtuvieran resultados similares en 2 aplicaciones de la prueba realizadas una tras otra en un corto periodo de tiempo y ver su consistencia.

Aunque se encontró una mejoría tanto de las funciones cognitivas como de los síntomas negativos de la esquizofrenia en pacientes que recibieron psicodrama, no podemos atribuir dicha mejoría en sí al psicodrama solamente, ya que como se pudo observar, mejoraron tanto los pacientes del grupo experimental (los que recibían psicodrama), pero también aquellos que no lo hacían. Lo anterior puede ser explicado porque todos los pacientes se encuentran inmersos en un programa de rehabilitación biopsicosocial como lo es Hospital Parcial, donde se llevaban a cabo

actividades como afrontamiento de problemas, educación psicológica, entrenamiento de aptitudes sociales, terapia cognitivo conductual, intervenciones familiares y psicoeducación.

Tales intervenciones psicosociales son métodos prometedores para el tratamiento, rehabilitación y prevención de recaídas en pacientes con esquizofrenia. Sin olvidar el impacto que tiene la medicación a la que son expuestos los pacientes como parte de su tratamiento integral. A diferencia de otros estudios que han tratado de medir el impacto de la dramaterapia en pacientes con esquizofrenia, donde los psiquiatras a cargo acordaban no realizar ningún cambio en la medicación durante el curso de la terapia psicodramática, en nuestro caso no fue posible en nuestro medio, aparte de que su realización tendría implicaciones éticas, que lo hacen poco viable.

Hablando de metodología y efectividad del psicodrama, se requiere de la realización de ensayos con asignación aleatoria, que entre sus medidas aplique el cegamiento del evaluador o los evaluadores, dado que en este estudio el evaluador conocía a que grupo pertenecían los sujetos en estudio, lo que podría significar un sesgo. Siguiendo en esta línea metodológica se considera que la investigación en dramaterapia para pacientes con esquizofrenia incluye solo unos pocos estudios publicados que involucran un análisis cuantitativo, mientras que la mayoría de los estudios reportan un análisis cualitativo o métodos basados en las técnicas de teatro.

En tal caso, la investigación cuantitativa en psicodrama selecciona y mide los efectos terapéuticos sobre comportamientos específicos en orden a contribuir al

conocimiento científico con resultados medibles y así fomentar el uso de dicha terapia en el escenario clínico. Sin embargo, el diseño de investigación empírico es a menudo problemático para la realización de estudios en esta área. Usualmente las muestras examinadas no proveen un adecuado número de participantes para el tipo de análisis estadístico utilizado para confirmar significancia de los resultados en grandes muestras poblacionales.

A lo anterior se agrega que las personas que realizan investigación en psicodrama necesitan tener un entrenamiento especial en investigación que asegure la fiabilidad y la validez de dicha investigación, a través de mediciones objetivas y adecuadas; por lo tanto, la generalización de los resultados obtenidos a través de estos estudios aún resulta problemático. Lo anterior, sin olvidar las dificultades que el investigador enfrenta, como lo es la formación de un grupo de comparación apropiado, siendo difícil tener una muestra significativa. Los estudios en psicodrama que se han realizado han tratado de seguir el modelo de investigación experimental con el uso de escalas de evaluación psiquiátricas y psicológicas, de otra forma se exige que los mismos terapeutas creen sus propias escalas, para alcanzar sus objetivos tanto terapéuticos como de investigación, sin embargo no siempre los resultados de dichas escalas se pueden generalizar.

Uno de los aciertos de la presente investigación fue el contacto que el evaluador tuvo con los grupos que recibían psicodrama, pudiendo observar las dinámicas que se llevaban a cabo en el espacio terapéutico, pero además, evaluar en el escenario clínico real como es que los pacientes reaccionaban ante este tipo de terapia. A pesar de que se fue testigo de los efectos que tenía en los pacientes la

dramatización de escenas y la constante lucha contra el síndrome negativo que los caracteriza, se observó que muchos pacientes se mostraban apáticos, en varias ocasiones era notable la participación de solo unos cuantos (los que representaban un rol), mientras la mayoría permanecían como observadores, un tanto pasivos, negándose parcialmente a la representación de roles, ya sea por el predominio de síntomas negativos o porque les generaba ansiedad. Esto puede indicar que el psicodrama no siempre puede ser aceptable por las personas con esquizofrenia, sin embargo no se dispone de estudios que apoyen esta suposición.

Entre las dificultades que se presentaron figuró el abandono de pacientes antes de que se completaran la evaluaciones, ya que los grupos de psicodrama son grupos abiertos, de flujo continuo de pacientes, que egresan en temporalidades diferentes, lo que complica aún más estabilidad de un grupo de estudio. Más aún, el presente se enfocó en pacientes con esquizofrenia, la mayoría de ellos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, quienes en general, se mostraban reticentes a colaborar en la investigación, de un lado, pudiendo ser un síntoma más de su enfermedad y por otro, son un grupo frecuentemente abordado por motivos de investigación. Por lo tanto, en futuras investigaciones sobre el impacto del psicodrama en este universo de pacientes, se podría extender la muestra incluyendo pacientes con todos los diagnósticos de trastornos psicóticos posibles, sobre todo, pacientes con trastorno esquizoafectivo y pacientes con trastorno bipolar. Como se ha visto, ya se han realizado estudios sobre el impacto del psicodrama en pacientes con esquizofrenia, pero también otros tipos de psicosis, incluyendo también depresión mayor.

Otra de las limitaciones fue el tiempo de seguimiento de los pacientes, que aunque no es muy diferente al reportado en otros estudios comparativos que incluían el psicodrama como intervención, no se abarcó todo el proceso terapéutico completo, que requeriría aproximadamente de un año de seguimiento. Lo anterior se complica aún más cuando se toma en cuenta que es difícil abordar a los pacientes que acuden a estos servicios, pues se encuentran continuamente ocupados en las diferentes actividades que ofrece el servicio. Se requeriría la intervención de un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatras y psicólogos, entre ellos más terapeutas con formación en psicodrama, para la evaluación del impacto de dicha actividad psicoterapéutica en la psicopatología del paciente. De la misma forma, se podría evaluar si la mejoría ofrecida se mantiene a largo plazo, ya que no existen estudios que evalúen dicha condición.

Una variedad de medidas de resultado clínicamente significativas resulta importante para los futuros estudios sobre psicodrama. Por ejemplo, cambios en el funcionamiento global, estado mental y comportamiento, recaídas, ingreso hospitalario, compromiso con los servicios, calidad de vida, abandono temprano del estudio, satisfacción con la atención, actitud de los familiares, redes de apoyo, efectos adversos y medidas de resultado económicas (coste-efectividad y costo beneficio).

Se necesitan más estudios para establecer la especificidad del psicodrama como una intervención terapéutica. La investigación en dramaterapia en el campo de la esquizofrenia intenta establecer el rol de la misma para pacientes que padecen esquizofrenia a través de la comunicación del conocimiento respecto a los

beneficios de este enfoque terapéutico tanto a la comunidad científica como a la psicoterapéutica. Además, la investigación en este campo intenta evaluar los niveles de cambio y desarrollo en pacientes con esquizofrenia a través de procesos psicodramáticos e investigar el rol terapéutico del drama como un método para mejorar el conocimiento, insight y la calidad de vida. Finalmente, dicha investigación provee evidencia de que esta intervención terapéutica tiene una contribución beneficiosa al tratamiento biopsicosocial y de rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

CONCLUSIONES

En general, los pacientes con esquizofrenia que acuden a psicodrama mostraron una mayor disminución de síntomas negativos en comparación con los sujetos que no se expusieron a tal intervención terapéutica. Sin embargo, a la par se vio una disminución de los síntomas de psicopatología general, siendo ambos hallazgos estadísticamente significativos. De la misma forma hubo una reducción en los síntomas positivos de la esquizofrenia en ambos grupos, pero tal diferencia no fue estadísticamente significativa.

En la misma línea, los pacientes que acudieron a psicodrama mostraron un mejor desempeño en sus funciones yoicas, en comparación con los pacientes que no recibieron psicodrama, siendo un hallazgo estadísticamente significativo. Los resultados permiten clasificar a los pacientes dentro de un funcionamiento neurótico e incluso normal.

Finalmente, aunque los pacientes de ambos grupos mostraron un aparente mejoría en el insight cognitivo, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa, con lo que podemos concluir que los pacientes que acuden a psicodrama no muestran mayor mejoría en insight cognitivo que los pacientes que no acuden, de hecho, mostraron un desempeño inferior al reportado en la literatura.

Dicho lo anterior, podemos concluir que el psicodrama es un método terapéutico eficaz para mejorar la sintomatología negativa y las funciones yoicas en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo tal mejoría no puede ser atribuida completamente a dicha intervención, ya que la medicación y el resto de actividades

de rehabilitación psicosocial juegan un papel importante en la mejoría de los pacientes. Por tal motivo, se requiere de más estudios aleatorizados que midan el impacto específico del psicodrama en los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Messías E, Chen E; Epidemiology of Schizophrenia; Review of findings and myths. *Psychiatr Clin N Am*, 2007; 30; 323-328
2. OMS. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. España, 2004.70-71.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Galderisi S, Farden A, Kaiser S. Dissecting negative symptoms of schizophrenia: History, assesment, pathophysiological mechanisms and treatment. *Schizophrenia research* 2015, 1: 1-2.
5. Liemburg E et al. Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: established and confirmed in two large cohorts. *Journal of Psychiatric Research*, 2013, 47: 718-725.
6. P.Strauss G et al. Deconstructing negative symptoms of schzophrenia: avolition-apathy abd diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *Journal of Psychiatric Research* 2013, 47: 783-790
7. Seon-Kyeong Jang et al. A two factor model better explains heterogeneity in negative symptoms: evidence from positive and negative síndrome scale. *Frontiers in Psychology*, 2016, 7:1-8.
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM IV TR Masson 2002.

9. Stahl M. S. Psicosis y esquizofrenia. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Tercera Edición. Editorial Aula Médica. España, 2008. 247-325.
10. James W, Evaluación psicodinámica del paciente. Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica. Editorial panamericana. Argentina 2006. 71-93.
11. S. Hall C. Compendio de psicología freudiana. Editorial Paidós. México 1983. 25-40
12. Bleichmar N, Leibermar C. El psicoanálisis después de Freud. Editorial Paidós. México, 1997. 41-70
13. Wallerstein RS. The growth and transformation of American ego psychology. J Am Psychoanal Assoc. 2002, 50 (1)135-169
14. Kandel E. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Ars Médica. Barcelona, 2007: 67-111.
15. Cameron N. Sistema psicodinámico, desarrollo de la personalidad y psicopatología. Editorial Trillas, 2007: 164-211.
16. Fiorini H, Las funciones yoicas en el proceso terapéutico. Teoría y técnica de psicoterapias. Nueva visión. Buenos Aires. Psicología Contemporánea. 113-129.
17. Bellak L, Goldsmith L. Aspectos básicos del yo. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. Editorial Manual Moderno. México. 1993; 7-21.
18. González J, La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. Psiquis, Revista de Psiquiatría, psicología y psicósomática. 1992; 13: 11-46.

19. Saavedra V, Trastornos de la conciencia del yo en la esquizofrenia. Revista de neuropsiquiatría, 1998 61:65-73.
20. Navarro M, Cardeño CA, Cano JF. Introspección en pacientes con psicosis. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006, 35 (1): 61-70.
21. Gutiérrez- Zotes JA. Valero J, Cortés María J, Labad A; Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB) en esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40 (1): 2-9
22. Bello M. C, Introducción al psicodrama. Guía para leer a Moreno. Editorial Colibrí. México, 2000. 107-121.
23. Petr B, Ondrej Pec, L.Mishara A, Touskova T, Lysaker P. Conscious brain, metacognition and schizophrenia. Review. International Journal of Psychophysiology, 2016, 105:1-8.
24. Cella M, Reeder C, Wykes Til. Lessons learnt? The importance of metacognition and its implications for cognitive remediation in schizophrenia. Frontiers in psychology. 2015, 6: 1-9
25. Gilleen J, David A, Greenwood K. Self-reflection and set shifting mediate awareness in cognitively preserved schizophrenia patients. Cognitive neuropsychiatry, 2016. 1-12
26. Riggs E.S, Grant M. P, Beck T. A, Perivoliotis D. Assessment of Cognitive Insight: A qualitative review. Schizophrenia Bulletin, 2012; 38 (2): 338-350.

27. Caram Amin et al. Evaluación de la intervención psicodramática en pacientes con trastornos psicóticos. *Acta psiquiátr psicol Am lat.* 2001, 47 (4): 351-358
28. Ruddy R, Dent- Brown K. Drama therapy for schizophrenia like illnesses (Review). *The Cochrane Library.* Wiley Publishers UK. 2008
29. Zhou Y, Tang W. A controlled study of psychodrama to improve self steem in patients with schizophrenia. *Chinese Mental Health Journal.* 2002; 16: 669-71
30. Qu Y, Li Y, Xiao G. The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. *Chinese Journal of Psychiatry.* 2000. 33 (4): 237-9
31. Kipper D A, Ritchie T D. The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta analysis. *Group dynamics: Theory, research and practice* 2003; 7 (1): 13-25
32. Caram A, Ramos V. Aportes clínicos y técnicos sobre el trabajo psicodramático con pacientes psicóticos. *Revista subjetividad y cultura.* 2000.14: 54-61.
33. Caram A. Postulados sobre el trabajo psicodramático en pacientes psicóticos. *Revista subjetividad y cultura.* 2003.19: 57-73
34. Aguglia E, Pascolo- Fabrici E, Bertossi F; Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatry network; *Clinican Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2007, 3:7.
35. SSA. Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención. *Guía de práctica Clínica.* SSA-222-09. 2012:1-16
36. Tuunainen A, Wahlbeck K, Gibody SM. Newer atypical antipsychotic medication versus clozapine for squizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2: 60-72

37. Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361. 2003. 361 (9369).1581-9.
38. T. Scott S, Jeffrey A. Antipsychotic trials in schizophrenia. The CATIE Project. Cambridge University Press, 2010 ; 39-56.
39. Fresán A, De la Fuente Sandoval, Loyzaga C, García Anaya M, Meyenberg N, Nicollini H, et al; A forced five dimensional analysis and concurrent validity of the positive and negative syndrome scales in mexican schizophrenic patients; *Schizophrenia Research*, 2005 72 (2-3): 123-129
40. Herrera Estrella M, Torner C, González G, Olivares M, Calzada JL, Guzmán I, et al. Estudio de la confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia; *Psiquis*, 1993, 2 (2): 85-115.
41. Lewis A, Stanley R, J.P Lindenmayer, Fiszbein A. SCI-PANSS Structured Clínical Interview- Positive and negative syndrome scale. MHS Multi Health System, 1999: 3-14.
42. Hidalgo C, Evaluación de las funciones yoicas como instrumento autoaplicable a sujetos en psicoterapia. Tesis para obtener título de licenciatura en Psicología. México. Universidad Intercontinental, 1995.
43. Yotis L. A review of dramatherapy research in schizophrenia: methodologies and outcomes. *Psychotherapy research*;2006, 16 (2), 190-200.
44. Laing R.D. El yo dividido. Fondo de cultura económica. México 1964.

45. Mesa R.F. Evaluación de las funciones yoicas en residentes de psiquiatría y correlación clínica a través de una evaluación sintomática. Tesis para obtener el grado de especialidad en psiquiatría. México DF, UNAM. 2008.
46. Ruiz A.I, Pousa E, Duño R et al. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(2):111-119.
47. Beck A.T, Baruch E, M Balter J et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale; Schizophrenia research; 68. 2004. 319-329.
48. Kao Y.C, Liu Y.P. The Beck Cognitive Insight Scale (BCIS): translation and validation of the taiwanese version. BMC Psychiatry. 2010, 10: 27, 1-13.
49. Smith TE, Hull JW, Wilson DF: Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 2000, 26:193-200.
50. Nair A, Claire P.E, Aleman A. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight en psychotic disorders: a review and meta-analysis. Schizophrenia research 152, 2014; 191-200



SECRETARIA DE SALUD
COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Lugar y fecha:

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". INICIO: 1° de Octubre del 2015. TERMINO:
1° abril 2016

Justificación y objetivo del estudio:

El siguiente trabajo forma parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo determinar si existen cambios favorables en los síntomas negativos, insight y funciones yoicas en pacientes con esquizofrenia que acuden a psicodrama en comparación con aquellos que no lo hacen.

Procedimientos y duración:

Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos diagnósticos. Si acepta participar en este taller, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación.

Se le pedirá que conteste la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB)

Se le aplicará la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia PANSS en un tiempo aproximado de 45 minutos.

Se le aplicará el cuestionario de funciones yoicas de Bellak en una hora aproximadamente.

Contestarán un cuestionario demográfico.

Se realizará en un consultorio del servicio de Hospital Parcial, previa autorización por el jefe de servicio.

Posibles riesgos y molestias:

No tiene ningún riesgo el participar en esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confiabilidad.

Información sobre resultados y

Beneficios potenciales

La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal, se le explicara brevemente lo que es el insight cognitivo, síntomas negativos de la esquizofrenia y funciones yoicas, se documentará la severidad de la enfermedad y se tomarán medidas para el tratamiento oportuno.

Participación o retiro:

Cada integrante tendrá la libertad de retirarse si así lo deseara

Privacidad y confidencialidad:

Todos los resultados se trataran con confidencialidad. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial

Disponibilidad de Tratamiento

No aplica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Gregorio Zepeda Cárdenas Médico residentes de 3° año de Psiquiatría

Colaboradores:

Maestra Soc. Juana Freyre/ Médico Adscrito Francisco Javier Mesa Rios /Psic. Amin Caram

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse directamente con el investigador responsable,

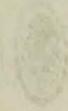
Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del Testigo



SALUD



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

29 septiembre 2015

DR. GREGORIO ZEPEDA CÁRDENAS
MEDICO RESIDENTE DE III AÑO
P R E S E N T E

Por medio del presente informo a usted, que su proyecto para el protocolo "CAMBIOS EN SINTOMAS NEGATIVOS, INSIGHT Y FUNCIONES YOICAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN A PSICODRAMA: ESTUDIO COMPARATIVO", ha sido autorizado para su realización.

Le solicito me entregue una relación de los pacientes que usted incluirá en su investigación, así como copia de sus consentimientos informados. Sírvase entregar a esta Jefatura, al final de la misma, un reporte con los resultados de su proyecto; así como mencionar al Servicio y a la Institución, cuando sea publicado su Estudio.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente.

DR. FRANCISCO JAVIER MESA RÍOS
JEFE DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

C.C.P

Archivo

ESCALA DE INSIGHT COGNITIVO DE BECK

Instrucciones: A continuación señala la respuesta que le parezca más apropiada a cada afirmación

| AFIRMACIÓN. | Nada de acuerdo | Un poco de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-----------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| 1. Algunas veces he malinterpretado las actitudes que los demás tienen hacia mí. | | | | |
| 2. Las interpretaciones que hago de mis experiencias son sin duda correctas | | | | |
| 3. Otras personas pueden entender mejor que yo la causa de mis experiencias raras | | | | |
| 4. Llego a conclusiones demasiado rápido | | | | |
| 5. Algunas de mis experiencias que me han parecido muy reales pueden haberse debido a mi imaginación. | | | | |
| 6. Algunas de las ideas que tenía como ciertas acabaron siendo falsas | | | | |
| 7. Si siento que algo es correcto significa que es correcto. | | | | |
| 8. Aunque me siento muy seguro/a de estar en lo cierto, podría estar equivocado/a | | | | |
| 9. Conozco mejor que nadie cuáles son mis problemas. | | | | |
| 10. Cuando los demás no están de acuerdo conmigo, normalmente están equivocados | | | | |
| 11. No puedo fiarme de lo que opinan los demás sobre mis experiencias | | | | |
| 12. Si alguien comenta que mis creencias son erróneas estoy dispuesto (a) a considerar su opinión | | | | |
| 13. Puedo confiar en mi propio juicio siempre. | | | | |
| 14. Suele haber más de una explicación posible sobre por qué la gente actúa de la manera en que lo hace. | | | | |
| 15. Mis experiencias raras pueden deberse a que esté muy alterado (a) o estresado (a) | | | | |

ESCALA DE FUNCIONES YOICAS

III. Evaluación de la funciones yoicas. Transcrita aleatoriamente.

INSTRUCCIONES: A continuación hay una serie de reactivos; léalos cuidadosamente y marque con una X, la opción que mejor refleje su forma de ser. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas.

| Pregunta. | Rara Vez | A veces | A Menudo. |
|---|----------|---------|-----------|
| 1. ¿Siente que nadie es en realidad su amigo? | | | |
| 2. ¿Le ha sucedido que tenga problemas para decidir si algo sucedió realmente, fue un sueño, o sólo estuvo en su imaginación? | | | |
| 3. ¿Hace usted cosas peligrosas? | | | |
| 4. ¿Ha sentido que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen? | | | |
| 5. ¿Siente un fuerte impulso de estar físicamente activo? | | | |
| 6. ¿Hay acontecimientos o ideas que interfieren su capacidad para concentrarse? | | | |
| 7. ¿Es usted capaz de liberarse y tener pensamientos extraños, "locos" o extravagantes, sin sentirse trastornado o amenazado? | | | |
| 8. ¿Las situaciones lo trastornan fácilmente? | | | |
| 9. ¿Es usted especialmente sensible a la luz, el sonido o los cambios de temperatura? | | | |
| 10. ¿Se le traba la lengua? | | | |
| 11. ¿Se adapta usted con facilidad a los cambios en su rutina? | | | |
| 12. ¿Funciona usted tan bien como cree ser capaz de funcionar? | | | |
| 13. ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias? | | | |
| 14. ¿Ve cosas que las demás personas no puedan ver? | | | |
| 15. ¿Hace usted cosas que otras personas consideran peligrosas? | | | |
| 16. ¿Los ambientes familiares le parecen extraños? | | | |
| 17. ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo? | | | |
| 18. ¿Le ha sucedido que le sea imposible recordar incluso cosas simples? | | | |
| 19. ¿Tiene usted fantasías que podrían ser usadas como base para producciones o actividades artísticas? | | | |
| 20. ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué? | | | |
| 21. ¿Es usted irritable o nervioso cuando hay mucho ruido a su | | | |

| | | |
|--|--|--|
| alrededor? | | |
| 22. ¿Su habla se vuelve confusa cuando está turbado? | | |
| 23. ¿Puede hacer las cosas que se supone debe hacer aun cuando no le agraden? | | |
| 24. ¿Le agrada a usted estar a cargo de las cosas? | | |
| 25. Si usted establece una relación íntima con alguien, ¿Se rompe rápidamente? | | |
| 26. ¿Escucha cosas que otras personas no puedan oír? | | |
| 27. ¿Se decepciona de las amistades que hace? | | |
| 28. ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas? | | |
| 29. ¿Tiende a ser emotivo y excitable acerca de las cosas? | | |
| 30. Cuando esta perturbado emocionalmente ¿le es difícil recordar las cosas? | | |

| Pregunta. | Rara Vez | A veces | A Menudo. |
|--|----------|---------|-----------|
| 31. ¿Se puede relajar y pasar un buen momento sin preocuparse por no estar haciendo nada importante? | | | |
| 32. ¿Es usted una persona ansiosa? | | | |
| 33. Cuándo las cosas son demasiado para usted, ¿Acostumbra ensimismarse o aislarse? | | | |
| 34. ¿Se Siente tan carente de energía que no puede realizar las cosas que usualmente hace? | | | |
| 35. ¿Cambia con frecuencia sus sentimientos o las ideas con respecto a las personas? | | | |
| 36. ¿Vive usted de acuerdo con sus propias expectativas de si mismo? | | | |
| 37. En general, ¿Prefiere que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted? | | | |
| 38. ¿Las personas le han dicho que está usted confundido acerca de dónde está? | | | |
| 39. ¿No funcionan las cosas del modo que usted esperaba? | | | |
| 40. ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o le sucederá alguna catástrofe? | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 41. ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo? | | | |
| 42. ¿Se le dificulta poner atención a las cosas? | | | |
| 43. ¿Disfruta cuando sueña despierto? | | | |
| 44. ¿Se ha sentido usted como si se estuviera "desbaratando"? | | | |
| 45. ¿Siente que su piel es muy sensible? | | | |
| 46. ¿Es difícil comenzar algo que quiere hacer? | | | |
| 47. ¿Es usted predecible en las cosas que hace o dice? | | | |
| 48. ¿Siente que usted puede hacer las cosas tan bien como la | | | |

| | | | |
|---|-----------------|----------------|------------------|
| mayoría de las personas? | | | |
| 49. ¿Le atrae la misma clase de personas con la que ha tenido problemas antes? | | | |
| 50. ¿Las personas le han dicho que está confundido acerca de quién es usted? | | | |
| 51. ¿Se llega a encontrar en situaciones peligrosas? | | | |
| 52. ¿Tiene la sensación de que algo que le sucede, ya le ha sucedido antes? | | | |
| 53. ¿Es usted una persona impaciente? | | | |
| 54. ¿Usa usted palabras que otras personas no pueden entender? | | | |
| 55. ¿Usted actúa espontáneamente? | | | |
| 56. ¿Se le dificulta comprender los chistes que escucha? | | | |
| 57. ¿Un sonido ligero o una luz tenue, lo puede mantener despierto por la noche? | | | |
| 58. ¿Considera que usted es perezoso? | | | |
| 59. ¿Es usted organizado en su vida diaria? | | | |
| 60. ¿Siente que puede cambiar las cosas que le suceden y que no le agradan? | | | |
| | | | |
| Pregunta. | Rara Vez | A veces | A Menudo. |
| 61. ¿Para usted es fácil ponerse en el lugar de los demás, y sentir lo que ellos sienten? | | | |
| 62. ¿Se ha sentido confundido acerca de quién es usted? | | | |
| 63. ¿La gente malinterpreta o "toma mal" las cosas que usted hace? | | | |
| 64. ¿Hay partes de su cuerpo que siente extrañas o irreales? | | | |
| 65. ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien? | | | |
| 66. ¿Cambia de un tema a otro en sus conversaciones? | | | |
| 67. Cuando ha trabajado en algún pasatiempo (cocina, carpintería, modelado) ¿Disfruta desviándose de las instrucciones? | | | |
| 68. ¿Tiene pesadillas? | | | |
| 69. ¿Tiene dolores o malestares físicos menores? | | | |
| 70. ¿Puede mantener el control cuando otras personas parecen perderlo? | | | |
| 71. ¿Le gusta hacer planes para el futuro? | | | |
| 72. ¿Toma usted decisiones sin mucha dificultad? | | | |
| 73. Cuando alguien importante para usted está ausente | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿Siente que se ha ido para siempre? | | | |
| 74. ¿Le ha sucedido que esté confundido acerca del lugar en donde está? | | | |
| 75. ¿Siente usted que puede hacer cosas que otras personas no pueden? | | | |
| 76. ¿Siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual? | | | |
| 77. ¿Ha sentido la necesidad de suicidarse? | | | |
| 78. ¿Ha tenido la sensación de que sus pensamientos corren por sí mismos, sin que usted los controle? | | | |
| 79. ¿Disfruta usted haciendo cosas creativas (por ejemplo, pintar, escribir, modelar barro)? | | | |
| 80. ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted? | | | |

| Pregunta. | Rara Vez | A veces | A Menudo. |
|---|-----------------|----------------|------------------|
| 81. ¿Tiene dolores de cabeza? | | | |
| 82. ¿Se tropieza con los objetos? | | | |
| 83. ¿Es capaz de manejar más de una tarea al mismo tiempo? | | | |
| 84. ¿Cuándo tiene mala suerte siente que puede hacer algo para ayudarse a sí mismo? | | | |
| 85. ¿Es usted sobre dependiente de alguna relación, o se aferra demasiado a ella? | | | |
| 86. ¿Las personas malinterpretan lo que está tratando de decirles? | | | |
| 87. ¿Cree usted que corre demasiados riesgos? | | | |
| 88. ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío? | | | |
| 89. ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que usted considera malos? | | | |
| 90. ¿Siente que sus pensamientos están puestos en su cabeza desde afuera? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 91. ¿Piensa usted en situaciones divertidas o graciosas? | | | |
| 92. ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras? | | | |
| 93. ¿Pierde la calma con facilidad cuando suceden muchas cosas al mismo tiempo? | | | |
| 94. ¿Cuándo esta haciendo algo tiene dificultad para terminarlo? | | | |
| 95. ¿Puede organizar su vida de manera que no se pierdan sus propósitos? | | | |
| 96. ¿Las personas lo elogian por hacer un buen trabajo? | | | |
| 97. ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted, no le está proporcionando toda su atención? | | | |

| | | | |
|---|-----------------|----------------|------------------|
| 98. ¿Las personas le dicen que lo que usted platica no tiene sentido? | | | |
| 99. ¿Se da cuenta de impresionar a las personas de una manera equivocada? | | | |
| 100. ¿Siente como si su vida fuera un sueño, o estuviera en una película? | | | |
| 101. ¿Se ha sentido incapaz para controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos? | | | |
| 102. ¿Tiene usted pensamientos que cree que otras personas no entenderían? | | | |
| 103. ¿Disfruta usted participando en juegos? | | | |
| 104. ¿Ha sentido que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria? | | | |
| 105. Después de unas vacaciones ¿Le toma mucho tiempo reincorporarse a su trabajo? | | | |
| 106. ¿Tiene usted problemas para poner atención a algo o alguien durante cualquier tiempo? | | | |
| 107. ¿Aprende usted de sus errores pasados? | | | |
| 108. ¿Establece o ha establecido objetivos para su vida? | | | |
| 109. ¿Obtiene satisfacción personal ayudando a los demás? | | | |
| 110. ¿Las personas le han dicho que está usted imaginando sus molestias o malestares? | | | |
| | Rara Vez | A veces | A Menudo. |
| Pregunta. | | | |
| 111. ¿Siente que confía usted demasiado en las personas? | | | |
| 112. ¿Siente que usted es una persona diferente algunos días? como si no fuera la misma persona hoy que la que era ayer o antier. | | | |
| 113. ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar? | | | |
| 114. ¿Cuando está hablando tiene problemas para terminar lo que estaba tratando de decir? | | | |
| 115. ¿Le es fácil reír cuando alguien cuenta un chiste? | | | |
| 116. ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por sí solos? | | | |
| 117. ¿Tiene el sueño ligero? | | | |
| 118. ¿Olvida usted cosas como nombres y lugares? | | | |
| 119. ¿Es capaz de llevar a cabo sus planes? | | | |
| 120. ¿Cree usted que uno es dueño de su propio destino? | | | |

IV. Reactivos en la EFY aleatorizada que conforman cada función yoica.

| FUNCION YOICA | REACTIVOS EN LA BASE DE DATOS |
|---|---|
| RELACIONES OBJETALES | EFY1 + EFY13 + EFY25 + EFY 37 + EFY 49+ EFY61 + EFY73 + EFY 85 + EFY 97 + EFY109 |
| PRUEBA DE REALIDAD | EFY 2 + EFY 14 + EFY 26 + EFY 38+ EFY 50 + EFY 62 + EFY 74 +EFY 86 + EFY 98 + EFY 110 |
| JUICIO | EFY 3 + EFY 15+ EFY 27 + EFY 39 + EFY 51 + EFY 63 + EFY 75 + EFY 87 + EFY 99 + EFY 111 |
| SENTIDO DE REALIDAD | EFY 4+ EFY 16 + EFY 28 + EFY 40 + EFY 52 + EFY64+ EFY 76 + EFY 88+ EFY 100 + EFY 112 |
| REGULACION DE AFECTOS, IMPULSOS E INSTINTOS | EFY5+ EFY17+ EFY 29+ EFY 41 + EFY 53 + EFY 65 + EFY 77 + EFY 89 + EFY101 + EFY 113 |
| PROCESOS DEL PENSAMIENTO | EFY6+ EFY18+ EFY 30+ EFY 42 + EFY 54 + EFY 66 + EFY 78 + EFY 90 + EFY102 + EFY 114 |
| REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO | EFY7+ EFY19+ EFY 31 + EFY 43 + EFY 55 + EFY 67 + EFY 79 + EFY 91 + EFY103 + EFY 115 |
| FUNCION DEFENSIVA | EFY8+ EFY 20+ EFY 32 + EFY 44 + EFY 56 + EFY 68 + EFY 80 + EFY 92 + EFY104 + EFY 116 |
| BARRERA FRENTE A LOS ESTIMULOS | EFY9+ EFY 21+ EFY 33 + EFY 45 + EFY 57 + EFY 69 + EFY 81 + EFY 93 + EFY105 + EFY 117 |
| FUNCION AUTONOMA | EFY10+ EFY 22+ EFY 34 + EFY 46 + EFY 58 + EFY70 + EFY 82 + EFY 94 + EFY106 + EFY 118 |
| FUNCION SINTÉTICO INTEGRATIVA | EFY11+ EFY 23+ EFY 35 + EFY 47 + EFY 59 + EFY71 + EFY 83 + EFY 95 + EFY107 + EFY 119 |
| DOMINIO Y COMPETENCIA | EFY12+ EFY 24+ EFY 36 + EFY 48 + EFY 60 + EFY72 + EFY 84 + EFY 96 + EFY108 + EFY 120 |