



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**AUTOEFICACIA Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ORIENTADA A LA
RECUPERACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MORALES VIGIL TANIA

DIRECTORA:

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

COMITÉ:

DRA. ANA FRESÀN ORELLANA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

DR. SAMUEL JURADO CÂRDENAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. MARCELO VALENCIA COLLAZOS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

DR. EDUARDO JAVIER AGUILAR VILLALOBOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México Cd. Mx.

Diciembre 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.

Índice

Resumen	3
1.Esquizofrenia. Conceptos generales	
1.1 Antecedentes y definición	5
1.2 Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5	8
1.3 Criterios diagnósticos CIE-10	10
1.4 Síntomas de Esquizofrenia	11
1.4.1 Síntomas positivos	12
1.4.2 Síntomas cognitivos	12
1.4.3 Síntomas negativos	14
1.5 Discapacidad y costos de la esquizofrenia	15
1.6 Factores de riesgo genéticos y ambientales	17
1.7 Modelo diátesis-estrés	20
1.7.1 Modelo diátesis estrés de los síntomas negativos	21
2.Tratamiento de la esquizofrenia	
2.1 Tratamiento farmacológico	23
2.2 Tratamiento psicosocial	26
2.2.1 Entrenamiento en habilidades sociales	28
2.2.2 Rehabilitación cognitiva	31
2.2.3 Terapia cognitiva para síntomas positivos	32
2.2.4 Intervenciones psicosociales y síntomas negativos	35
2.3 Terapia cognitivo conductual orientada a la Recuperación	37

2.3.1 Conceptualización y tratamiento de los síntomas negativos	43
3.Autoeficacia	
3.1 Definición y características	46
3.2 Evaluación de autoeficacia	49
3.3 Autoeficacia y esquizofrenia	51
4.Funcionamiento Psicosocial	
4.1 Definición y características	55
4.2 Funcionamiento psicosocial y esquizofrenia	56
4.3 Recuperación y esquizofrenia	58
5.Planteamiento del problema y preguntas de investigación	64
6.Fase 1	
6.1 Método	67
6.2 Resultados	73
6.3 Discusión y Conclusiones	78
7.Fase 2	
7.1 Método	82
7.2 Resultados	89
7.3 Discusión y Conclusiones	95
8.Referencias	110
9.Anexos	137

Resumen

Ante la falta de tratamientos viables y eficaces para los síntomas negativos de esquizofrenia resulta relevante adecuar las intervenciones psicosociales y dirigirlas a pacientes con deterioro funcional importante. En un estudio reciente, la Terapia Cognitivo-Conductual Orientada a la Recuperación (TCC-R) mostró eficacia en pacientes estadounidenses con estas características. En países en vías de desarrollo como México resulta imperioso implementar intervenciones breves por lo cual, el objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre las variables del modelo de la TCC-R (síntomas cognitivos, síntomas negativos, síntomas positivos y funcionamiento psicosocial) además de la autoeficacia para realizar una adaptación. El proyecto consistió en dos fases: durante la primera se establecieron las relaciones entre las variables mencionadas en una muestra de 100 pacientes con esquizofrenia paranoide; con el resultado del análisis se realizó la adaptación de la TCC-R, que se evaluó en la segunda fase del estudio mediante un diseño pre-post en 16 pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos a comparar con un grupo control de 16 pacientes con tratamiento habitual de la clínica de esquizofrenia de un hospital de tercer nivel. Se encontraron diferencias entre el grupo control y experimental respecto a síntomas negativos, cognitivos, excitabilidad, ansiedad/depresión y funcionamiento psicosocial, se concluye que la adaptación de TCC-R es una opción viable de tratamiento para impulsar la recuperación de pacientes con predominio de sintomatología negativa.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia cognitivo-conductual, síntomas negativos, autoeficacia, funcionamiento psicosocial.

Abstract

In the absence of viable and effective treatments for negative symptoms of schizophrenia it is relevant to accommodate the psychosocial interventions aimed to patients with predominant negative symptoms and functional deterioration. In a recent study, the Recovery-Oriented Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-R) showed effectiveness in patients from United States of America. In developing countries like Mexico, health services are overburdened so it is imperative to implement brief interventions. The purpose of this research was to know the relationship between the variables of the CBT-R model (cognitive symptoms, negative symptoms, positive symptoms and psychosocial functioning) and also self-efficacy in order to design a program of cognitive-behavioral intervention aimed to encourage recovery of patients with predominant negative symptoms. The Project consisted of two phases: during the first one, the relationship between the variables in a sample of 100 patients was established and from the statistical analysis the adaptation was performed. The second phase consisted in the evaluation of the CBT-R adaptation by a pre-post design in 16 patients with paranoid schizophrenia and predominantly negative symptoms compared with a control group of 16 patients with standard treatment. Differences between control and experimental group were found in negative, cognitive, excitability, anxiety/depression symptoms and psychosocial functioning, so it is concluded that the CBT-R adaptation is a viable option to encourage recovery of patients with predominantly negative symptoms.

Keywords: schizophrenia, cognitive behavioral therapy, negative symptoms, self-efficacy, psychosocial functioning.

Esquizofrenia: conceptos generales

Antecedentes y Definición

El concepto de esquizofrenia tiene sus orígenes en los trabajos de Kraepelin en 1886 quien ideó el sistema de clasificación moderno de la esquizofrenia integrando diferentes manifestaciones de enfermedad mental a la cual llamó demencia precoz (Healy, 2002). Los principales síntomas que propuso para el diagnóstico de la demencia precoz fueron: alteraciones de la atención, alteraciones emocionales, alteraciones de la percepción, alteraciones del pensamiento, conductas estereotipadas y negativismo.

El término demencia precoz enfatizó el inicio temprano de la enfermedad y su curso crónico; Kraepelin recibió múltiples críticas debido a sus criterios longitudinales, ya que no siempre su inicio es precoz y no siempre el curso lleva a un deterioro progresivo (First, Frances y Pincus, 2005).

En el siglo XX, Bleuler introdujo el término esquizofrenia (mente escindida) al considerar que llamarle demencia sería inadecuado debido a que el deterioro de los pacientes con dicho diagnóstico no era necesariamente progresivo e irreversible como lo es en los pacientes que padecen algún tipo de demencia (Silverstein, Spaulding y Menditto, 2006).

Bleuler restó importancia al curso de la enfermedad y consideró cuatro síntomas indispensables para diagnosticar el trastorno: asociaciones, afectividad, autismo y ambivalencia. Dicho autor consideraba que existían diferentes trastornos dentro de la esquizofrenia llamándolos “el grupo de las esquizofrenias” (Chinchilla, 2007).

Como respuesta a la incertidumbre para diagnosticar esquizofrenia, Schneider (1959) identificó un grupo particular de ideas delirantes y alucinaciones que él consideró “de primer rango” para definir el trastorno y que consistían en la inserción del pensamiento, voces que hablaban con o sobre la persona e ideas delirantes de ser controlado externamente. Para este autor, los síntomas de primer rango no eran patognomónicos, pero sugerían un diagnóstico de esquizofrenia si no había evidencia de otras psicosis orgánicas.

Posteriormente, Strauss, Carpenter y Bartko (1974) se centraron en definir subgrupos de esquizofrenia que compartieran pronósticos, respuestas al tratamiento y patogenias similares, y propusieron una dicotomía positivo/negativo. Dicha dicotomía consistió en clasificar síntomas positivos como aquellos excesos o distorsiones del funcionamiento normal y síntomas negativos como aquellos relativos al déficit en el funcionamiento normal del individuo.

Crow (1980) propuso dos procesos de la esquizofrenia que pueden ocurrir por separado o juntos en un mismo caso. El síndrome tipo I se caracteriza por síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y el síndrome tipo II por síntomas negativos (anhedonia, abulia, alogia y aplanamiento afectivo).

Los pacientes con el síndrome tipo I tienen un comienzo agudo, una respuesta favorable a los neurolépticos y un deterioro intelectual y social mínimo, mientras que los pacientes que presentan el síndrome tipo II tienen un comienzo insidioso, respuesta desfavorable a los tratamientos y un deterioro intelectual y social importante (Halgin y Whitbourne, 1993).

Debido a que la dicotomía positivo/negativo dejaba de lado algunos síntomas como el lenguaje y el comportamiento desorganizado, Liddle (1987) separó los

síntomas de la esquizofrenia en tres síndromes distinguibles: pobreza psicomotora (pobreza del habla, embotamiento del afecto, disminución del movimiento espontáneo); desorganización (trastorno de la forma del pensamiento, afecto inapropiado) y distorsión de la realidad (delirios y alucinaciones). Klimidis, Stuart, Minas, Copolov y Singh (1993) publicaron un reanálisis de estos estudios en el que confirmaron esta división tripartita.

Actualmente, se apoya un modelo trifactorial de la esquizofrenia conformado por un factor psicótico, un factor desorganizado y un factor negativo (First, et al., 2005). Sin embargo, todavía existe la incertidumbre de representar de manera apropiada la complejidad de los síntomas de este padecimiento. Estudios más recientes han resaltado la existencia de cinco factores involucrados en la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia (Emsley, 2003; Fresán, De la Fuente-Sandoval, Loyzaga, García-Anaya, Meyenberg, Nicolini y Apiquián, 2005).

Es importante notar que el término esquizofrenia no puede ser considerado un trastorno específico debido a su etiología diversa y a sus diferentes formas de manifestarse. Los criterios para diagnosticarla se basan en la sintomatología que se ha presentado en mayor cantidad en la práctica clínica aunque estos síntomas pueden variar entre pacientes e incluso en el mismo paciente dependiendo del curso del trastorno. Por lo tanto, no existe un síntoma que por sí solo defina la esquizofrenia, el diagnóstico implica una serie de manifestaciones entre las que destacan las psicóticas, junto a un deterioro laboral y social, que perduran durante un tiempo prolongado (First, et al., 2005).

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (2000), para diagnosticar esquizofrenia el paciente debe cumplir con las siguientes características:

- A. Síntomas característicos. Dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (aplanamiento, afectivo, alogia o abulia entre otros).
- B. Disfunción laboral/social. El trabajo, las relaciones personales y/o el cuidado personal se encuentran notablemente por debajo del nivel alcanzado antes de la aparición del trastorno.
- C. Duración. La perturbación persiste durante seis meses y al menos un mes de síntomas que satisfagan el criterio A.
- D. Exclusión del trastorno esquizoafectivo y de un trastorno del estado de ánimo.
- E. Exclusión de una enfermedad médica o abuso de sustancias psicoactivas.
- F. Relación con un trastorno profundo del desarrollo. El trastorno añadido de esquizofrenia se hace solo si están presentes ideas delirantes o alucinaciones durante al menos un mes.

La esquizofrenia se divide en subtipos que son de suma importancia debido a la gran diferencia que existe entre cada uno de ellos, dichos subtipos se definen sobre la base de sus síntomas más sobresalientes y son únicamente descriptivos. Es importante aclarar que para diagnosticar cualquier subtipo de esquizofrenia exceptuando el residual, el paciente deberá cumplir con los criterios comunes para la esquizofrenia antes mencionados. A continuación se enlistan y describen los subtipos de esquizofrenia contemplados en el DSM-IV-TR:

- Esquizofrenia, tipo paranoide. El paciente presenta preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas y no hay afectividad aplanada, comportamiento catatónico o desorganizado, ni lenguaje desorganizado.
- Esquizofrenia, tipo desorganizado. El paciente presenta lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada, no aparece catatonía.
- Esquizofrenia, tipo catatónico. El paciente presenta dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, posturas extrañas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.
- Esquizofrenia, tipo indiferenciado. El paciente cumple con el grupo de criterios comunes para la esquizofrenia, pero no con los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
- Esquizofrenia, tipo residual. Siguen estando presentes los síntomas negativos o dos o más de los síntomas comunes de una forma atenuada.

Criterios diagnósticos DSM 5

En la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) existen algunas modificaciones que se enlistan a continuación:

- El diagnóstico de esquizofrenia pertenece al grupo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” anteriormente llamado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.
- Es requisito siempre y en todos los casos cumplir con dos o más de los cinco síntomas característicos, a diferencia de anteriormente que se requería de un

único síntoma en caso de que las ideas delirantes fueran extrañas o que consistieran en voces.

- Se añade un requisito para el diagnóstico que consiste en que el individuo debe tener al menos uno de estos tres síntomas: delirio, alucinaciones o lenguaje desorganizado.
- Los subtipos que se contemplaban (paranoide, catatónico, desorganizado e indiferenciado) desaparecen y únicamente se especifica si es con catatonía.

Criterios diagnósticos CIE-10

Existen algunas diferencias entre el sistema de clasificación del DSM-IV-TR y la CIE-10. En la segunda, los síntomas de Schneider (1959) tienen una mayor importancia para definir la esquizofrenia y no incluye la noción de deterioro en su definición, además a diferencia del DSM-IV-TR no tiene criterios para el deterioro de la actividad social o laboral (First, et al., 2005).

A continuación se describe el resumen de los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la investigación en esquizofrenia, el cual señala que para que se diagnostique esquizofrenia se deben cumplir las tres condiciones A, B y C.

A. Uno de los síntomas incluido en A1 o 2 de los síntomas incluidos en A2 tienen que estar presentes durante la mayor parte de un episodio que dure al menos 1 mes.

A1a. Eco, inserción, robo o retransmisión de pensamientos.

A1b. Ideas delirantes de control, influencia, pasividad o percepción delirante.

- A1c. Alucinaciones verbales, con comentarios o pacientes que discuten, o bien que proceden de una parte del cuerpo.
 - A1d. Ideas delirantes que son persistentes y culturalmente inverosímiles.
 - A2e. Alucinaciones persistentes con ideas delirantes medio formadas sin un claro contenido afectivo.
 - A2f. Bloqueos en el flujo de pensamiento, dando lugar a un habla incoherente o irrelevante, neologismos.
 - A2g. Conducta catatónica.
 - A2h. Apatía negativa, pobreza del habla, afecto embotado o incongruente, que no se debe a depresión o a medicación.
- B. Si es un episodio maniaco o depresivo, se tiene que cumplir con el criterio A antes de que se desarrolle la perturbación del estado de ánimo.
- C. No es atribuible a una enfermedad cerebral orgánica o al abuso de sustancias psicoactivas.

Síntomas de esquizofrenia

La esquizofrenia tiene una presentación sintomática diversa y debido a esto las investigaciones se han inclinado a determinar si los síntomas tienden a agruparse de una manera determinada (Fenton y McGlashan, 1991; Páez, et al., 2001). Actualmente, se ha llegado a un consenso en lo que respecta a los síntomas de esquizofrenia, dividiéndolos, como mínimo, en tres dimensiones: síntomas positivos, síntomas cognitivos (desorganización) y síntomas negativos (Andreasen, Arndt, Alliger, Miller y Flaum, 1995). La división de las tres dimensiones sintomatológicas ha contribuido a corregir la definición tan estrecha de la

esquizofrenia como un trastorno predominantemente psicótico, definición que ha sido común en la psiquiatría a lo largo de los últimos 40 años (Carpenter, 2006).

Síntomas positivos.

Los síntomas positivos se refieren a la distorsión o exageración de una función, usualmente ocurren en los estados iniciales de la enfermedad, y en las fases de recaída o crisis.

A continuación se describen los síntomas positivos definidos por Kaplan, Sadock y Grebb (1994):

- Alucinaciones: pueden ser auditivas, táctiles, olfatorias y/o visuales.
- Ideas delirantes: falsas creencias que no pueden ser cambiadas y que los demás no comparten. Incluyen las ideas persecutorias, celotípicas, de culpa o pecado, de grandiosidad, religiosas, somáticas, los delirios de referencia, de ser controlado o de lectura del pensamiento y la difusión, inserción y/o robo del pensamiento.

Síntomas cognitivos.

Los síntomas que conforman el grupo de síntomas cognitivos o de desorganización en los pacientes con esquizofrenia son:

- Conducta extravagante: que comprende aspectos como el vestido y la apariencia, la conducta sexual y social, la conducta agresiva y/o agitada, la conducta repetitiva o estereotipada (Kaplan, et al., 1994).
- Trastornos formales del pensamiento: trastornos en el curso y/o en el contenido del pensamiento, tales como: descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia,

pensamiento ilógico, circunstancialidad, presión del habla, distractibilidad y asonancia (Kaplan, et al., 1994).

El trastorno formal del pensamiento o desorganización se manifiesta como un trastorno del habla y está compuesto de varios síntomas descritos por Andreasen (1979):

- Descarrilamiento: también llamado asociaciones flojas, las ideas tienen una relación oblicua o ninguna relación.
- Tangencialidad. La persona responde a una pregunta de manera oblicua o irrelevante.
- Pérdida de objeto: La persona no sigue una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural.
- Incoherencia: una serie de palabras o frases aparecen de manera arbitraria y aleatoria.
- Neologismos: formación de palabras nuevas.
- Aproximaciones verbales: palabras nuevas que se crean siguiendo las reglas convencionales de la formación de palabras.
- Bloqueo: interrupción de un flujo de habla antes de que se haya completado un pensamiento o idea.
- Pobreza de contenido del habla: el lenguaje tiende a ser impreciso, demasiado abstracto o demasiado concreto, repetitivo o estereotipado.

Síntomas negativos.

Se refiere a la disminución o ausencia de una función. Pueden presentarse antes, durante y después de la fase aguda. Estos síntomas tienden a persistir, pudiéndose observar predominantemente en sus fases finales; existiendo evidencia de que estos síntomas responden menos al tratamiento con neurolépticos (Foussias y Remington, 2010).

A continuación se enuncian los síntomas negativos descritos por Kaplan, et al. (1994):

- Aplanamiento afectivo: La persona parece poco o nada sensible, su rostro está invariable o poco expresivo, presenta una disminución de los movimientos espontáneos, hay escasa gesticulación, evita el contacto visual, está apático y muestra pocas emociones en cualquier situación y presenta una pérdida de la entonación.
- Alogia: Comprende la pobreza del lenguaje, los bloqueos y el incremento de la latencia de respuestas.
- Abulia, apatía: manifestándose en el aseo e higiene deficientes, la inconsistencia en el trabajo y la falta de energía, cansándose al menor esfuerzo, o sintiéndose cansado todo el tiempo.
- Anhedonia: poco interés y participación en las actividades recreativas.
- Asociabilidad: tiene poco contacto social y dificultad para establecer relaciones con los demás.
- Inatención: las capacidades para prestar atención, concentrarse, recordar y comprender algo están disminuidas.

Se ha identificado que aproximadamente un 20% de los pacientes con esquizofrenia presentan una estabilidad notable de síntomas negativos, dicha característica se puede denominar síndrome deficitario, los pacientes diagnosticados con este síndrome deben presentar síntomas negativos elevados durante un periodo mayor a doce meses (mínimo 2 de los siguientes factores: afecto restringido, gama emocional reducida, pobreza del habla, limitación de los intereses, reducción del sentido del propósito o reducción del impulso social) que no se relacionen con síntomas positivos, síntomas cognitivos, ansiedad o depresión (Kirkpatrick, Buchanan, McKenny, Alphas y Carpenter, 1989).

Discapacidad y costos de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que constituye un problema sanitario y social de grandes dimensiones, puede llegar a afectar a una persona de cada 100 y genera problemáticas afectando no sólo al paciente con dicho diagnóstico sino a su entorno familiar y social (Lara-Muñoz, 2000). Se estima que aproximadamente 20 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia, con un uno por ciento de prevalencia, según los estudios de la Organización Mundial de la Salud (Otero, 2004). En México, se ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia (Villamil, Valencia, Díaz, Medina y Juárez, 2005).

La sintomatología de la esquizofrenia representa una importante fuente de deterioro y sufrimiento para el desenvolvimiento adecuado de dichos pacientes en la sociedad. Los síntomas de la esquizofrenia han sido asociados con falta de empleo (Rosenheck et al., 2006), riesgo de indigencia (Folsom y Geste, 2002) y con problemas maritales (Hooley, Ritchers, Weintraub y Neale, 1987).

La esquizofrenia es un padecimiento que altera los procesos cognitivos, afectivos y conductuales, afectando así tanto al individuo como a la sociedad (Rascón, Arredondo, Tirado y López, 1998).

Las personas con esquizofrenia pueden padecer discapacidades de diferente índole. En Estados Unidos, del uno al dos por ciento de los solicitantes de beneficio por discapacidad presentaban esquizofrenia (Wagner, Danczyk y Reid, 2000).

Apiquían, Páez, Loyzaga, Cruz y Gutiérrez (1997), tras realizar un estudio en México sobre el primer episodio psicótico, reportaron que el 40% de los pacientes se encontraba desempleado. Al respecto, Robles, Medina, Flores y Páez (2007) concluyeron que los pacientes mexicanos con esquizofrenia en evolución presentan severas dificultades para obtener y mantener un trabajo bien remunerado y satisfactorio. Villamil, Valencia, Díaz, Medina-Mora y Juárez (2005) reportaron respecto a su muestra de estudio con pacientes mexicanos que el 70% se encontraban desempleados o subempleados, lo cual denota que a medida que el transcurso de la esquizofrenia es mayor, el porcentaje de desempleo aumenta.

Wiersma et al. (2000) analizaron la discapacidad de la esquizofrenia a lo largo de 15 años encontrando que el 17% de los sujetos no reportaban discapacidad, mientras que 24% reportaron discapacidad severa. En este estudio se concluye que la discapacidad disminuye con el transcurso del tiempo en un 25%, sin embargo este porcentaje de disminución no es suficiente por lo que se requieren intervenciones psicosociales para poder combatir dicho problema.

La esquizofrenia al ser un padecimiento crónico implica el estudio del costo-efectividad de sus tratamientos, en este sentido Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Saltijeral, Medina-Mora y Chisholm (2010) realizaron un estudio al respecto

en el que concluyeron que dentro de un modelo de atención basado en la comunidad, la opción menos costosa es el tratamiento con antipsicóticos típicos combinados con intervención psicosocial debido a que por un moderado costo extra se obtiene un impacto importante en la discapacidad y niveles de funcionamiento de estos pacientes.

Factores de riesgo genéticos y ambientales

La etiología de la esquizofrenia resulta compleja debido a que está relacionada tanto a factores biológicos como a factores ambientales, actualmente, para explicar la etiología de dicho padecimiento existe el modelo del neurodesarrollo que postula como vía causante de la enfermedad una alteración en el desarrollo cerebral y que esta alteración se puede deber a factores genéticos, factores ambientales o una combinación de ambos (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003).

Respecto a la teoría del neurodesarrollo en la esquizofrenia, Caballero, Fresán, Palacios y Rodríguez-Verdugo (2007) afirman que debido a la importancia del periodo prenatal como factor implicado en dicho padecimiento se complica obtener información determinante, ya que resulta difícil hacer observaciones directas que permitan fundamentar la etiología de un evento nocivo y su correlación con un padecimiento que generalmente se manifiesta en la edad adulta.

En lo que respecta a los factores genéticos de la esquizofrenia, se sabe que el riesgo a desarrollar el padecimiento está directamente asociado con el grado de parentesco o de carga biológica compartida.

Sullivan, Owen, O'Donovan y Freedman (2006) hallaron que los parientes en primer grado de personas con esquizofrenia tenían una probabilidad 10 veces

mayor de desarrollar esquizofrenia que los del grupo control que no padecían trastornos psiquiátricos.

Cardno y Gottesman (2000) realizaron un estudio sobre parejas de gemelos encontrando que si uno de los gemelos padecía esquizofrenia, el otro tenía una probabilidad de casi el 50% de desarrollarla.

A partir de una revisión sistemática de 12 estudios sobre gemelos Sullivan, Kendler y Neal (2003) propusieron una tasa estimada de heredabilidad del 81% de los factores genéticos de riesgo de desarrollar esquizofrenia al encontrar que un porcentaje alto de gemelos compartían el diagnóstico.

Un estudio prospectivo realizado por Weiser et al. (2007) encuentra una interacción entre la densidad de la población y factores relacionados con el riesgo genético de padecer esquizofrenia en 300,000 adolescentes israelíes, concluyeron que la alta aparición del trastorno en entornos urbanos se explica debido al riesgo genético que presentan las personas que viven en dicho entorno.

Aunque las investigaciones de genética conductual han dejado establecida la importancia de los genes en el desarrollo de la esquizofrenia, hacen falta más estudios que identifiquen los genes que interfieren específicamente y cómo se desarrolla el proceso (Sullivan, et al., 2006).

La falta de concordancia perfecta entre gemelos se ha tomado como prueba del papel de los factores ambientales en la etiología de la esquizofrenia, debido a esto se han reportado numerosos estudios que analizan específicamente los factores ambientales como factores de riesgo en la esquizofrenia.

La mayoría de los eventos que se han asociado al riesgo de padecer esquizofrenia ocurren durante el periodo perinatal y prenatal (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003).

Cannon, et al. (2002) mediante un meta-análisis identificaron tres grupos de complicaciones obstétricas asociadas a la esquizofrenia:

1. Complicaciones durante el embarazo (hemorragias, diabetes, hipertensión, etc.).
2. Complicaciones derivadas del proceso de parto (cesárea de emergencia o asfixia).
3. Desarrollo anormal del feto (peso reducido al nacer).

También se han señalado factores ambientales que se manifiestan después del nacimiento, por ejemplo, se sabe que la aparición de la esquizofrenia es más alta en entornos urbanos (McGrath, et al. 2004). Las razones de este fenómeno se pueden deber a factores prenatales o perinatales asociados a las zonas urbanas o al estrés psicococial y el aislamiento social que viven los pobladores de entornos urbanos.

En un meta-análisis realizado por Henquet, Murray, Linzen y Van Os (2005) se estimó que el consumo de cannabis durante la adolescencia incrementó entre dos y tres veces el riesgo del desarrollo de psicosis.

A través de la revisión de los estudios presentados se concluye que existen factores tanto genéticos como ambientales que inciden de manera directa sobre la aparición de la esquizofrenia, pensar en ambos factores como responsables de la etiología de dicho trastorno favorece la inclinación a un modelo explicativo de la esquizofrenia que tome en cuenta tanto factores biológicos como factores externos.

Modelo diátesis-estrés

El modelo diátesis-estrés también llamado modelo de vulnerabilidad, mantiene que el individuo posee cierto nivel de susceptibilidad a la esquizofrenia y que la respuesta de este individuo ante situaciones estresantes actúa como mediadora de la manifestación de los síntomas de la esquizofrenia (Zubin y Spring, 1977).

La vulnerabilidad intrínseca de la esquizofrenia incluye factores genéticos, mientras que la vulnerabilidad extrínseca tiene que ver con experiencias traumáticas, situaciones estresantes, enfermedades y en general experiencias familiares y sociales. Una vez desencadenada la esquizofrenia el modelo de diátesis-estrés sugiere que el individuo intenta adaptarse por medio de la acomodación o asimilación, la acomodación consiste en aquellos cambios intrapersonales que la persona hace para ajustarse a las demandas del ambiente, mientras que la asimilación tiene que ver con la búsqueda de la persona por cambiar su ambiente con la finalidad de enfrentar los estresores (Gregory, 2010).

El modelo de diátesis-estrés tiene implicaciones cognitivo-conductuales debido a que Zubin y Spring (1977) plantean que el valor del evento estresante depende de cuán amenazante lo perciba el sujeto. El modelo cognitivo-conductual de psicopatología sostiene que las respuestas afectivas y conductuales dependen de la apreciación individual a los eventos y no a los eventos por sí mismos (Beck, 1995).

Modelo diátesis-estrés de los síntomas negativos.

La aportación genética al surgimiento de los síntomas negativos es mayor que para los síntomas positivos, así mismo las complicaciones obstétricas parecen más asociadas al surgimiento de síntomas negativos (Cannon, Mednick y Parnas, 1990).

Determinados individuos se vuelven susceptibles a desarrollar síntomas negativos durante la adolescencia debido a factores de riesgo genéticos y obstétricos que están relacionados con anomalías en la morfología cerebral por lo que presentan marcados límites en el rendimiento neurocognitivo (Vita, Dieci, Silenzi, Tenconi, Giobbo e Invernizzi, 2000).

Los factores adversos de estrés del desarrollo, tales como los fracasos sociales y académicos, relacionados con los déficits cognitivos y con la carencia de recursos del procesamiento pueden componer la vulnerabilidad proximal a los síntomas negativos (Lencz, Smith, Auther, Correll y Cornblatt, 2004).

Según el modelo modificado de diátesis-estrés planteado por Beck, Rector, Stolar, y Grant (2010), los síntomas negativos se desarrollan debido a que los pacientes con esquizofrenia presentan limitación en los recursos cognitivos por factores de predisposición neurobiológicos y que estos sumados a factores estresantes dan como resultado la reducción de recursos cognitivos y capacidad integrativa, por tal decremento los pacientes tienden al ahorro de recursos cognitivos por lo que desarrollan síntomas negativos. Así, el deterioro cognitivo puede hacer surgir contenidos cognitivos en forma de creencias disfuncionales, de expectativas negativas y de autovaloraciones pesimistas que pueden precipitar y mantener el apartamiento del individuo de actividades significativas.

La visión de la esquizofrenia desde una perspectiva de vulnerabilidad-estrés invita a los especialistas de la salud mental a centrarse no solamente en los factores biológicos, sino también en los aspectos psicológicos implicados para el desarrollo de este padecimiento. A través de esta perspectiva ha tomado relevancia brindar a los pacientes tratamiento farmacológico en conjunto con tratamientos psicosociales.

Mojtabai, Nicholson y Carpenter (1998) a través de un meta-análisis sobre tratamientos eficaces para la esquizofrenia confirmaron la relevancia del modelo diátesis-estrés concluyendo que el tratamiento farmacológico en combinación con intervenciones psicosociales es la modalidad de tratamiento de mayor utilidad probada para este padecimiento.

Tratamiento de la Esquizofrenia

El escenario de atención a la población con esquizofrenia se ha transformado en el campo de la salud mental, dicha transformación ha mejorado en grandes proporciones la atención y las expectativas de estos pacientes. Se ha pasado de un modelo institucionalizador a un modelo basado en la comunidad que intenta insertar y mantener al paciente en su entorno social, es decir basado en la recuperación. Durante esta transición se han desarrollado avances muy significativos de tratamientos farmacológicos que son cada vez más eficaces y selectivos en el manejo y reducción de la sintomatología psicótica además, se ha ido desarrollando el campo de la rehabilitación psicosocial ofreciendo estrategias que muestran un papel esencial en la mejora de la autonomía del paciente ayudándole a tener una participación activa dentro de su comunidad.

El tratamiento para la esquizofrenia basado en la evidencia científica consiste en una combinación de: 1) dosis óptimas de medicamento antipsicótico, 2) intervenciones psicosociales, 3) psicoeducación para pacientes y cuidadores así como terapia familiar, 4) manejo de la asertividad en el hogar para prevenir y resolver crisis, recaídas, adherencia terapéutica, etc. (Falloon, et al. 2004; Lehman y Steinwachs, 2003). A continuación se detallan características de los primeros dos: medicamentos e intervenciones psicosociales.

Tratamiento Farmacológico

El primer fármaco neuroléptico utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia fue la clorpromazina (Torazina), el término neuroléptico se refiere al efecto neurológico y psíquico de estos fármacos, ya que causan una disminución general de los movimientos espontáneos y un estado de indiferencia emocional ante el entorno. Este efecto neuroléptico es considerado terapéutico para los pacientes agitados debido a los síntomas positivos ya que atenúan las ideas delirantes, alucinaciones auditivas, agitación y ansiedad. Debido a este efecto también se suele denominar a estos medicamentos como antipsicóticos de primera generación. Sin embargo, los síntomas negativos como la abulia, anhedonia y la asocialidad no mejoran o incluso empeoran con el tratamiento crónico de estos antipsicóticos (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2005).

Davis, Kane, Marder y Brauzer (1993) realizaron un meta-análisis en el que analizaron los resultados de los antipsicóticos de primera generación en pacientes con esquizofrenia y observaron una tasa de recaída del 55% de pacientes que recibieron placebo, dicha tasa disminuía al 21% en los pacientes tratados

crónicamente con estos medicamentos, lo que indicó una eficacia neta de los antipsicóticos de primera generación únicamente de 31%.

La tasa de abandono del tratamiento con antipsicóticos de primera generación es muy alta debido a los efectos secundarios asociados (Van Putten, 1974). Entre los efectos adversos se encuentran la diskinesia tardía debilitadora crónica y el síndrome neuroléptico maligno que consiste en hipertermia con rigidez severa (Seeman, Chau-Wong, Tedesco y Wong, 1975).

Debido a las restricciones de los antipsicóticos de primera generación en el tratamiento de los síntomas negativos y a los efectos secundarios, a finales de los 80 el tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia toma un nuevo rumbo con la reintroducción de la clozapina, considerada como un antipsicótico de segunda generación. En ensayos clínicos aleatorizados se logró comprobar que este medicamento tenía una eficacia mayor y una incidencia menor de efectos secundarios (Kane, Honigfeld, Singer y Meltzer, 1988; Kurz, Hummer, Obenbauer y Fleischhacker, 1995). No obstante, la clozapina se ha relacionado con agranulocitosis potencialmente mortal, sedación, hipotensión e incremento de peso (Telkersen y Grosser, 1990). A partir de entonces se han desarrollado diversos fármacos de segunda generación en un intento por imitar las propiedades terapéuticas de la clozapina sin crear los efectos secundarios ya mencionados. Entre los antipsicóticos de segunda generación, también llamados atípicos se encuentran: risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulprida, ziprasidona, etc.

Para definir un antipsicótico como atípico debe ser eficaz tanto en síntomas positivos como en síntomas negativos y su eficacia debe ser superior en los pacientes con respuesta incompleta a los antipsicóticos típicos, además se propone que deben cumplir con al menos dos de las siguientes características: no producir

disforia, tener poco efecto sedante, producir al mínimo elevación de niveles de prolactina, disfunción sexual o aumento de peso (García-Anaya, Apiquián y Fresán, 2001).

Davis, Chen y Glick (2003) señalan que los antipsicóticos atípicos muestran una mayor eficacia ante el tratamiento de síntomas negativos en comparación con los antipsicóticos de primera generación.

La mayor eficacia de los antipsicóticos de segunda generación ha sido cuestionada en diversos meta-análisis que plantean resultados variables e incluso contradictorios respecto a la comparación entre los antipsicóticos de primera y segunda generación (Bagnall, et al., 2003; Geddes, Freemantle, Harrison y Bebbington, 2000; Leucht, Wahlbeck, Hamann y Kissling, 2003). No obstante, el menor riesgo de causar efectos secundarios con el uso de antipsicóticos atípicos ha promovido su uso como agentes terapéuticos de primera línea para el tratamiento de la esquizofrenia desplazando a los de primera generación a pesar de su elevado costo (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff, y Ugarteburu, 1993).

García-Anaya, Apiquián y Fresán (2001) resaltaron que a pesar de que los antipsicóticos atípicos causan menos síntomas extrapiramidales, éstos tienen otros efectos que deben ser evaluados por lo que propusieron pesar a los pacientes, hacerles monitoreo continuo de glucosa, triglicéridos y colesterol en sangre, practicar electrocardiogramas y preguntarles acerca de problemas sexuales secundarios con el objetivo de prevenirlos de manera oportuna.

En 2002 se presentó un nuevo antipsicótico llamado aripiprazol (Lieberman, 2004), este medicamento constituye la clase llamada antipsicóticos de tercera generación. El mecanismo de acción es la estabilización de la liberación de la

dopamina, de modo que esta se aumenta en las áreas del cerebro donde su liberación es demasiado baja, se reduce en las áreas en las que su liberación es demasiado alta y se mantiene en las áreas en donde su liberación es suficiente. Las ventajas de este medicamento radican en que se reducen síntomas positivos, negativos y de desorganización al mismo tiempo que crean menos efectos secundarios. Desafortunadamente el costo de dicho medicamento no es asequible para la mayoría de los pacientes en México.

Para obtener un impacto en la discapacidad y niveles de funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia en México, la mejor opción ha resultado un tratamiento que combine antipsicóticos típicos con una intervención psicosocial (Lara-Muñoz, et al., 2010).

Tratamiento Psicosocial

La visión de los tratamientos psicosociales en la esquizofrenia se ha ido modificando a través del tiempo. Partiendo de orígenes pesimistas que contemplaban la desorganización de la personalidad como una consecuencia inevitable del deterioro cognitivo de la psicosis y que por tanto descartaba la posibilidad de tratamiento psicológico, hasta llegar al desarrollo de múltiples modalidades de tratamiento psicosocial dirigidos a la recuperación de los pacientes con esquizofrenia.

En la década de los 50 existieron numerosos intentos fallidos por aplicar la terapia psicodinámica a los pacientes con esquizofrenia, hasta el momento no se han encontrado pruebas empíricas de su eficacia. Pfammatter, Junghani y Brenner (2006) en un meta-análisis encontraron que los estudios controlados aleatorizados

de terapia cognitivo conductual eran 6 veces más en cantidad que los estudios de terapias psicodinámicas, concluyendo que no existen evidencias empíricas para la terapia psicodinámica en pacientes con esquizofrenia.

Slade y Hadock (1996) diferenciaron 3 etapas en el desarrollo de las terapias psicológicas para la psicosis: la primera, durante los años 60 se basaron en los principios del condicionamiento operante dirigiéndose al control ambiental de la conducta; la segunda, en la década de los 70 se constató la introducción de los tratamientos familiares y de los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales; la última, a partir de los años 90 se han consolidado estas 2 modalidades de intervención desarrollándose las terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de la esquizofrenia.

Las técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual están demostrando cada vez más su eficacia en prevención de recaídas y el manejo de problemas, impulsando así al paciente a la integración en la comunidad.

Kern, Glynn, Horan y Marder (2009) consideran que algunas intervenciones cognitivo conductuales promueven la recuperación del paciente con esquizofrenia debido a que son dirigidas hacia componentes clave para la recuperación funcional: estabilidad de síntomas, promoción de vida independiente, establecimiento laboral y funcionamiento social, dentro de estos tratamientos psicosociales consideran el entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y la terapia cognitivo conductual para síntomas persistentes.

Para Pfammatter, et al. (2006), Tai y Turkington (2009) y Roder, Müller, Brenner y Spaulding (2011) la terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia puede dividirse en cuatro direcciones: La terapia familiar psicoeducativa (Xia,

Merinder y Belgamwar, 2011), el entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas (Granholm, Ben-Zeev y Link, 2009), las terapias de rehabilitación cognitiva (Redoblado, et al., 2010), y la terapia cognitivo-conductual para síntomas positivos (Brabban, Tai y Turkington, 2009; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) para pacientes con esquizofrenia se planteó debido a que los medicamentos antipsicóticos no mejoraban las habilidades sociales necesarias para la vida en comunidad. Mueser (1997) planteó que este tipo de intervención era una estrategia eficaz para los pacientes con esquizofrenia debido a que estos presentaban un déficit en habilidades sociales influenciado por el aplanamiento afectivo que obstaculizaba la expresión de habilidades, una historia inadecuada de aprendizaje antes de la aparición del trastorno y la carencia de estimulación debido al aislamiento social.

A lo largo de las 3 últimas décadas el EHS ha sido una técnica central para tratar el pobre funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia (Brady, 1984; Haldford y Hayes, 1992) y para aumentar sus redes de apoyo social (Bellack, Mueser Gingerich y Agresta, 1997).

Entre los objetivos específicos para el EHS de pacientes con esquizofrenia se encuentran: asertividad, habilidades de conversación, control de la medicación, búsqueda de trabajo, habilidades recreativas, habilidades para hacer amigos, comunicación con la familia y solución de conflictos (Mueser, 1997).

En la mayoría de las intervenciones en EHS se utiliza una combinación de técnicas que incluyen instrucciones focalizadas, modelado en video, ensayo conductual con retroalimentación inmediata, reestructuración cognitiva y planificación de generalización enfocadas a la reducción de la apatía, las dificultades de memoria y la capacidad para solucionar problemas (Bellack, et al., 1997; Liberman, DeRisi y Mueser, 1989).

Este tratamiento es uno de los más utilizados y evaluados en pacientes con esquizofrenia. La mayoría de los pacientes que reciben EHS muestran una gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario independiente (Heinssen, Liberman y Kopelowikz, 2000).

Benton y Shroeder (1990) en un meta-análisis de estudios sobre EHS en pacientes con esquizofrenia concluyeron que esta intervención producía un impacto positivo sobre medidas conductuales, asertividad autoevaluada y tasa de altas hospitalarias, encontrando un tamaño del efecto de .76 en la adquisición de habilidades y .69 en asertividad.

El beneficio de esta intervención sobre los síntomas positivos es muy escaso cuando se compara con otras modalidades de tratamiento, perdiéndose a largo plazo los posibles beneficios conseguidos durante la fase activa de la terapia (Marder, et al., 1996).

Pfammatter, et al. (2006) en un meta-análisis en el que evaluaron la eficacia del EHS en estos pacientes encontraron un tamaño del efecto de .77 en cuanto a la adquisición de habilidades, .43 en asertividad, .39 en asertividad y .23 en psicopatología general y concluyeron con esto, que este tipo de tratamiento es

eficaz para brindar al paciente con esquizofrenia habilidades para la vida pero que no es tan eficaz en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

Los pacientes con predominio de síntomas negativos se han mostrado refractarios al EHS, lo cual muestra que se requiere un replanteamiento de la aplicabilidad de este tipo de tratamiento para pacientes con deterioro neurocognitivo que limita el potencial de aprendizaje del paciente (Kopelowicz, Wallace y Zarate, 1998).

En México, los estudios relacionados con este tipo de terapia se han llamado adquisición o aprendizaje de habilidades sociales debido a que el término entrenamiento sugiere para los mexicanos una actividad deportiva más que un procedimiento terapéutico (Valencia, Liberman, Rascón y Juárez, 2012).

Desde 1979 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se han realizado investigaciones respecto al aprendizaje de habilidades sociales basados en el modelo biopsicosocial en el que se comparan los resultados entre grupos experimentales que reciben tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial para pacientes e intervenciones terapéuticas para los familiares y grupos controles que reciben únicamente el tratamiento farmacológico con resultados que reflejan una significativa mejoría en los pacientes del grupo experimental respecto a sintomatología, funcionamiento psicosocial, apego terapéutico, recaídas y rehospitalizaciones (Valencia, 1996; Valencia, 1999; Valencia, Rascón y Ortega-Soto, 2001; Valencia, Rascón y Quiroga, 2003; Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004; Valencia, Díaz y Juárez, 2012; Valencia, Liberman, Rascón y Juárez, 2012).

Rehabilitación cognitiva.

La investigación sobre los trastornos cognitivos en la esquizofrenia ha tenido un gran auge a partir de la década de los 90, incluso existen investigadores que postulan a dichos trastornos como puntos nodales de la enfermedad (Pardo, 2005).

Se ha identificado que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits cognitivos en la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo. Estas alteraciones se asocian con los déficits en el funcionamiento social, ocupacional y en la capacidad de vivir independientemente viéndose afectada la calidad de vida por lo que se ha visto la necesidad de enfocar la práctica clínica de acuerdo a estas discapacidades por medio de la terapia orientada al deterioro cognitivo (Barrera, 2006).

La terapia de rehabilitación cognitiva se define como el entrenamiento conductual que tiene por objetivo mejorar los procesos cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, cognición social o metacognición) con la meta de alargar su duración y generalización. (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011).

Diferentes meta-análisis muestran evidencia empírica de que la terapia orientada al déficit cognitivo tiene efectos de medianos a grandes en la recuperación de las capacidades mentales de los pacientes con esquizofrenia (Grynszpan, et al., 2011; McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo y Mueser, 2007; Krabbendam y Aleman, 2003).

En un meta-análisis en el que se analizaron las propiedades terapéuticas de este tipo de terapia se encontró un efecto de pequeño a moderado pero robusto en cuanto a la atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y cognición social de

pacientes con esquizofrenia, sin embargo en este estudio se concluyó que la terapia orientada al deterioro cognitivo mostró poca reducción en sintomatología general y en especial de los síntomas negativos (Pfammatter, et al., 2006).

En un estudio reciente, se compararon los efectos de la terapia de rehabilitación cognitiva y la terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia en donde se concluyó que ambas tuvieron un efecto moderado en la reducción de síntomas negativos y que no existieron diferencias significativas entre ambos tipos de terapia (Klinberg, et al., 2011). Los resultados de la investigación antes citada invitan a la búsqueda de intervenciones que muestren un efecto mayor en los síntomas negativos y al análisis de los factores que intervienen en la efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia para la esquizofrenia.

Terapia cognitiva para síntomas positivos.

En sus inicios, la terapia cognitiva para la esquizofrenia tenía como objetivo modificar el contenido de los pensamientos disfuncionales, los desarrollos más recientes de intervención en terapia cognitiva se dirigen a los síntomas positivos persistentes, como son las alucinaciones auditivas y las creencias delirantes (Chadwick, et al., 1996).

La terapia cognitiva para los síntomas positivos tiene como principal objetivo brindar herramientas para el manejo de las experiencias psicóticas, enseñando al paciente no solamente a reestructurar las creencias sobre la naturaleza de estas experiencias sino a dar sentido psicológico a sus síntomas positivos (Yusupoff, Haddock, Sellwood y Tarrier, 1996).

Sensky, et al. (2000) describen una serie de pasos que se llevan a cabo en la terapia cognitiva para síntomas positivos:

1. Establecer una adecuada alianza terapéutica.
2. Normalizar las experiencias psicóticas para poder generar hipótesis alternativas acerca de sus síntomas.
3. Compartir con el paciente una formulación del caso basada en el modelo diátesis-estrés.
4. Trabajar en el manejo de la ira, depresión o ansiedad que puedan desencadenar o mantener los delirios y/o alucinaciones.
5. Someter a prueba los delirios por medio de experimentos conductuales y el trabajo de explicaciones alternativas.
6. Proponer estrategias conductuales que disminuyan la frecuencia de las voces y la respuesta emocional ante las voces.
7. Explorar actitudes y creencias frente a los medicamentos antipsicóticos con la finalidad de aumentar la adherencia terapéutica.
8. Sugerir estrategias para identificar y prevenir exacerbaciones de los síntomas positivos.

Debido a la relación entre emociones negativas intensas y la exacerbación de síntomas psicóticos la terapia cognitiva debe incluir un entrenamiento en control emocional que incluya técnicas de relajación, respiración, detención del pensamiento y reestructuración cognitiva de creencias asociadas a dichas emociones (Robles, Páez y González, 2012).

Kuipers, et al. (1998) realizaron un estudio en el que compararon un grupo de pacientes psicóticos ambulatorios que recibieron terapia cognitiva para los síntomas positivos sumada al tratamiento habitual con un grupo de pacientes que únicamente recibieron el tratamiento usual y encontraron que los pacientes del grupo experimental mejoraron de manera significativa en su estado psicopatológico global y tuvieron una mayor reducción de la angustia producida por los delirios.

Tarrier, et al. (1998) concluyeron que este tipo de terapia mejoró los síntomas positivos y disminuyó el número de días en el hospital en comparación a la terapia de apoyo, sin embargo no encontraron diferencias en cuanto a los síntomas negativos.

Sensky, et al. (2000) compararon los resultados de la terapia cognitiva para los síntomas psicóticos con una intervención en la que se fomentaba la relación amistosa concluyendo que al finalizar el tratamiento ambos grupos mejoraron en cuanto a síntomas positivos pero que en un seguimiento a largo plazo únicamente se mantuvo la mejoría en los pacientes que formaron parte de la terapia cognitiva, además estos pacientes mostraron una mayor reducción de síntomas negativos y depresión.

Perona y Cuevas (1999) realizaron una revisión sistemática de las investigaciones realizadas con este tipo de tratamiento psicosocial llegando a una serie de conclusiones respecto a su efectividad: Reduce síntomas positivos y la angustia respecto a ellos cuando es comparada con tratamiento habitual, resulta más eficaz con los síntomas psicóticos residuales que con los síntomas agudos, no produce un empeoramiento de los síntomas positivos pero tampoco reduce el riesgo de recaídas y tiene un efecto débil sobre los síntomas negativos y el funcionamiento social.

Intervenciones psicosociales y síntomas negativos.

A través de la revisión de los estudios dedicados a comparar la efectividad de las intervenciones psicosociales podemos concluir que son escasos aquellos que evalúan directamente los efectos en síntomas negativos.

En la mayoría de los meta-análisis que evalúan la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales, no toman en cuenta la variable síntomas negativos, la mayoría de los estudios evalúan únicamente las siguientes variables: adquisición de habilidades, asertividad, hospitalización, funcionamiento psicosocial, número de recaídas y psicopatología general; y de hecho en esta última variable no separan los síntomas positivos de los negativos. (Benton y Schroeder, 1990; Pfammatter, et al., 2006).

Valencia (2012) ha reportado un tamaño del efecto alto en sintomatología negativa mediante programas de aprendizaje de habilidades sociales con duración de seis meses a un año.

Pharoah, Mari y Streiner (2005) al valorar la efectividad de la psicoeducación familiar mediante un meta-análisis no reportaron un solo estudio en el que se hubieran valorado los síntomas negativos; las variables evaluadas fueron: recaídas, hospitalización, funcionamiento psicosocial, adherencia a los medicamentos, emoción expresada, carga, calidad de vida y psicopatología general.

En cuanto a la efectividad de la rehabilitación cognitiva, los meta-análisis muestran que las principales áreas de cambio son: atención, memoria, funcionamiento ejecutivo, cognición social, funcionamiento social y psicopatología general (Hayes y McGrath, 2005; Twamley, Jeste y Bellack, 2003).

Pfammatter, et al. (2006) al realizar un meta-análisis encontraron que entre 63 estudios que valoraban la efectividad de la terapia de rehabilitación cognitiva únicamente nueve evaluaron síntomas negativos y que de hecho el tamaño del efecto en esta variable fue pequeño.

Las variables mayormente valoradas en los estudios sobre terapia cognitiva para los síntomas positivos son: psicopatología general, síntomas positivos, alucinaciones, delirios y síntomas negativos.

Rector y Beck (2001) a través de una revisión empírica de 3 estudios analizaron el efecto del enfoque llamado Terapia cognitiva para síntomas positivos y encontraron que el tamaño del efecto era entre .21 y .47 para la disminución de síntomas negativos cuando se comparaba con una intervención placebo y entre .88 y 1.19 cuando se comparaba con tratamiento habitual.

El enfoque terapéutico dirigido a los síntomas positivos ha mostrado los mejores efectos tanto para síntomas positivos como para los negativos, sin embargo, los criterios de inclusión necesarios para la efectividad de este estilo de terapia son restrictivos, en especial con los pacientes que presentan deterioro cognitivo, pobre funcionamiento social y predominio de síntomas negativos (Grant, et al., 2012).

Las revisiones sistemáticas realizadas hasta el momento confirman la falta de evidencia empírica en general sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales en los síntomas negativos y en todas se concluye que es necesario realizar más investigaciones respecto a los tratamientos psicosociales dirigidos a estos síntomas que tanto afectan la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia (Turkington y Morrison, 2011).

Terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación

Ante la necesidad de evidencia empírica de la efectividad de la terapia cognitivo conductual en pacientes con predominio de sintomatología negativa Grant, et al. (2012) hacen una adaptación de la terapia cognitivo conductual de esquizofrenia basada en el movimiento de recuperación y especializada en pacientes con un bajo funcionamiento psicosocial y predominio de síntomas negativos, a esta terapia le denominan Terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación (TCC-R).

El modelo de la TCC-R plantea que los síntomas cognitivos facilitan la aparición de eventos desagradables (rechazo, burla) que acentúan las distorsiones cognitivas de los pacientes con esquizofrenia, estas distorsiones encaminan al paciente a un ahorro de energía cognitiva que exacerba los síntomas negativos disminuyendo su funcionalidad.

Así mismo las distorsiones cognitivas que se desencadenan a partir de los síntomas positivos exacerban los síntomas negativos afectando la funcionalidad del paciente. A continuación se muestra el esquema:

Figura 1. Modelo cognitivo de la terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación.

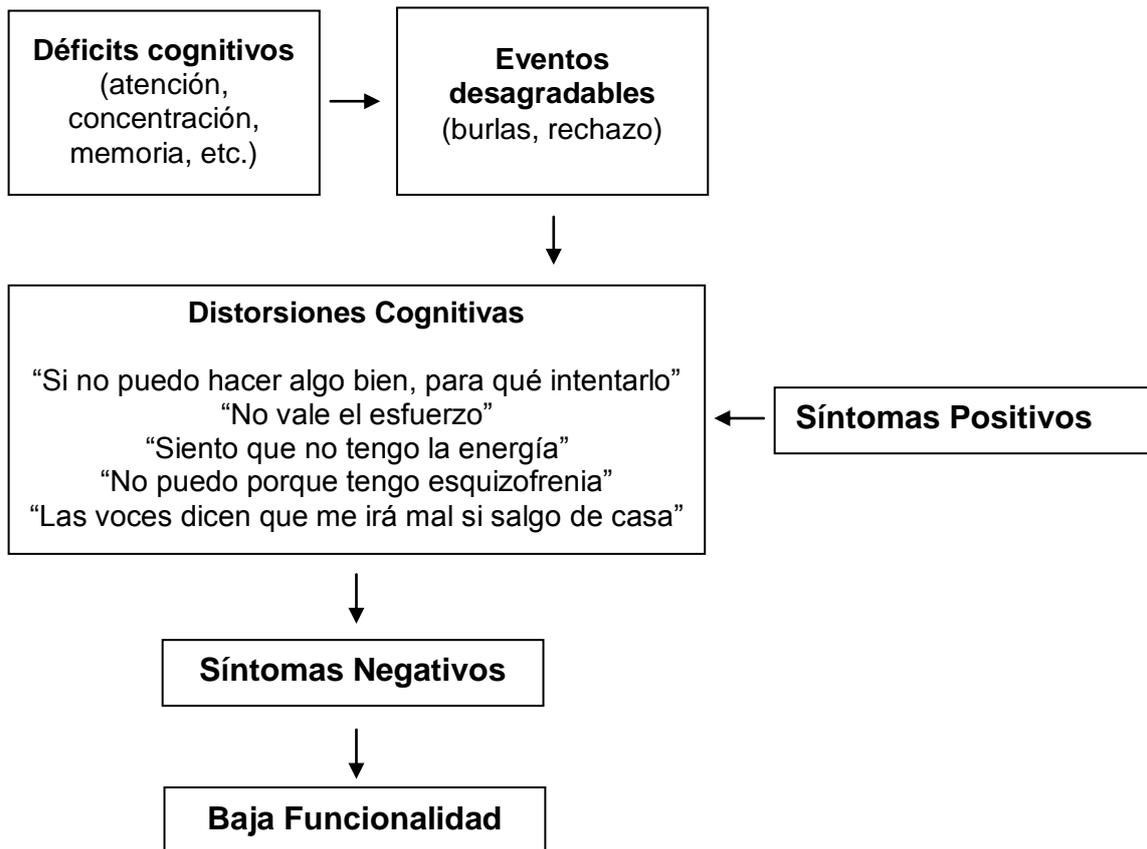


Figura I. Modelo cognitivo conductual de la terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación. Adaptado de Perivoliotis, D., Grant, P. y Beck, A. (2012). Recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia: a comprehensive treatment manual. New York: Guilford.

El término recuperación ha sido controversial en la esquizofrenia debido a que los profesionales de la salud consideran este padecimiento como crónico con síntomas persistentes, recurrentes y debilitantes que eliminan la esperanza de una recuperación del funcionamiento psicosocial. Sin embargo existen investigaciones que muestran que los factores que influyen en la recuperación son susceptibles al cambio mediante el tratamiento llevando a los pacientes a una remisión sostenida

de los síntomas y a niveles mayores de funcionamiento (Harding, Zubin y Strauss, 1992).

Liberman y Kopelowicz (2004) identificaron las variables que se relacionan con la recuperación del paciente con esquizofrenia, estos factores son: cumplimiento con el tratamiento, ausencia de abuso de sustancias, apoyo familiar y duración breve de psicosis no tratada. Estos autores sugieren que en conjunto con los síntomas cognitivos, los síntomas negativos interfieren directamente con la dificultad para una vida independiente afectando de manera directa al funcionamiento psicosocial. Además, proponen una definición operativa de recuperación de la esquizofrenia en la que incluyen cuatro componentes: remisión de los síntomas que incluye una puntuación de cuatro o menos en la PANSS, funcionamiento ocupacional que se refiere a una actividad laboral o de asistencia de al menos media jornada, vida independiente sin supervisión diaria y relaciones sociales al menos una vez por semana.

Bellack (2012) plantea 10 características que debe cumplir un tratamiento orientado a la recuperación:

1. El paciente debe determinar su propio patrón de recuperación.
2. Individualizado basado en las características y necesidades de cada paciente.
3. Apoyar al paciente en la toma de decisiones que tengan impacto en su vida.
4. Incluir mente, cuerpo, espíritu y comunidad.
5. No lineal en donde la recuperación sea vista como un continuo con recaídas ocasionales.
6. Basado en las capacidades de los pacientes.

7. Se promueve la motivación de los pacientes entre sí.
8. Respeto por los derechos de los pacientes.
9. El paciente tiene la responsabilidad de su autocuidado y objetivos de recuperación.
10. Tener un mensaje motivador.

La TCC-R cumple con los requisitos antes mencionados por lo que se orienta a la recuperación; esta terapia plantea colaborar con el paciente en el establecimiento de objetivos a largo plazo que se dirijan a la búsqueda de la recuperación en un ambiente de respeto, motivación y colaboración mutua.

Los objetivos a largo plazo se dividen en 3 categorías: establecer relaciones personales, encontrar trabajo o volver a los estudios y hacer vida independiente (Beck, et al., 2010).

Los pacientes con un buen historial en la fase premórbida y un nivel superior de desenvolvimiento pueden ser tratados con algunas de las técnicas cognitivas más habituales, sin embargo para los pacientes con predominio de sintomatología negativa y bajo funcionamiento psicosocial la TCC-R adapta estas técnicas en donde el terapeuta debe actuar de manera más directa y dedicar un tiempo mayor al establecimiento de la alianza terapéutica mediante sesiones individuales, además se aportan explicaciones sencillas que el paciente pueda recordar.

La TCC-R está dirigida a los delirios, alucinaciones, síntomas cognitivos y síntomas negativos que interfieren en el logro de los objetivos a largo plazo.

Los delirios son entendidos como anormalidades de los procesos del pensamiento, de tal manera que los pacientes con delirios presentan un sesgo sistemático en la interpretación de los hechos, estos sesgos van encaminados a una

orientación autorreferencial, es decir, el paciente interpreta sucesos irrelevantes como sucesos que tienen que ver directamente con él. El tratamiento de los delirios se enfoca en reducir la convicción, la penetración y el malestar asociados a las creencias que conducen al sufrimiento personal y a los deterioros funcionales. La TCC-R pone especial énfasis en la alianza terapéutica con los pacientes por lo que respecto a los delirios con un alto grado de convicción, sugiere que estos no sean sometidos a comprobación de la realidad directamente, sino hacer un análisis funcional del delirio preguntando al paciente todas las características que giran en torno al delirio, como son emociones, pensamientos y conductas relacionadas con el delirio.

Beck, et al. (2010) indican los pasos que deben seguirse para el tratamiento de los delirios: 1. Normalizar las creencias delirantes. 2. Explicar la relación entre emociones, pensamientos y conductas respecto al delirio. 3. Aplicar estrategias para cuestionar las pruebas que apoyan las creencias delirantes, construir creencias alternativas, abordar las creencias nucleares no delirantes y emplear experimentos conductuales.

El tratamiento de las alucinaciones auditivas no tiene como propósito reducir la frecuencia de estas, va dirigido a la identificación y reducción de las creencias irracionales acerca de las voces. Debido a esto, se indica realizar un análisis funcional del síntoma con la finalidad de conocer su comportamiento y las creencias del paciente respecto a las mismas. La taxonomía de las voces debe evaluar: el contenido de la voz, las creencias no delirantes, las creencias delirantes y las creencias autoevaluativas subyacentes a las voces.

Beck, et al. (2010) proponen las fases que debe seguir el tratamiento de las alucinaciones auditivas, comenzando por proporcionar psicoeducación y

normalización del síntoma, desarrollar conciencia del papel que tienen las creencias disfuncionales en el malestar emocional respecto a las voces e implementar planteamientos cognitivos y conductuales.

La TCC-R brinda al paciente estrategias de afrontamiento ante las voces (Tarrrier, 1992). La mayoría de los pacientes comunican que emplean técnicas de distracción de manera natural como herramienta eficaz para aumentar su control sobre las voces, además de afinar y practicar las técnicas de afrontamiento a las voces que el paciente ya tiene, se pueden introducir otras estrategias que han resultado prometedoras. Se puede pedir a los pacientes que señalen y nombren objetos o que tarareen una canción mientras escuchan las voces ya que se ha demostrado que el empleo del habla o de la actividad subvocal puede reducir las voces (Carter, Mackinnon y Copolov, 1996).

El objetivo de la reestructuración cognitiva acerca de las voces va encaminado a las creencias del paciente acerca de las voces, estas creencias se dividen en tres según su identidad y propósito (malevolencia/benevolencia, poder/omnipotencia y obediencia/desobediencia (Chadwick, et al., 1996).

La TCC-R sugiere que la reestructuración cognitiva de las voces y el trabajo de estrategias de afrontamiento se realicen con palabras sencillas y simples para que la comprenda el paciente y se lleven a cabo dentro de la sesión terapéutica.

A diferencia de la rehabilitación cognitiva, la cual trabaja directamente con cada uno de los procesos cognitivos (atención, memoria, funcionamiento ejecutivo, etc.) la TCC-R se centra en las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales que causa el déficit de los procesos cognitivos.

Los pasos que se llevan a cabo para el tratamiento de estos síntomas son: psicoeducación y normalización del trastorno formal del pensamiento, educar al paciente en la relación cognitiva, emocional y conductual que tienen los déficits cognitivos y emplear técnicas cognitivo conductuales dirigidos a cada uno de los síntomas de la esquizofrenia (Beck, et al., 2010). Dentro de las técnicas utilizadas se encuentra el empleo de técnicas de comunicación-clarificación dentro de las sesiones con la finalidad de ayudar al paciente a entender cómo su comunicación no es comprendida por los demás, para esto se emplea el juego de roles (Kingdon y Turkington, 1994) y la escucha de grabaciones del discurso del paciente (Satel y Sledge, 1989).

Debido a que las personas con esquizofrenia manifiestan más habla del pensamiento desorganizado cuando debaten puntos personales con carga emocional, Beck, et al. (2010) sugieren el trabajo de la regulación de las emociones. Se trabaja la terapia cognitiva estándar para manejar la ansiedad, depresión o ira modificada para las características de los pacientes que padecen esquizofrenia, dicha modificación consiste en realizar las actividades dentro del consultorio, en hacer explicaciones más sencillas y repetitivas, enfatizar la alianza terapéutica empleando afirmaciones empáticas y escucha reflexiva como reforzadores del discurso que se entiende claramente y comenzar la agenda con temas que tengan menor fuerza emocional contribuyendo a minimizar el estrés.

Conceptualización y tratamiento de los síntomas negativos.

La TCC-R enfatiza la relación entre los síntomas negativos y el deterioro cognitivo basándose en que los síntomas negativos se pueden relacionar con el

rendimiento en la ejecución de varias tareas que requieran memoria, atención y habilidades motoras (Greenwood, Landau y Wykes, 2005; Muller, Sartory y Bender, 2004).

Grant, et al. (2012) plantean el modelo que utiliza la TCC-R para los síntomas negativos, esquematizado anteriormente, en el que asientan que el deterioro cognitivo de estos pacientes facilita la aparición de eventos desagradables (burla y rechazo) y estos eventos producen o mantienen creencias disfuncionales del tipo “si no lo puedo hacer bien, para qué hacerlo”, “no puedo porque tengo esquizofrenia” o “no vale la pena esforzarse”, estas creencias disfuncionales conducen a la evitación de la actividad constructiva y placentera dando lugar a los síntomas negativos que terminan por manifestarse en un bajo funcionamiento psicosocial.

Grant (2012) propone los pasos a seguir en la TCC-R:

- Psicoeducación de los síntomas negativos que tienen como consecuencia problemas para alcanzar el objetivo a largo plazo.
- Normalizar los síntomas para reducir la catastrofización, ayudar a que el paciente vea dichos síntomas como un continuo y dar esperanza de que otros pacientes con los mismos síntomas han logrado controlarlos.
- Introducir en las primeras sesiones estrategias sencillas para el afrontamiento del estrés y de los síntomas positivos que muestren resultados rápidos para motivar al paciente (relajación y técnicas de distracción).
- Implementar un objetivo a largo plazo que sea motivante, observable y específico.

- Introducir al paciente en los principios básicos de la terapia cognitiva, recomienda que los ejemplos sean sencillos y aplicados al terapeuta y no al paciente para aumentar la alianza.
- Aumentar alianza terapéutica por medio de la comunicación, se sugiere buscar temas preferidos para el paciente y hablar de uno mismo.
- Realizar actividades placenteras dentro de la sesión con la finalidad de motivar al paciente para asistir a terapia y reestructurar las bajas expectativas de experimentar placer (anhedonia).
- Realizar actividades constructivas durante la sesión para reestructurar las bajas expectativas de éxito y los pensamientos dicotómicos “hacerlo bien vs hacerlo mal”.
- Mantenimiento mediante conclusiones repetitivas sobre lo aprendido en terapia.
- Prevención de recaídas al trabajar con el paciente posibles futuros escenarios subrayando las estrategias que ha aprendido en terapia.

La relación que hace la TCC-R entre el establecimiento de un objetivo a largo plazo y los síntomas negativos consiste en que dicha meta se persigue por medio de aproximaciones sucesivas, es decir, se puede motivar al paciente a implementar conductas de manera sistemática debido a que estas conductas lo pueden llevar a acercarse más a su meta. Por ejemplo, puede no resultarle motivador al paciente asear su habitación, pero puede convertirse en motivante si esto lo acerca a la posibilidad de tener una vida independiente.

Dentro de las ideas disfuncionales a reestructurar mediante la TCC-R para el tratamiento de los síntomas negativos se encuentran: las creencias negativas

activadas por los síntomas positivos (ejemplo: No saldré de casa porque el FBI me persigue), aversión social (ejemplo: Prefiero ver la tele que salir con otras personas), creencias derrotistas sobre el rendimiento en la ejecución de tareas (ejemplo: Si no puedes hacer algo bien, tiene poco sentido hacerlo), valoraciones de baja expectativa de placer (ejemplo: No lo disfrutaré), valoraciones de baja expectativa de éxito (ejemplo: Me equivocaré, no soy capaz) y expectativas bajas por el estigma (ejemplo: Nadie querrá ser mi amigo porque tengo esquizofrenia) (Beck, et al., 2010).

Las valoraciones disfuncionales antes citadas parecen tener una relación estrecha con las expectativas del paciente respecto al manejo de sus estresores, en especial con el manejo de los síntomas de la esquizofrenia, es decir, con su autoeficacia.

Autoeficacia

Definición y características

El concepto de autoeficacia hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida, este constructo se diferencia de las expectativas de resultado en que estas últimas son la percepción de las posibles consecuencias de una acción. (Bandura, 1987).

La percepción de autoeficacia no es una medida de las habilidades que una persona tiene, es más bien la creencia acerca de lo que esa persona puede hacer en diferentes circunstancias con cualquier habilidad que posea (Bandura, 1999).

Distintos autores han confirmado que las creencias de autoeficacia pueden ser mejores predictores de la conducta posterior de las personas, que sus niveles de habilidad real (Carrasco y Del Barrio, 2002; Zeldin, 2000 en Olaz, 2003).

Bandura (1999) plantea que las creencias contribuyen a la motivación y a los logros humanos explicándolo mediante un proceso de causalidad en el que la intencionalidad, el planeamiento del futuro, la autoreactividad y la autoreflexividad juegan un papel importante para la realización de una conducta. La intencionalidad está relacionada con la representación proactiva de un futuro curso de acción para realizar una conducta, el planteamiento cuidadoso del futuro tiene que ver con que la motivación del sujeto guía sus acciones de manera anticipada hacia los eventos futuros, al estar estos eventos representados cognitivamente en el presente como resultados esperados y metas proyectadas, se convierten en motivadores y reguladores de la conducta del individuo. La autoreactividad se refiere a la vinculación entre pensamiento y acción para dar forma a lo planeado, en esta etapa se autorregula la motivación, el afecto y la acción mediante el automonitoreo, los autoincentivos y la autocorrección para llegar a la meta. La autoreflexividad se refiere a que las personas juzgan la adecuación entre sus pensamientos y acciones, para así evaluar su motivación, sus acciones y el significado de su proyecto de vida mediante el contraste con los resultados planeados y con lo que otras personas refieren.

Un factor que influye de manera determinante en las creencias de autoeficacia son las experiencias de dominio o logros de ejecución, en donde los éxitos crean una fuerte creencia de eficacia personal, mientras que los fracasos la debilitan (Bandura, 1999; Olaz, 2003).

La persuasión social o verbal es otro factor relacionado con el aumento de la autoeficacia, de modo que a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a poner mayor esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo para lograr el objetivo. La persuasión social fomenta el desarrollo de destrezas y la estructuración de situaciones que favorecen el éxito creándose así un círculo virtuoso que aumenta la autoeficacia (Bandura, 1987).

Schultz y Schultz (2002) resumen en 4 categorías las condiciones que aumentan la autoeficacia:

- 1.Exponer a la persona a experiencias de éxito, mediante el establecimiento de metas alcanzables para incrementar las expectativas de éxito.
- 2.Exponer a las personas a modelos apropiados que tengan un buen logro para mejorar las experiencias vicarias de éxito.
- 3.Proporcionar persuasión verbal para alentar a la persona a creer que tiene la capacidad para actuar con éxito.
- 4.Manejar la activación fisiológica mediante una dieta apropiada, estrategias para la reducción de estrés y programas de ejercicio incrementa la fuerza, el vigor y la capacidad de afrontamiento.

Generalmente, cuando se habla de autoeficacia, se hace en un sentido concreto, es decir, se hace referencia a la eficacia percibida en una situación específica, ya sea aprobar un examen de matemáticas, saber estar en una reunión social o mejorar de un problema concreto de salud, a esto se le llama autoeficacia específica. Sin embargo, algunos autores consideran la autoeficacia en un sentido

amplio, entendiendo esta autoeficacia general como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana llamándole autoeficacia general.

Respecto a la autoeficacia general, Bandura (1987) destaca la importancia del umbral de seguridad en uno mismo o la autoseguridad, para referirse a que la autoeficacia percibida representa la confianza que tiene la persona en el uso de sus habilidades para enfrentarse y adaptarse a diferentes demandas de forma creativa independientemente de la tarea.

Se puede inferir que existe relación entre la autoeficacia general y la específica debido a que el mismo autor señala que cuando la persona inicia actividades nuevas, al carecer de la experiencia suficiente para evaluar si sus autopercepciones son verídicas, tiene que inferir su capacidad de ejecución a partir de su experiencia en otras situaciones afirmando que una vez establecida la autoeficacia esta tiende a generalizarse a nuevos eventos.

Luszczynska, Gutierrez-Doña y Schwarzer (2005) han concluido que el sentido general de autoeficacia es un constructo universal que tiene la persona en sus habilidades de afrontamiento para lidiar con una variedad de situaciones nuevas.

Evaluación de autoeficacia

Bandura (1989) propuso una metodología que denominó “microanalítica” para la evaluación de la autoeficacia. Esta metodología consiste en presentar al paciente una lista de tareas concretas y jerarquizadas según el nivel de complejidad y

capacidad de provocar estrés, para cada tarea el paciente debe responder a 2 preguntas, la primera consiste en si se siente capaz de realizar la tarea en ese momento y en caso afirmativo, debe indicar en una escala que va de 10 (bastante incierto) a 100 (certidumbre total) en intervalos de 10 en 10. El nivel de autoeficacia percibida será el número de conductas que la persona se siente capaz de realizar y la fuerza de las expectativas de autoeficacia se medirá a través del grado de certidumbre indicado por el paciente en cada respuesta afirmativa.

Para medir la congruencia entre la autoeficacia percibida y la ejecución real, se sugiere que se le pida al paciente que realice cada una de las conductas descritas en la lista (Bermudez, 1994).

Además, existen medidas estandarizadas para evaluar el constructo de una forma directa, entre las más utilizadas se encuentran:

-Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE) creada y evaluada psicométricamente en España por Godoy-Izquierdo, Godoy, Lopez-Chicheri, Martínez, Gutiérrez y Vázquez (2008) para evaluar el grado en que el individuo se percibe eficaz para afrontar situaciones de estrés a través de 2 componentes: expectativas de eficacia y expectativas de resultado. El instrumento está compuesto por ocho ítems, cuatro para expectativas de eficacia y cuatro para expectativas de resultado. Las respuestas se presentan en formato tipo Likert, la escala mide directamente la autoeficacia ante el estrés, correspondiendo a puntuaciones más elevadas una mayor confianza en los recursos para manejar el estrés.

-Escala de Autoeficacia (EAE) formulada por Sherer y Adams (1983) con 30 ítems cuyas respuestas se enuncian en una escala tipo Likert para obtener dos

puntuaciones parciales, una de autoeficacia general y otra de autoeficacia social, además se obtiene una puntuación total. La escala mide de forma directa las percepciones de autoeficacia.

-Escala de Autoeficacia General (EAG) diseñada por Schwarzer y Jerusalem (1995) que mide de forma directa la percepción de autoeficacia general en una puntuación total a través de 10 reactivos, debido a que esta escala ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas a la población mexicana y debido también a su sencillez se ha elegido para utilizar en este estudio, por lo que sus características y propiedades psicométricas se detallarán en el apartado de instrumentos.

Autoeficacia y esquizofrenia

La relación entre autoeficacia y esquizofrenia se resaltó por primera vez con el modelo de Nuechterlein y Dawson (1984) para la comprensión de los factores que contribuían al desarrollo de la esquizofrenia. Este modelo incluyó cuatro variables que contribuían o protegían la aparición de episodios de esquizofrenia. Factores personales de vulnerabilidad, factores ambientales protectores, estresores potenciadores y factores personales protectores. Estos últimos incluyen a la autoeficacia como un factor protector de la aparición de los síntomas de esquizofrenia.

Godoy et al. (1995) en un estudio en el que compararon la autoeficacia en hijos de padres con esquizofrenia con hijos de personas sin el padecimiento encontraron que los hijos de personas con esquizofrenia se percibían como menos eficaces y menos capaces de enfrentarse a situaciones en las que se valoraba el esfuerzo personal indicando que la evaluación de la autoeficacia puede llegar a

discriminar entre personas cuyos padres padecen esquizofrenia de aquellos con padres sanos.

Diferentes estudios han analizado variables relacionadas con la autoeficacia en pacientes con esquizofrenia, entre las variables relacionadas se ha encontrado la auto-estigmatización (Vauth, Kleim, Wirtz y Corrigan, 2007), empoderamiento personal (Ritsner, Otilingam y Grajales, 2003), depresión (Link y Phelan, 2002) y calidad de vida (Corrigan y Penn, 1999).

El constructo autoeficacia se ha relacionado con los estilos de afrontamiento que presentan los pacientes con esquizofrenia mediante un modelo de funcionamiento social en el que se propone a la autoeficacia como mediadora de los esfuerzos de afrontamiento de estos pacientes (McDermott, 1995). Este modelo se relaciona con otro estudio en el que se ha sugerido que un mejor afrontamiento en pacientes psicóticos está relacionado con mayores creencias de autoeficacia y apoyo social (Solomon y Draine, 1995).

Ritsner, Gibel, Ponizovsky, Shinkarenko, Ratner y Kurs (2006) analizaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con esquizofrenia en comparación con un grupo de personas sanas y encontraron que los pacientes con esquizofrenia reportaron mayores niveles de estrés y menores niveles de autoeficacia, apoyo social y calidad de vida. Observaron también que estos pacientes presentaban mayormente un estilo de afrontamiento centrado en la emoción y que el estilo de afrontamiento evitativo estaba relacionado con las diferencias en los niveles de autoeficacia y calidad de vida.

Respecto a la autoeficacia y variables neurocognitivas en esquizofrenia se sabe que los pacientes con esquizofrenia utilizan más un estilo de afrontamiento

evitativo y que aquellos pacientes que utilizan un afrontamiento centrado en el problema tienen más autoeficacia y una mejor atención sostenida (Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green y Gitlin, 2004).

Lysaker, Clements, Wright, Evans y Marks (2001) analizaron la relación entre variables neurocognitivas y la indefensión, la desesperanza, la autoeficacia, el bienestar y los estilos de afrontamiento encontrando que una peor actuación en tareas de función ejecutiva y memoria verbal aunada a la elección de estrategias de afrontamiento evitativas predecían mejores niveles de esperanza y bienestar concluyendo que altos niveles de daño neurocognitivo y un estilo de afrontamiento evitativo podían proteger a algunas personas con esquizofrenia de las experiencias subjetivas de sufrimiento, y estar relacionados con mayores niveles de autoeficacia, esperanza y bienestar.

Ventura, et al. (2004) reportan que las intervenciones psicosociales dirigidas al aumento de la autoeficacia pueden dar como resultado estrategias de afrontamiento más adecuadas en pacientes con esquizofrenia. A partir de estas aseveraciones han surgido programas de entrenamiento de autoeficacia para el afrontamiento del estrés dirigidos a pacientes con esquizofrenia, en especial adaptando programas dirigidos a pacientes drogodependientes (Godoy, 2001).

Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez (2012) plantean un programa de entrenamiento de autoeficacia para el afrontamiento del estrés adaptado para pacientes con esquizofrenia, dicho programa está formado por 15 sesiones en el que trabajan, psicoeducación sobre la importancia de la autoeficacia, reestructuración cognitiva, solución de problemas, activación conductual, habilidades de autocontrol, habilidades sociales, ensayos conductuales, adherencia terapéutica, técnicas de distracción para los síntomas positivos y prevención de recaídas. El programa se

aplicó a 14 pacientes con esquizofrenia, siete en el grupo experimental y siete en el control encontrando que al terminar el programa los pacientes del grupo experimental mostraron un cambio positivo significativo en las expectativas de eficacia, con un tamaño del efecto mediano. También encontraron un descenso significativo en los síntomas positivos, negativos y afectivos de los pacientes del grupo experimental, la diferencia entre los grupos en cuanto al tamaño del efecto en síntomas negativos fue de 1.05 en el grupo experimental y -.20 para el grupo control.

Los resultados de la investigación antes citada indican que los pacientes con esquizofrenia se benefician de intervenciones que vayan dirigidas al aumento de la autoeficacia por lo que se hace necesario adaptar estas intervenciones a pacientes con predominio de síntomas negativos y bajo funcionamiento psicosocial.

La autoeficacia y el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia se relacionan en el modelo de Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel (1986) que predice que la autoeficacia puede determinar los esfuerzos de afrontamiento y el funcionamiento psicosocial y que este último influye a su vez en las creencias de autoeficacia.

Pratt, Mueser, Smith y Lu (2005) relacionan la autoeficacia y el funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia al afirmar que algunas personas con esquizofrenia tienen la capacidad necesaria para actuar, pero no lo hacen porque creen que no tienen las habilidades necesarias para hacerlo, dichos autores evaluaron la autoeficacia como variable mediadora entre los síntomas cognitivos y negativos, y el funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia encontrando que a pesar de que la autoeficacia y el funcionamiento psicosocial se relacionan positivamente, la autoeficacia no es la mediadora entre los

síntomas de la esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial, de hecho, concluyeron que los síntomas negativos mediaban la relación entre la autoeficacia y el funcionamiento.

El planteamiento antes descrito confirma el modelo de la TCC-R en donde se plantea que las distorsiones cognitivas derivadas de los síntomas cognitivos y positivos exacerban los síntomas negativos disminuyendo el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Funcionamiento Psicosocial

Definición y características

Liberman (1993) señaló tres aspectos esenciales para la definición de los trastornos mentales graves y crónicos: el diagnóstico, la duración y el funcionamiento; este último se refiere a que los pacientes con este tipo de padecimientos cursan a menudo con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, en especial a las que se refieren a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de los roles sociales.

Existe un escaso consenso sobre el significado del concepto de funcionamiento psicosocial, sin embargo este concepto suele incluir aspectos como autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (Casas, Escandell, Ribas y Ochoa, 2010).

Bacon, Collis y Plake (2002) señalan que el concepto funcionamiento psicosocial se centra en lo que la persona puede hacer, la calidad de sus actividades cotidianas y su necesidad de asistencia.

Debido a que este constructo es abstracto y hasta el momento no existen acuerdos sobre sus componentes específicos, resulta difícil su evaluación. Incluso hay autores que consideran que hace falta delimitar los componentes subjetivos del funcionamiento psicosocial para hacer una evaluación completa de dicho concepto (Brekke y Long, 2000).

La relación existente entre las enfermedades mentales graves y el deterioro en el funcionamiento psicosocial ha llevado a considerar la evaluación del funcionamiento global como medida imprescindible para valorar los resultados de las intervenciones de los profesionales de la salud mental utilizándolo como un predictor del uso de servicios (Phelan, Wykes y Goldman, 1996).

Funcionamiento psicosocial y esquizofrenia

La esquizofrenia es un padecimiento que incapacita a los pacientes debido a que su aparición temprana obstaculiza y dificulta el proceso de aprendizaje del “desempeño de roles” en las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial. Los elementos más comunes que se encuentran relacionados con el bajo funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia son las dificultades para mantener una ocupación remunerada, recursos económicos limitados que dificultan su independencia, una red de apoyo social disminuida debido a la falta de relaciones interpersonales, dificultad para establecer relaciones de pareja y la carga emocional de los familiares (Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004).

Debido a la grave problemática psicosocial que experimentan los pacientes con esquizofrenia, se han desarrollado programas de tratamiento biopsicosociales que actúan sobre las incapacidades que genera el padecimiento brindándole al

paciente un nuevo repertorio de habilidades psicosociales para mejorar su desempeño de roles, estos programas han mostrado efectos significativos en el aumento del funcionamiento psicosocial (Valencia, 1996; Valencia, 1999; Valencia, Rascón y Ortega-Soto, 2001; Valencia, et al., 2004).

El modelo del funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia incluye el funcionamiento premórbido, los síntomas negativos y el funcionamiento cognitivo como predictores del funcionamiento psicosocial (Lieberman, et al., 1986).

A partir del modelo mencionado comenzaron a surgir diferentes investigaciones que corroboraron la relación entre el funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia y el funcionamiento premórbido (Breier, Schreiber, Dyer y Pickar, 1991; Penn, Mueser, Spaulding, Hope y Reed, 1996), los síntomas negativos (Breier, et al., 1991; Sayers, Curran y Mueser, 1996) y el funcionamiento cognitivo (Mueser, Bellack, Douglas y Wade, 1991; Green, 1998).

Pratt, et al. (2005) estudiaron el funcionamiento premórbido, los síntomas negativos, el funcionamiento cognitivo y la autoeficacia como variables predictoras del funcionamiento psicosocial en un grupo de 85 pacientes con esquizofrenia encontrando que a pesar de que la autoeficacia se relacionaba con el funcionamiento psicosocial, ésta no mediaba la relación entre el funcionamiento psicosocial y las demás variables, encontraron que la variable mediadora entre la autoeficacia y el funcionamiento psicosocial eran los síntomas negativos.

Los pacientes con esquizofrenia presentan importantes dificultades en el funcionamiento psicosocial debido a sus problemas para interactuar adecuadamente con otras personas, se muestran retraídos y aislados de su medio y esto se debe entre otras cosas a la sintomatología negativa que presentan. Los síntomas

negativos en la esquizofrenia representan un factor incapacitante a lo largo de la vida del paciente (Villamil, et al., 2005).

Fuller, Schultz y Andreasen (2003) realizaron un estudio de seguimiento en el cual concluyeron que el grado de la sintomatología negativa era un indicador pronóstico de un bajo funcionamiento psicosocial y una calidad de vida empobrecida.

Se ha reportado que la gravedad de los síntomas negativos en el ingreso a hospitalización (no así la de los síntomas positivos ni de desorganización) predice una peor calidad de vida 2 años más tarde (Ho, Nopoulos, Flaum, Arndt y Andreasen, 1998) y un peor funcionamiento psicosocial 7 años después (Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005). Los estudios realizados con un seguimiento de más de 10 años también identifican a los síntomas negativos como predictores significativos del mal funcionamiento (Bromet, Naz, Fochtmann, Carlson y Tanenberg-Karant, 2005).

La evaluación del funcionamiento psicosocial se relaciona con el concepto de recuperación en esquizofrenia. Torgalsboen (1999) incluye en su definición de recuperación el funcionamiento psicosocial en un rango de 65 o más en la escala de funcionamiento global (GAF). Bellack (2010) define la recuperación como un nivel de funcionamiento que una persona adquiere y mantiene durante un periodo determinado (dos años).

Recuperación y Esquizofrenia.

Pacientes, familiares, clínicos e investigadores coinciden en que son deseables los enfoques orientados hacia la recuperación en esquizofrenia por lo que

dicho concepto ha ganado relevancia en el campo de la salud mental durante los últimos años.

La definición de recuperación en esquizofrenia ha sido motivo de debate entre profesionales de la salud mental, pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Aquellos que consideran una etiología principalmente biológica de los trastornos mentales cuestionan la posibilidad de una recuperación argumentando incluso que el uso de dicho término puede brindar falsas esperanzas tanto para el paciente como para el profesional de la salud mental (Peyser, 2001). Otros profesionales de la salud mental consideran que la recuperación en esquizofrenia no puede existir debido a que esta no es una enfermedad médica y prefieren verla como una vida con crisis que son parte normal de la existencia humana (Fisher, 2005). Existen autores que consideran la reducción de síntomas como crucial en la recuperación de los pacientes con esquizofrenia (Lieberman y Kopelowicz, 2004) y algunos postulados, generalmente planteados por los propios pacientes, que consideran a la recuperación como un proceso de esperanza y auto-determinación para modificar actitudes, metas, habilidades y roles propias de cada paciente (Anthony, 1993).

Para comprender el término recuperación es indispensable distinguirlo del término rehabilitación definido como un servicio diseñado para el éxito y satisfacción en un rol específico elegido por el individuo y del término reintegración definido como la reinserción del paciente en la comunidad como resultado del uso de servicios en salud mental y de acción política y comunitaria solidarias para los pacientes con trastornos mentales. La recuperación no es un servicio ni un resultado de los servicios. Investigadores, clínicos e incluso pacientes han contribuido a definir el término (Farkas, 2007).

El término “estar en recuperación” ha sido desarrollado y promovido por los propios pacientes diagnosticados con esquizofrenia quienes se han negado a esperar indefinidamente por la cura a su padecimiento y prefieren centrarse en su autonomía en el presente. Dicho término tiene dos implicaciones importantes: la primera, es brindar a los pacientes la esperanza de mejora como una condición posible y común; la segunda tiene que ver con el desarrollo de intervenciones efectivas orientadas a ayudar a los pacientes a regresar a la vida en la comunidad que ellos mismos elijan. Si bien, no todos los pacientes llegarán a la recuperación total de la esquizofrenia, todos pueden formar parte del proceso de recuperación en el que cada paciente se plantee de manera autónoma sus metas en la vida (Davidson, Schmutte, Dinzeo, y Andres-Hyman, 2008).

La recuperación también debe diferenciarse de la remisión. Torgalsboen (1999) sugiere que el término indicado para la etapa de fases asintomáticas en pacientes con esquizofrenia debe ser remisión total, este término es tangencial ya que define la desaparición de los síntomas en un momento determinado, en contraste, la recuperación debe verse como un concepto a lo largo de la vida del paciente que no solamente se dirija a la disminución de síntomas en la esquizofrenia sino que integre también otras variables relacionadas con el funcionamiento de los pacientes.

El término recuperación ha sido utilizado en la literatura desde dos distintas perspectivas, la primera está relacionada con un resultado medido de manera transversal en la que no hay muchas evidencias de padecimiento mental, la segunda y más reciente, consiste en una actitud subjetiva dirigida a brindar al paciente esperanza, libertad para tomar decisiones y una sensación de ser capaces de aumentar sus habilidades personales (Resnick, Rosenheck y Lehman, 2004).

Estudios de resultados a largo plazo han empleado distintos criterios para evaluar el nivel de funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia, esto se debe a que aún existe controversia respecto a la definición de recuperación del funcionamiento.

Uno de los primeros estudios que retó la visión pesimista de la recuperación en pacientes con esquizofrenia fue el Proyecto de Investigación Longitudinal de Vermont (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss y Breier, 1987), para evaluar la recuperación se basaron especialmente en la Escala de Evaluación Global (GAS) utilizando como criterio de buenos resultados un puntaje arriba de 61: “algunos síntomas o dificultades en áreas de funcionamiento, pero generalmente con un buen funcionamiento y las personas sin entrenamiento podrían considerarlos como no enfermos”.

En un esfuerzo por avanzar en la investigación de la recuperación en esquizofrenia, distintos grupos han propuesto definiciones operacionales.

Harrow, Grossman y Jobe (2005) realizaron una investigación de seguimiento a 15 años en el que desarrollaron una definición operacional de recuperación que requería un año de:

1. Ausencia de síntomas positivos y negativos.
2. Funcionamiento psicosocial adecuado incluyendo un trabajo remunerado de medio tiempo o más y la ausencia de un nivel muy pobre de actividad social.
3. Sin hospitalizaciones psiquiátricas.

Dentro de los criterios de recuperación más citados se encuentra el modelo de Liberman y Kopelowicz (2004) en el que se establecen cuatro componentes para definir operacionalmente la recuperación de la esquizofrenia:

1. Remisión de los síntomas. Una puntuación de cuatro o menos en los ítems relacionados con síntomas positivos y negativos de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica durante dos años consecutivos.
2. Funcionamiento ocupacional. Actividad laboral satisfactoria de al menos media jornada en un empleo o escuela durante dos años consecutivos. Participación activa en actividades de ocio.
3. Vida Independiente. Sin una supervisión diaria para administrar su dinero, hacer compras, preparar la comida, lavar la ropa y aseo personal y ser capaz de gestionar su tiempo.
4. Relaciones con sus compañeros. Asistir a una reunión, conversación telefónica o cualquier interacción conjunta con un compañero que no sea un familiar al menos una vez por semana.

Schrank y Slade (2007) afirman que adoptar un enfoque orientado a la recuperación en paciente con esquizofrenia implica una modificación en los objetivos de los servicios de salud mental, este cambio debe consistir en que el objetivo se centre en las metas propuestas por el paciente mismo en un ambiente de respeto a sus derechos, y en que los profesionales de la salud mental redefinan su rol de expertos en trastornos mentales a un rol de acompañantes con relaciones igualitarias con los pacientes.

Young y Ensing (1999) realizaron una investigación cualitativa por medio de entrevistas y grupos focales a pacientes de instituciones mentales por medio del cual desarrollaron un modelo del proceso de recuperación en el que asentaron que la recuperación es un proceso de superación, descubrimiento del autoempoderamiento, redefinición de uno mismo, regreso al funcionamiento básico y aumento de la calidad de vida.

Debido a la gran controversia alrededor de la recuperación en pacientes con esquizofrenia se ha dificultado su definición y su evaluación.

Mausbach, Moore, Bowie, Cardenas y Patterson (2009) en un intento por establecer las medidas de evaluación óptimas para la recuperación en pacientes con psicosis realizaron una revisión sistematizada de las escalas que se han utilizado para evaluar recuperación funcional.

Estos autores eligieron aquellas escalas que hubieran sido utilizadas para medir funcionamiento en esquizofrenia y que tuvieran una validez y confiabilidad adecuadas, describen ocho escalas de funcionamiento: Evaluación de habilidades basadas en la ejecución (UPSA por sus siglas en inglés), UPSA versión breve, Evaluación de la ejecución de habilidades sociales (SSPA por sus siglas en inglés), Evaluación de la ejecución de habilidades para el manejo del medicamento (MMAA por sus siglas en inglés), Test de conducta adaptativa en esquizofrenia (TABS por sus siglas en inglés), Autoreporte de habilidades de vida independiente (ILSS-SR por sus siglas en inglés), Evaluación de evaluación de la actividad global (GAF por sus siglas en inglés) y la Escala de vida independiente (ILS por sus siglas en inglés).

Mausbach, et al. (2009) concluyeron a través de su revisión que UPSA es la mejor medida de evaluación para la recuperación funcional de personas con psicosis en estudios de habla inglesa.

En México, la recuperación del funcionamiento psicosocial se ha evaluado por medio de la Escala de Funcionamiento Psicosocial (Valencia, 1987) encontrando que los resultados de esta escala pueden ser empleados como factor pronóstico (Fresán, Apiquián, Loyzaga, García-Anaya, Ulloa y Nicolini, 2002). La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) reconocida internacionalmente como GAF por sus siglas en ingles, ha sido utilizada en diferentes estudios en este país, tanto para evaluar la recuperación del funcionamiento en pacientes con esquizofrenia (Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004) como para comparar los resultados con otras escalas (Robles, et al., 2007).

Planteamiento del problema y preguntas de investigación

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que causa discapacidad a quienes la padecen, no obstante , a pesar de los avances que han presentado tanto los tratamientos farmacológicos como las intervenciones cognitivo-conductuales, los problemas generados por los síntomas de esquizofrenia no están aún del todo resueltos.

Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas para la esquizofrenia, la terapia cognitivo conductual es una de las que cuenta con mayor evidencia de efectividad para la sintomatología de dicho padecimiento, sin embargo, se han encontrado pocos estudios que evalúen la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual específico para síntomas negativos que impacten en el funcionamiento

psicosocial, y por tanto en las posibilidades de recuperación y reinserción comunitaria de los pacientes.

Los síntomas negativos representan un reto especial ya que tienden a persistir a lo largo del tratamiento y generalmente responden menos a los neurolépticos. Además, estos síntomas afectan directamente la recuperación en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Turkington y Morrison (2011) confirmaron la falta de tratamientos viables y eficaces para los síntomas negativos haciendo notar la importancia de realizar investigaciones basadas en modelos respecto a las intervenciones para pacientes con predominio de síntomas negativos y deterioro funcional.

Recientemente, Grant, et al. (2012) evaluaron la efectividad de la terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación (TCC-R) en pacientes con predominio de sintomatología negativa encontrando un tamaño del efecto de 1.36 en los pacientes que habían participado en la TCC-R y un tamaño del efecto de .06 en los pacientes control, poniendo de manifiesto que este tipo de terapia puede ser exitosa para promover mejoras clínicas significativas relacionadas con el funcionamiento de pacientes con o sin deterioro cognitivo y con bajo funcionamiento psicosocial.

La TCC-R que mostró eficacia en pacientes con deterioro funcional importante tuvo una duración de 18 meses, con sesiones semanales de 50 minutos cada una (Grant, et al., 2012), sin embargo, debido a la saturación de las instituciones psiquiátricas en México es necesario adaptar el tratamiento de tal forma que sea más breve.

Una adaptación breve de la TCC-R basada en el análisis correlacional de las variables del modelo de dicha terapia nos permitirá identificar los puntos clave a trabajar con los pacientes para lograr incrementar el funcionamiento psicosocial y disminuir la gravedad de los síntomas de esquizofrenia de pacientes que presentan predominio de sintomatología negativa. Estos pacientes representan un reto dentro de las terapias psicosociales para la esquizofrenia por presentar déficit cognitivo y un muy bajo funcionamiento psicosocial.

En esta dirección, el presente estudio se centró en responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Las variables funcionamiento psicosocial, autoeficacia, síntomas negativos, cognitivos y positivos de pacientes con esquizofrenia paranoide se relacionan entre sí?
2. ¿La adaptación breve de la TCC-R tendrá efectos en el aumento de la autoeficacia, la disminución de síntomas negativos y el incremento en el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos?

Objetivo

Evaluar la relación entre las variables del modelo de la TCC-R (síntomas cognitivos, síntomas negativos, síntomas positivos y funcionamiento psicosocial) además de la autoeficacia para realizar una adaptación breve en México de la TCC-R con el fin de disminuir la gravedad de los síntomas de esquizofrenia, aumentar autoeficacia general e incrementar la recuperación del funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de sintomatología negativa.

Con la finalidad de cubrir el objetivo mencionado el presente proyecto se dividió en dos fases:

Fase 1

Método

Objetivos.

- Determinar las relaciones entre autoeficacia, síntomas cognitivos, síntomas positivos, síntomas negativos y funcionamiento psicosocial.

Hipótesis.

- La autoeficacia se relaciona de forma inversa con la gravedad de los síntomas negativos, cognitivos y positivos, y de forma directa con el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide.
- La gravedad de los síntomas negativos, cognitivos y positivos se relacionan de forma inversa con el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Participantes.

Se evaluaron 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de un hospital de tercer nivel en México.

Muestra.

El tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia

Criterios de Inclusión.

- Pacientes con esquizofrenia paranoide diagnosticados por medio del DSM-IV-TR por los médicos de la clínica de esquizofrenia de un hospital de tercer nivel en México
- Edad de 18 a 65 años
- Saber leer y escribir
- Leer y firmar el consentimiento informado del estudio

Criterios de Exclusión.

- Presentar sintomatología positiva que impidiera la concentración en la entrevista.
- Presentar agitación, agresión o ideación suicida que impidiera la evaluación.

Criterios de Eliminación.

- Que el paciente revocara el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Que el paciente no completara la totalidad de los instrumentos de evaluación.

Variables.

Definiciones conceptuales.

- Autoeficacia. Percepción o evaluación que la persona hace de su capacidad para resolver satisfactoriamente una situación (Bandura, 1987).
- Síntomas Negativos. Disminución o ausencia de una función, se clasifican en inatención, anhedonia, asociabilidad, abulia, alogia y aplanamiento afectivo (Sadock y Grebb, 1994).
- Síntomas Positivos. Distorsión o exageración de una función, usualmente ocurren en los estados iniciales de la enfermedad, y en las fases de recaída o crisis (Sadock y Grebb, 1994).
- Síntomas Cognitivos. Alteraciones en procesos cognitivos elementales (Roder, et al., 2011).
- Funcionamiento Psicosocial. Los roles que desempeña el sujeto, en su relación con otros individuos y en el medio en el que se desenvuelve (Valencia, 1996).

Definiciones Operacionales.

- Autoeficacia. Puntaje en la Escala de Autoeficacia General (EAG).
- Síntomas negativos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología negativa de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).
- Síntomas cognitivos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología cognitiva de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).

- Síntomas positivos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología positiva de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).
- Funcionamiento psicosocial. Puntaje en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o GAF por sus siglas en inglés.

Materiales e instrumentos.

- Entrevista de variables sociodemográficas y clínicas. Se construyó una entrevista estructurada, directamente aplicada al paciente (cuando fue necesario se confirmó la información con un familiar) se recabaron las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, edad de inicio del padecimiento y número de hospitalizaciones.
- Escala de Autoeficacia General. Diseñada por Schwarzer y Jerusalem (1995) evalúa la confianza global que tienen las personas para enfrentarse a situaciones estresantes como único factor. La escala contiene 10 reactivos con frases generales sobre la confianza global de la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones. Los reactivos tienen un formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas etiquetadas: nunca, a veces, casi siempre y siempre, el sistema de puntuación asigna valores desde un punto (nunca) hasta cuatro puntos (siempre). La escala mostró un coeficiente alpha de .86 en muestra mexicana (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006).
- Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) que consta de 30 reactivos con 7 opciones de respuesta que van de 1= ausente a 7= extremo, dicha escala ha sido recientemente dividida en 5

factores: ocho reactivos para la subescala positiva, siete reactivos para la subescala negativa, siete para la cognitiva, cuatro para la subescala de excitabilidad y cuatro para la de ansiedad/depresión. Sus propiedades psicométricas ya han sido estudiadas en población mexicana presentando un alpha de Cronbach de .86 para los síntomas negativos, .89 para síntomas positivos, .81 para excitabilidad, .80 para síntomas cognitivos y .80 para ansiedad/depresión (Fresán et al., 2005).

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o GAF por sus siglas en inglés es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un continuum salud-enfermedad diseñada por la Asociación Psiquiátrica Americana que consta de un único ítem, el de la actividad global del paciente, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). La EEAG ha sido utilizada en México tanto para evaluar la recuperación del funcionamiento en pacientes con esquizofrenia (Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004) como para comparar los resultados con otras escalas (Robles, et al., 2007).

Procedimiento.

Los médicos tratantes de la Clínica de Esquizofrenia de un hospital de tercer nivel refirieron pacientes que cumplían con los criterios de inclusión a la investigadora quien les presentaba un consentimiento informado (Ver anexo 1) para

comunicarles sobre el estudio y los objetivos del mismo. A aquellos pacientes que aceptaron participar en la primera fase del estudio, la investigadora en conjunto con una alumna de maestría en psicología clínica y dos psiquiatras aplicaron las escalas PANSS, EAG, EEAG y la entrevista diseñada adhoc para conocer variables sociodemográficas y clínicas. Al sumar 100 pacientes, con los datos recabados se analizaron los puntajes en las escalas con la finalidad de conocer las interacciones entre autoeficacia, síntomas negativos, funcionamiento psicosocial, síntomas positivos y síntomas cognitivos, dicho análisis sirvió como pauta para realizar la adaptación breve a 12 sesiones de la TCC-R.

Escenario.

Consultorios de la clínica de esquizofrenia de un hospital de tercer nivel.

Análisis de Resultados.

Para el análisis estadístico de las variables del presente proyecto se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows P.C.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y porcentajes (para variables categóricas) y medias, desviaciones estándar y rangos (para variables continuas) con la finalidad de describir a la muestra de estudio.

Las relaciones entre autoeficacia general, sintomatología cognitiva, positiva, negativa y funcionamiento psicosocial se evaluaron con base en Correlaciones de Pearson.

Resultados

Se incluyeron 100 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con diagnóstico de esquizofrenia paranoide cuyas características sociodemográficas y clínicas se aprecian en las tablas que se muestran a continuación.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas

	n	%
Sexo		
Masculino	63	63
Femenino	37	37
Estado Civil		
Con pareja	15	15
Sin pareja	85	85
Ocupación		
No labora	42	42
Labora	39	39
Estudiante	6	6
Ama de casa	13	13
Hospitalizaciones		
Con hospitalizaciones	58	58
Sin hospitalizaciones	42	42
	Media	DE
Edad	36.6	10.6
Escolaridad (años terminados)	11.5	5.3
Inicio del padecimiento (años)	23.3	8.3

Se evaluó la gravedad sintomática por medio de las 5 subescalas del PANSS 5 Factores, el Funcionamiento Global por medio del GAF y la Autoeficacia a través de la Escala de Autoeficacia General obteniendo las medias descritas en la tabla que se muestra a continuación.

Tabla 2

Gravedad sintomática, funcionalidad y autoeficacia

Escala	Media	D.E.
PANSS		
Positivo	18.0	6.5
Negativo	21.1	5.8
Cognitivo	15.7	4.5
Excitabilidad	7.0	3.2
Depresión/Ansiedad	8.8	3.5
Total	71.2	15.4
Escala GAF		
Total	57.9	12.8
Escala de Autoeficacia General		
Total	26.7	5.6

Se observó una asociación inversa entre las subescalas de la PANSS con el funcionamiento psicosocial, indicativo de una mejor funcionalidad en presencia de una menor gravedad sintomática. Por su parte, la autoeficacia solo mostró correlaciones inversas con los síntomas positivos, cognitivos y gravedad total. Funcionamiento psicosocial y autoeficacia no mostraron asociación significativa (Tabla 3).

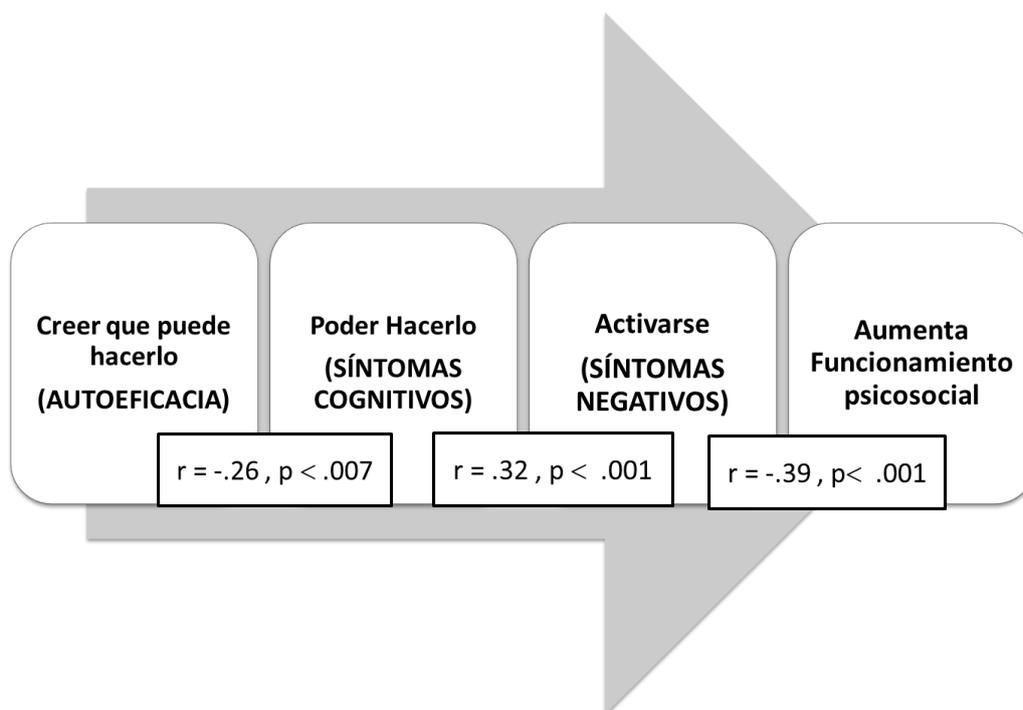
Tabla 3

Relación entre gravedad de síntomas, funcionalidad y autoeficacia

	Autoeficacia		Funcionalidad	
	r	p	r	p
PANSS Positivo	-0.26	<0.007	-0.56	<0.001
PANSS Negativo	-0.15	0.12	-0.39	<0.001
PANSS Cognitivo	-0.26	<0.007	-0.48	<0.001
PANSS Excitabilidad	-0.10	0.30	-0.34	<0.001
PANSS Ansiedad/Depresión	-0.06	0.54	-0.26	<0.007
PANSS Total	-0.26	<.008	-0.65	<0.001
Autoeficacia	--		0.12	0.22

Debido a que no se encontró una relación significativa entre autoeficacia y síntomas negativos, se exploró la variable que podría relacionarse con ambas, encontrando así que los síntomas cognitivos si tienen una relación significativa tanto con la autoeficacia como con los síntomas negativos, por lo que se presenta la secuencia de variables en la siguiente figura.

Figura 5. Secuencia de variables para elaborar la adaptación de la TCC-R



A partir de las correlaciones bivariadas se obtuvo un primer acercamiento para conocer la relación entre las variables y así diseñar la adaptación breve de la TCC-R (Ver anexo 2), las 12 sesiones de dicha adaptación se presentan a continuación.

Figura 6. Esquema general de las sesiones de adaptación breve de la Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la Recuperación

SESIONES DE ADAPTACIÓN BREVE DE LA TCC-R	
1	ENCUADRE
2	ENTREVISTA
3	PSICOEDUCACIÓN DE SÍNTOMAS NEGATIVOS
4	ANÁLISIS FUNCIONAL DE SÍNTOMAS NEGATIVOS
5	ABULIA
6	ANHEDONIA
7	ASOCIALIDAD
8	SÍNTOMAS COGNITIVOS Y AUTOEFICACIA
9	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
10	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
11	MANEJO DE SITUACIONES INESPERADAS
12	CIERRE Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Discusión

A partir del estudio clínico controlado publicado por Grant, et al., 2012, en donde se reporta una reducción significativa de la abulia y un aumento en el funcionamiento psicosocial de pacientes con predominio de síntomas negativos y bajo funcionamiento después de recibir Terapia cognitivo-conductual orientada a la recuperación (TCC-R) conformada por 50 sesiones que equivalen a 18 meses de tratamiento, el objetivo de esta primera fase del estudio fue evaluar la relación entre las variables del modelo de la TCC-R para realizar una adaptación breve en México dirigida a disminuir la gravedad de los síntomas de esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial.

Dentro de las variables del modelo de la TCC-R (ver figura 2) se encuentran los síntomas cognitivos, positivos, negativos y el funcionamiento psicosocial, otra variable que toma en cuenta el modelo son las distorsiones cognitivas, sin embargo, en este trabajo no se evaluaron las distorsiones cognitivas debido a que se tenía la hipótesis de que dichas distorsiones podrían traducirse en baja autoeficacia.

Una de las razones más importantes para hipotetizar que la autoeficacia tendría una relación con los síntomas negativos surgió de la investigación de Pratt, Mueser, Smith y Lu (2005) en donde concluyeron que los síntomas negativos mediaban la relación entre la autoeficacia y el funcionamiento de pacientes con esquizofrenia. No obstante, en el presente estudio se encontró que la autoeficacia se relaciona con los síntomas positivos, cognitivos y con la gravedad sintomática global, pero que no se relaciona con los síntomas negativos. A partir de los análisis realizados en esta primera fase, se dedujo que si el paciente cree que puede hacerlo (autoeficacia) esto se relaciona con que pueda hacerlo (síntomas cognitivos), si puede hacerlo se activará más (disminución de síntomas negativos) y

al estar más activado incrementará su funcionamiento psicosocial. Por lo tanto, los resultados de la presente investigación sugieren que los síntomas cognitivos pueden ser una variable intermedia entre la autoeficacia y los síntomas negativos y que estos últimos, se relacionan de manera negativa con el funcionamiento psicosocial.

Se rechazó la hipótesis de esta primera fase en la que se planteaba que la autoeficacia estaría relacionada de manera inversa con los síntomas de esquizofrenia y con el funcionamiento psicosocial, debido a esto se puede concluir que para el paciente con esquizofrenia quizás no es suficiente creer que puede hacerlo, es necesario ayudarlo a que pueda hacerlo y esto se logra a través del trabajo directo con los síntomas cognitivos y a través de los ensayos conductuales durante la consulta.

Respecto a la segunda hipótesis de esta primera fase se encontró que, efectivamente, la gravedad de los síntomas negativos, cognitivos y positivos se relacionan de forma inversa con el funcionamiento psicosocial, es decir que para lograr el aumento del funcionamiento es necesario incluir técnicas cognitivo conductuales dirigidas a disminuir sintomatología negativa, cognitiva y positiva.

A partir de los resultados ya descritos se diseñó la adaptación breve de TCC-R conformada por 12 sesiones en las que con la finalidad de incrementar el funcionamiento se incluyeron técnicas cognitivo conductuales dirigidas a disminuir todos los síntomas de esquizofrenia.

Cabe hacer énfasis en el orden entre las sesiones 1 y 2, a diferencia de la mayoría de las intervenciones en donde el Pretest se hace en la primer sesión, en este estudio se realizó durante la segunda sesión debido a que la TCC-R plantea como punto clave para construir motivación para la terapia que, como primer

actividad, se planteen los objetivos a largo plazo (Beck, Rector, Stolar, y Grant, 2010); así la sesión 1 consistió en construir de manera conjunta *paciente-terapeuta* los objetivos motivadores del paciente y la sesión 2 consistió en que una psicóloga aplicara PANSS, GAF y EAG para posteriormente la terapeuta cerrar la sesión haciendo conclusiones con el paciente acerca de cuáles de las características y síntomas mencionados durante la evaluación pudieran ser obstáculos dignos a tratar para llegar al objetivo a largo plazo planteado durante la sesión 1.

Debido a que el tratamiento diseñado va dirigido a pacientes con predominio de síntomas negativos y debido también a la relación existente entre el funcionamiento psicosocial y estos síntomas (Fuller, Schultz y Andreasen, 2003), las sesiones 3 ,4 ,5 ,6 y 7 tuvieron como tema los síntomas negativos: psicoeducación de síntomas negativos, análisis funcional de síntomas negativos, abulia, anhedonia y asocialidad. Recordemos que los síntomas cognitivos resultaron relacionados tanto con autoeficacia como con síntomas negativos, razón por la que en la sesión 8 se enfatizó en la relación entre síntomas cognitivos y autoeficacia.

Debido a la relación encontrada entre los síntomas cognitivos y el funcionamiento psicosocial y al énfasis que los resultados nos sugieren acerca de que para el paciente con esquizofrenia no es suficiente creer que puede hacerlo sino guiarlo para que lo haga, durante la sesión 9 se elaboró un plan de actividades en el que dentro de la sesión se ensayaban las actividades que podrían dificultárseles para llevar a cabo el plan (ej. doblar ropa, hacer crucigramas, utilizar el correo electrónico, etc.). La sesión 10 fue un complemento de la sesión previa ya que se analizaban aquellos pensamientos automáticos que surgieron a lo largo de la semana dificultando el cumplimiento del plan en su totalidad y dentro de esta sesión se realizaba un debate con el fin de reestructurar dichos pensamientos.

Resultó relevante la relación entre el reactivo “Tengo confianza en manejar situaciones inesperadas” y los síntomas negativos, por lo que el tema de este reactivo se trabajó en la sesión 11. Debido a que también se encontró relación entre los síntomas positivos y la autoeficacia, y entre ansiedad/depresión y excitabilidad con el funcionamiento psicosocial, se tomó la decisión de que las situaciones inesperadas fueran: situaciones generadoras de ansiedad, situaciones generadoras de enojo y alucinaciones, estos 3 temas se trabajaban dependiendo las características clínicas de cada paciente, es decir si presentaban déficit en el manejo de la ansiedad, déficit en el manejo de la ira y/o alucinaciones.

Durante la última sesión se utilizó el argumento de que los pacientes habían logrado concluir con éxito un programa con duración de tres meses con la finalidad de afianzar la reestructuración de la idea de que ellos son incapaces de terminar cualquier proyecto, así mismo después del postest se hizo un recuento de las metas alcanzados a lo largo del tratamiento con el fin de seguir proyectando dichos logros.

En la segunda fase del estudio que se describe a continuación, se aplicó esta adaptación breve de TCC-R con el fin de probar su eficacia en pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos.

Fase 2

Método

Objetivos.

- Evaluar la eficacia de la adaptación de la TCC-R para disminuir la gravedad de los síntomas de esquizofrenia e incrementar el funcionamiento psicosocial impulsando la recuperación de los pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos.

Hipótesis.

- La TCC-R breve es efectiva para impulsar la recuperación del paciente con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos al disminuir la gravedad de los síntomas e incrementar el funcionamiento psicosocial.

Participantes.

Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos de un hospital de tercer nivel en México, 16 en intervención y 16 controles.

Muestra.

El tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia

Criterios de Inclusión.

- Pacientes con esquizofrenia paranoide diagnosticados por medio del DSM-IV-TR por los médicos de la clínica de esquizofrenia de un hospital de tercer nivel en México.
- Edad de 18 a 65 años.
- Saber leer y escribir.
- Hubieran leído y firmado el consentimiento informado del estudio (cuidados éticos).
- Predominio de síntomas negativos, porcentaje mayor de síntomas negativos en el PANSS.
- Tratamiento farmacológico estable (dos meses con el mismo medicamento y dosis).

Criterios de Exclusión.

- Que presentaran sintomatología positiva que impidiera la concentración en la entrevista.
- Que presentaran agitación, agresión o ideación suicida que impidiera la evaluación.

Criterios de Eliminación.

- Que el paciente revocara el consentimiento informado para participar en el estudio.

- Que el paciente no completara la totalidad de los instrumentos de evaluación.
- Aumento en la dosis de medicamentos durante el estudio

Diseño.

En esta segunda fase se realizó un diseño con preprueba-postprueba y grupo de control (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Por medio de una lista de espera.

Condición experimental: R O₁ X₁ O₂

Condición Lista de espera: R O₃ O₄ X₁ O₅

Variables.

Definiciones conceptuales.

- Síntomas Negativos. Disminución o ausencia de una función, se clasifican en inatención, anhedonia, asociabilidad, abulia, alogia y aplanamiento afectivo (Sadock y Grebb, 1994).
- Síntomas Positivos. Distorsión o exageración de una función, usualmente ocurren en los estados iniciales de la enfermedad, y en las fases de recaída o crisis (Sadock y Grebb, 1994).

- Síntomas Cognitivos. Alteraciones en procesos cognitivos elementales (Roder, et al., 2011).
- Funcionamiento Psicosocial. “Los roles que desempeña el sujeto, en su relación con otros individuos y en el medio en el que se desenvuelve” (Valencia, 1996).
- Adaptación breve de la terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación: TCC-R (Grant, et al., 2012).

Definiciones operacionales.

- Síntomas negativos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología negativa de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).
- Síntomas positivos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología positiva de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).
- Síntomas cognitivos. Puntaje obtenido en la subescala de sintomatología cognitiva de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).
- Funcionamiento psicosocial. Puntaje en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o GAF por sus siglas en inglés y puntaje del 1 al 10 en la escala subjetiva de recuperación de funciones del paciente.
- Adaptación de la TCC-R: constó de 12 sesiones individuales, semanales de 50 minutos cada una (ver Figura 6).

Materiales e instrumentos.

- Entrevista de variables sociodemográficas y clínicas. Se construyó una entrevista estructurada, directamente aplicada al paciente en donde se

recabaron las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, edad de inicio del padecimiento y número de hospitalizaciones.

- Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) que consta de 30 reactivos con 7 opciones de respuesta que van de 1= ausente a 7= extremo, dicha escala ha sido recientemente dividida en 5 factores: ocho reactivos para la subescala positiva, siete reactivos para la subescala negativa, siete para la cognitiva, cuatro para la subescala de excitabilidad y cuatro para la de ansiedad/depresión. Sus propiedades psicométricas ya han sido estudiadas en población mexicana presentando un alpha de Cronbach de .86 para los síntomas negativos, .89 para síntomas positivos, .81 para excitabilidad, .80 para síntomas cognitivos y .80 para ansiedad/depresión (Fresán, et al., 2005)
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o GAF por sus siglas en inglés es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un continuum salud-enfermedad diseñada por la Asociación Psiquiátrica Americana que consta de un único ítem, el de la actividad global del paciente, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). La EEAG ha sido utilizada en México tanto para evaluar la recuperación del funcionamiento en pacientes con esquizofrenia (Valencia, Ortega-Soto, Rodríguez y Gómez, 2004) como para comparar los resultados con otras escalas (Robles, et al., 2007).

- Evaluación subjetiva de recuperación con un rango del 1 (ninguna) al 10 (mucho) en donde cada paciente valoró su estado de recuperación a partir de la última crisis, antes y después de las 12 sesiones de terapia. El paciente respondía a la pregunta ¿Qué tan recuperado te sientes a partir de la última crisis?

Procedimiento.

Los médicos tratantes de la clínica antes mencionada detectaron durante las consultas a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para participar en la segunda fase del estudio. A estos pacientes, la investigadora les presentó un consentimiento informado (Ver anexo 3) invitándolos a participar en la adaptación de la TCC-R, explicándoles que asistirían a una consulta individual y semanal de 50 minutos durante 12 sesiones (lo equivalente a tres meses), los pacientes que aceptaron formaron parte del grupo experimental, al momento de conformar 16 pacientes los demás fueron parte del grupo control a quienes se les realizó la pre-evaluación y tres meses después (equivalentes a las 12 sesiones) la post-evaluación, además de recibir el tratamiento en caso de solicitarlo. Una vez firmado el consentimiento informado, una alumna de maestría en psicología entrenada previamente para la aplicación de las escalas les aplicó a todos los pacientes una pre-evaluación por medio de las escalas PANSS, EEAG, y la entrevista para datos sociodemográficos con la finalidad de que el evaluador fuera independiente del investigador/terapeuta, el cual no conocería las puntuaciones obtenidas en las escalas (ciego). A medida que los pacientes experimentales iban cumpliendo con las 12 sesiones de tratamiento la alumna de maestría en psicología realizaba la post-evaluación aplicando las mismas escalas antes mencionadas, así mismo aplicó

dichas escalas a los pacientes del grupo control 3 meses después de la evaluación inicial.

Respecto al grupo experimental, al inicio y al final de las 12 sesiones de la adaptación de TCC-R se pidió a los pacientes que calificaran en una escala del 1 al 10 en cuánto se encontraba su estado de recuperación a partir de la última crisis con la finalidad de ser congruentes con el modelo de recuperación, el cual plantea que debe ser visto como un continuo con recaídas ocasionales, en donde el paciente determina su propio patrón de recuperación.

Análisis Estadístico.

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Las comparaciones de las características basales entre el grupo de pacientes control y el grupo de pacientes que recibieron la intervención TCC-R se utilizaron la Chi cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y la t de Student para muestras independientes para contrastes continuos.

Para las comparaciones en el tiempo, se realizó un modelo lineal general utilizando un modelo de ANCOVA, con el status basal como covariable de interés y los cambios en el tiempo en la gravedad sintomática y funcionamiento psicosocial como parámetros de desenlace. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

Para conocer la magnitud de la efectividad de la intervención se calculó el tamaño del efecto para cada variable que resultara en un cambio significativo con el tiempo y entre grupos.

Resultados

La segunda fase se llevó a cabo con 32 sujetos de los cuales 16 formaron parte del grupo experimental y 16 al grupo control, sus características demográficas se muestran a continuación.

Tabla 4

Características sociodemográficas y clínicas entre grupo control y experimental

	Grupo Control		Grupo Experimental		Estadística
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	8	50	10	62.5	$\chi^2=0.5$, 1 gl, $p=0.47$
Mujer	8	50	6	37.5	
Estado Civil					
Con pareja	5	31.3	2	12.5	$\chi^2=1.6$, 1 gl, $p=0.20$
Sin pareja	11	68.8	14	87.5	
Ocupación					
Con ocupación	6	37.5	6	37.5	$\chi^2=0.01$, 1 gl, $p=1.00$
Sin ocupación	10	62.5	10	62.5	
	Media DE		Media DE		
Edad	32.9	10.0	33	10.0	$t=0.1$, 30gl, $p=0.98$
Escolaridad	9.8	3.0	12	3.2	$t=1.9$, 30gl, $p=0.058$
No. Hospitalizaciones	0.6	0.8	2.0	2.7	$t=2.0$, 30gl, $p=0.058$

Se evaluaron las diferencias clínicas entre los grupos antes de la intervención (TCC-R) comprobando que estos fueron homogéneos en funcionamiento psicosocial y síntomas de esquizofrenia, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5

Gravedad de síntomas y funcionamiento psicosocial entre pacientes experimentales y controles durante el Pretest

Pretest	Experimental		Control		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
PANSS	70.6	10.6	73.3	11.6	t=-0.6, 30gl, p= 0.49
Síntomas positivos	16.8	3.7	17.1	5.3	t=-0.1, 30gl, p= 0.87
Síntomas negativos	21.0	3.8	23.6	3.7	t=-1.9, 30gl, p= 0.06
Síntomas cognitivos	16.5	3.0	15.6	2.4.	t= 0.6, 30gl, p= 0.50
Excitabilidad	7.4	1.7	6.0	2.4	t=1.8, 26.7gl, p=0.07
Ansiedad/Depresión	8.8	1.7	10.6	2.8	t=-1.0, 30gl, p= 0.29
Funcionamiento Psicosocial	60.5	10.5	58.8	11.7	t=-1.0, 30gl, p= 0.29

Se realizaron comparaciones entre grupos y en el tiempo mediante un modelo de ANCOVA, en donde se reflejaron los cambios reportados en la tabla que se encuentra a continuación.

Tabla 6

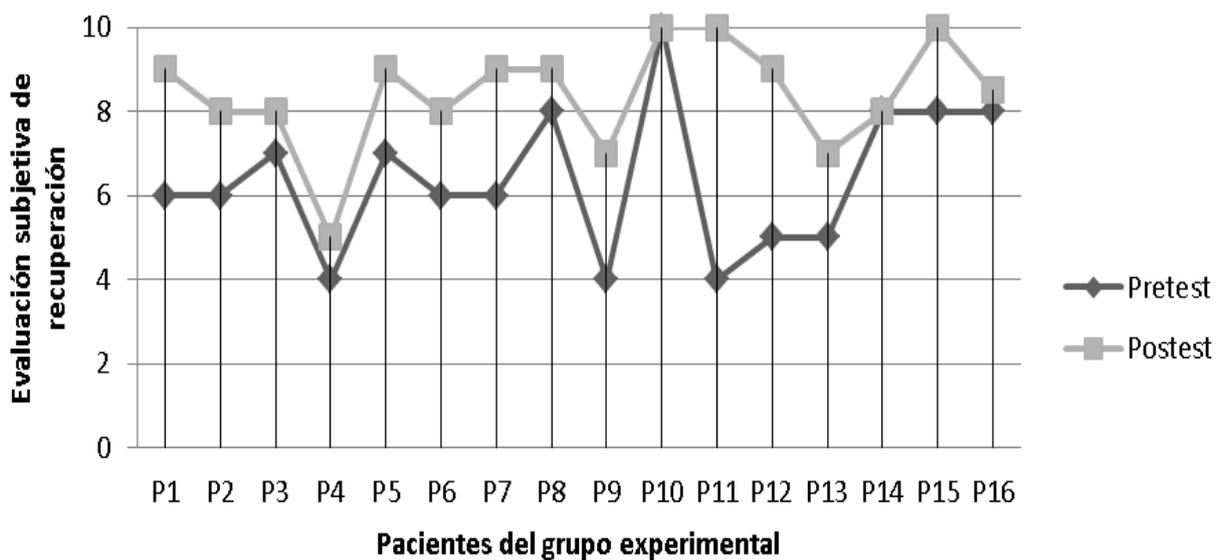
Cambio en las medias desde la línea base en las escalas utilizadas para evaluar la eficacia de la TCC-R

	Experimental		Control		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
PANSS					
Línea Base	70.6	10.6	73.3	11.6	Tiempo F=22.8, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-10.5	7.2	-1.5	12.2	Grupos F=15.1, 1gl, p<0.01
Positivos PANSS					
Línea Base	16.8	3.7	17.1	5.3	Tiempo F =35.1, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-0.4	2.2	0.5	5.1	Grupos F =1.2, 1gl, p= 0.26
Negativos PANSS					
Línea Base	21.0	3.8	23.6	3.7	Tiempo F=36.3, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-4.7	3.7	-3.6	3.6	Grupos F=10.1, 1gl, p<0.004
Cognitivos PANSS					
Línea Base	16.5	3.0	15.6	4.2	Tiempo F=20.4, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-2.1	2.7	1.4	3.4	Grupos F=13.1, 1gl, p<0.001
Excitabilidad PANSS					
Línea Base	7.4	1.7	6.0	2.4	Tiempo F=39.9, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-0.5	1.7	2.5	2.9	Grupos F=9.4, 1gl, p<0.005
Ans/Dep PANSS					
Línea Base	8.8	1.7	10.6	2.8	Tiempo F=34.7, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	-1.3	1.7	-1.4	3.7	Grupos F=4.3, 1gl, p<0.04
Func. Psicosocial					
Línea Base	60.5	10.5	58.8	11.7	Tiempo F=18.9, 1gl, p<0.001
Cambio promedio	6.3	5.9	0.5	10.7	Grupos F=7.2, 1gl, p<0.01

A los 16 pacientes que conformaron el grupo experimental y que por tanto fueron participantes en la intervención, se les solicitó que evaluaran del 0 al 10 su estado de recuperación a partir de la última crisis antes y después de la intervención, en la siguiente figura se muestran las respuestas de cada paciente comparando los resultados del Pretest con los del Postest.

Figura 7.

Comparación Pretest y Postest de la autoevaluación del estado subjetivo de recuperación en los pacientes del grupo experimental



Se calculó el tamaño del efecto de las variables cuyo cambio resultó significativo como se reporta en la siguiente tabla.

Tabla 7

Tamaño del efecto de la intervención en las variables en las que se encontraron cambios significativos en el tiempo y entre grupos.

	Tamaño del Efecto (<i>d</i> de Cohen)
PANSS Total	<i>d</i> = 1.39
Síntomas negativos	<i>d</i> = 1.49
Síntomas cognitivos	<i>d</i> = 0.97
Excitabilidad	<i>d</i> = 1.12
Funcionamiento psicosocial	<i>d</i> = 2.49

Interpretación del tamaño de la *d* de Cohen: efecto insignificante (≤ -0.15); efecto pequeño ($\geq .15$ y $<.40$); efecto mediano ($\geq .40$ y $<.75$); efecto grande ($\geq .75$ y <1.10); efecto muy grande (≥ 1.10 y <1.45); efecto enorme >1.45 (Thalheimer y Cook, 2002)

Discusión

La segunda fase del presente estudio consistió en comparar la gravedad de síntomas de esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial antes y después de la intervención entre los pacientes del grupo que participó en la adaptación de la TCC-R y los pacientes con el tratamiento usual de la clínica de esquizofrenia, todos ellos con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y predominio de sintomatología negativa.

Al comparar los datos demográficos y clínicos de ambos grupos antes de la intervención de TCC-R, no se encontraron diferencias entre grupos, lo cual brindó un control adicional a los posibles cambios que pudieran observarse tras la intervención. De forma adicional, se observa como los datos son similares a lo reportado en la literatura en México, en donde los pacientes en su mayoría son solteros y sin una ocupación económicamente remunerada. (Apiquián, et al., 2001). Además, si comparamos estos datos sociodemográficos con los datos de un meta-análisis desarrollado a partir de 106 estudios publicados en distintos países acerca de la efectividad de tratamientos psicosociales en esquizofrenia (Mojtabai, Nicholson y Carpenter, 1998) se pueden observar consistencias en torno a la totalidad de la muestra incluida y la muestra empleada en el presente estudio, donde los pacientes se encontraban en la primera mitad de la década de los 30, con una escolaridad promedio de bachillerato inconcluso y con reporte de hospitalizaciones previas, los datos sociodemográficos y clínicos son muy parecidos a los datos presentados en otros países, lo cual convierte esta investigación en un estudio comparable con cualquier investigación internacional.

El grupo experimental y el grupo control resultaron homogéneos respecto a la gravedad de los síntomas de esquizofrenia al inicio del estudio, sin embargo,

posterior al tratamiento, al hacer las comparaciones entre grupos y en el tiempo hubo una mayor reducción en el grupo de pacientes que recibieron la TCC-R, indicando que la adaptación de la TCC-R tuvo influencia en la reducción de la sintomatología de esquizofrenia, las diferencias en la disminución de la gravedad de los síntomas entre el grupo que recibió el tratamiento usual y el grupo que recibió el tratamiento habitual más la TCC-R es congruente con los meta-análisis respecto al efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia en donde se reporta de manera repetida que la Terapia Cognitivo Conductual es el estilo de terapia que mejores resultados tiene con este tipo de pacientes, es decir que para obtener mejores resultados en la disminución de síntomas de esquizofrenia es preciso combinar tratamiento farmacológico y tratamiento psicosocial específicamente de corte cognitivo conductual.

Recordando que el principal objetivo de la TCC-R es incrementar el funcionamiento psicosocial ya que es uno de los principales indicadores de recuperación en pacientes con esquizofrenia, se aceptó la hipótesis de que la intervención resultaría efectiva para aumentar funcionamiento psicosocial al observar que hubo diferencias en el tiempo en ambos grupos pero mayor en el grupo de intervención, además la desviación estándar del grupo control sugiere que la puntuación de los pacientes que únicamente recibieron el tratamiento habitual fue muy variada, sin embargo respecto a los pacientes que formaron parte de la TCC-R el incremento en la funcionalidad fue una constante para todos, por lo que podemos concluir que la adaptación de la TCC-R le brinda herramientas al paciente para mejorar su funcionamiento y por tanto reintegrarse de una mejor forma a la comunidad. Además, la adaptación de la TCC-R colocó a los pacientes dentro de los parámetros de recuperación de Torgalsboen (1999), quien incluye en su

definición de recuperación el funcionamiento psicosocial en un rango de 65 o más en la escala de funcionamiento global (GAF) ya que durante el pretest los pacientes del grupo experimental puntuaron con una media de 60.5 y aumentaron a 66.8 al finalizar la intervención psicosocial. El tamaño del efecto conseguido en la variable del funcionamiento psicosocial considerado como enorme según la clasificación de Cohen (Thalheimer y Cook, 2002) indica que esta adaptación fue muy exitosa respecto a esta variable y mayor al de muchas otras investigaciones reportadas en la literatura en las que generalmente se reportan tamaños de efecto que van de pequeños a medianos (Pfammatter, et al., 2006) con lo cual confirmamos que la adaptación de la TCC-R aumentó de manera significativa el funcionamiento psicosocial que tanto se encuentra relacionado con la recuperación de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Lo más probable, es que la eficacia de la intervención en el funcionamiento psicosocial de los pacientes se deba a que va dirigida a disminuir todos los síntomas de esquizofrenia y no como la mayoría de las intervenciones que se enfocan únicamente a un sólo síntoma. A partir de la primera fase del estudio se concluyó que la gravedad de los síntomas negativos, cognitivos y positivos se relacionan de forma inversa con el funcionamiento psicosocial, es decir que para lograr el aumento del funcionamiento es necesario incluir técnicas cognitivo conductuales dirigidas a disminuir sintomatología negativa, cognitiva y positiva, razón por la cual se diseñó la adaptación breve de TCC-R conformada por 12 sesiones en las que con la finalidad de incrementar el funcionamiento se incluyeron técnicas cognitivo conductuales dirigidas a disminuir todos los síntomas de esquizofrenia y no únicamente los negativos.

Respecto a la gravedad de los síntomas de esquizofrenia en conjunto que fue evaluada con la puntuación total de la PANSS podemos concluir que existió una

muy clara diferencia entre los grupos, ambos mejoraron como era de esperarse ya que los pacientes del grupo control son parte del tratamiento usual de la clínica de esquizofrenia, sin embargo la disminución de la gravedad de los síntomas de los pacientes que acudieron a la terapia fue claramente mayor que los que no asistieron. Respecto al tamaño del efecto en los síntomas de esquizofrenia en esta investigación resultó “muy grande”, si comparamos este dato con lo reportado en la literatura observamos que intervenciones como el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y la terapia cognitivo conductual para síntomas positivos generalmente reportan tamaños de efecto mucho menores, cabe mencionar que también se han reportado investigaciones en las que el tamaño del efecto en la calificación total del PANSS es mayor a la encontrada en este proyecto, Valencia, Lieberman, Rascón y Juárez (2012) reportan un tamaño del efecto “enorme” en la puntuación total del PANSS después de aplicar un programa con un diseño innovador y original para el aprendizaje de habilidades psicosociales aplicado en población mexicana. Sin embargo, los pacientes con predominio de síntomas negativos se han mostrado refractarios al EHS (Kopelowicz, Wallace y Zarate, 1998), lo cual muestra que se requiere un replanteamiento de la aplicabilidad de este tipo de tratamiento para pacientes con deterioro neurocognitivo que limita el potencial de aprendizaje del paciente y los resultados de este trabajo apuntan a que la TCC-R es una buena opción ante estos casos.

Uno de los principales objetivos del presente estudio era disminuir la gravedad de los síntomas negativos, ya que como se ha mencionado existe una falta de tratamientos viables y eficaces para los síntomas negativos de la esquizofrenia (Turkington y Morrison, 2011), además se ha demostrado que estos síntomas son un indicador pronóstico de un funcionamiento social y laboral

empobrecido, así como de una menor calidad de vida (Fuller, Schultz y Andreasen, 2003) Los resultados de este estudio demuestran que el cambio en los síntomas negativos se dio en ambos grupos en el tiempo, pero este fue mayor en aquellos que recibieron la intervención, es decir tanto los pacientes del grupo que recibió el tratamiento usual como los pacientes que formaron parte de la terapia disminuyeron sus síntomas negativos, pero esta disminución fue mayor en el grupo de la TCC-R tal como se planteó en la hipótesis. El tamaño del efecto de la intervención en cuanto a sintomatología negativa se clasifica como “enorme” (Thalheimer y Cook, 2002), comparando estos resultados con los de algunos meta-análisis encontramos que la mayoría de los estudios no evalúan síntomas negativos y los que la evalúan reportan tamaños del efecto menores al encontrado en el presente estudio (Pfammatter, et al.,2006; Kurtz y Mueser, 2008). Debido a que el tratamiento diseñado va dirigido a pacientes con predominio de síntomas negativos y debido también a la relación existente entre el funcionamiento psicosocial y estos síntomas (Fuller, Schultz y Andreasen, 2003), la mayoría de las sesiones de la adaptación tuvieron como tema los síntomas negativos: psicoeducación de síntomas negativos con el objetivo de que el paciente reestructurara la etiquetación negativo (flojo, tonto, loco, etc.) al saber que se tratan de síntomas muy comunes ante este diagnóstico; análisis funcional de síntomas negativos con el fin de conocer las consecuencias reforzantes de sus conductas de evitación; una sesión completa para cada síntoma negativo para trabajar la abulia enseñándole al paciente a repasar mentalmente los pasos para realizar una actividad y a anticipar situaciones inesperadas que pudieran hacerlo evitar la culminación de la actividad, anhedonia se trabajó mediante una actividad que le pareciera agradable al paciente y al realizarla dentro de la sesión se puso especial énfasis en que el paciente si siente

placer pero le es muy difícil tanto anticiparlo como recordarlo y por último asocialidad en donde se realizó la técnica de desempeño de roles con el fin de ensayar conductas sociales que el paciente llevaría a cabo en su entorno real. Los resultados de este estudio comprueban que la TCC-R es una alternativa viable y eficaz para el tratamiento de la sintomatología negativa, las investigaciones respecto a la efectividad de la TCC-R se están publicando a nivel internacional, un estudio piloto en Holanda publica los resultados de una adaptación de TCC-R dirigida específicamente a síntomas negativos llamada TCC-n conformada por 20 sesiones (Staring, Huurne y Gaag, 2013), los resultados del estudio mencionado fueron bastante alentadores respecto a la adaptación de la TCC-R y la disminución de la sintomatología negativa presentando un tamaño del efecto que entra en la clasificación de “muy grande” ($d=1.26$), este resultado es muy similar al encontrado en nuestro estudio con la diferencia de que en esta adaptación se incluyó también el trabajo de los síntomas cognitivos y positivos.

Un reto a vencer en la muestra de estudio era el predominio de síntomas negativos, lo cual dificulta la asistencia del paciente a todas las sesiones de terapia, que en este caso consistía en asistir una vez a la semana durante tres meses, afortunadamente ninguno de los pacientes que participaron en la terapia desertó lo que implica que el objetivo terapéutico de captar la asistencia y motivar al paciente para asistir a la terapia funcionó, en gran parte gracias a que fue diseñada con los principios de la TCC-R que consisten en que el paciente tenga una participación activa dentro del proceso terapéutico y al orden que se cuidó en las sesiones, ya que la primera sesión consistió en implementar el objetivo a largo plazo y hasta la segunda sesión se realizó el pretest con el fin de poner especial atención en que el paciente se motivara y comprometiera a asistir a las 12 sesiones. En este trabajo se

apoya la conclusión de Schrank y Slade (2007) quienes afirman que adoptar un enfoque orientado a la recuperación en paciente con esquizofrenia implica una modificación en los objetivos de los servicios de salud mental, y que este cambio debe consistir en que el objetivo se centre en las metas propuestas por el paciente mismo en un ambiente de respeto a sus derechos, y en que los profesionales de la salud mental redefinan su rol de expertos en trastornos mentales a un rol de acompañantes con relaciones igualitarias con los pacientes, logrando con esta postura mejores resultados en el tratamiento de la sintomatología de esquizofrenia. Después de comparar ambos grupos respecto a los síntomas cognitivos, los datos arrojaron que los pacientes que recibieron la intervención tuvieron una reducción en la gravedad de estos síntomas, mientras que los controles tuvieron un ligero aumento en la gravedad en el tiempo. Una explicación sería que los síntomas cognitivos resultaron una pieza importante desde la primera fase y esto es congruente con lo descrito por Beck, Rector, Stolar, y Grant (2010) quienes afirman que los síntomas negativos se desarrollan debido a que los pacientes con esquizofrenia presentan limitación en los recursos cognitivos y que estos sumados a factores estresantes dan como resultado la reducción de recursos cognitivos y capacidad integrativa y que por tal decremento los pacientes tienden al ahorro de recursos cognitivos desarrollando así síntomas negativos. Desde la primera fase se encontró que para el paciente con esquizofrenia quizás no es suficiente creer que puede hacerlo, es necesario ayudarlo a que pueda hacerlo y esto se logró a través del trabajo directo con los síntomas cognitivos y a través de los ensayos conductuales durante la consulta.

La importancia que recae en los síntomas cognitivos en este trabajo es congruente con lo reportado en la literatura ya que la investigación sobre los

trastornos cognitivos en la esquizofrenia ha tenido un gran auge a partir de que el modelo del funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia incluye el funcionamiento premórbido, los síntomas negativos y el funcionamiento cognitivo como predictores del funcionamiento psicosocial (Lieberman, et al., 1986)., tanto que existen investigadores que postulan a dichos trastornos como puntos nodales de la enfermedad (Pardo, 2005) y en las que se ha reportado que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits cognitivos en la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo y que dichas alteraciones se asocian con los déficits en el funcionamiento social, ocupacional y en la capacidad de vivir independientemente viéndose afectada la calidad de vida (Barrera, 2006). Así mismo, Lieberman y Kopelowicz (2004) concluyen que en conjunto con los síntomas negativos, los síntomas cognitivos interfieren directamente con la dificultad para una vida independiente afectando de manera directa al funcionamiento psicosocial.

Siguiendo con los síntomas cognitivos, los resultados en este trabajo pueden compararse en efectividad con los encontrados en publicaciones que aplican Rehabilitación Cognitiva, que es el tipo de psicoterapia psicosocial que si está dedicado de manera específica al tratamiento de dichos síntomas, en el meta-análisis de Kurtz y Mueser (2008), se reporta un tamaño del efecto “grande” a partir del análisis de 26 estudios en los que se aplicaba Rehabilitación Cognitiva; la similitud en los resultados nos invita a concluir que si bien es importante intervenir de manera directa con los síntomas cognitivos, no es necesario hacerlo en todas las sesiones de la intervención y de esta forma incluimos también el trabajo directo con los otros síntomas de esquizofrenia logrando mejores resultados globales ya que la terapia orientada al deterioro cognitivo ha mostrado buenos resultados en la

sintomatología cognitiva pero poca reducción en sintomatología general y en especial en síntomas negativos (Pfammatter, et al., 2006).

En cuanto a la excitabilidad, en ambos grupos se observaron cambios, pero los cambios en el grupo experimental consistieron en una reducción, mientras que los cambios en el grupo control consistieron en un aumento de la misma, es decir que la tendencia de los pacientes es a que aumente su irritabilidad y que la aplicación de la adaptación de la TCC-R les sirvió no solo para controlarla sino para disminuirla. Recordemos que la sesión #11 llamada “Manejo de situaciones inesperadas” tomaba en cuenta el manejo del enojo durante una situación inesperada y que esta decisión se tomó ya que durante la fase 1 se encontró que la excitabilidad estaba relacionada con el funcionamiento psicosocial. No se encontraron meta-análisis de tratamientos psicosociales para pacientes con esquizofrenia que evalúen el impacto en esta característica, los resultados reflejados en esta variable merecen una atención especial en futuras investigaciones debido a la fuerte relación que existe entre el manejo de la excitabilidad del paciente y su inserción a la comunidad. Incluso, en un estudio reciente realizado por Valencia (2015) la excitabilidad resultó un predictor de remisión funcional por lo que pueden resultar de suma relevancia los hallazgos de este estudio respecto a dicho síntoma.

No se encontraron cambios significativos en cuanto a la gravedad de los síntomas positivos, lo cual pudo deberse a que las intervenciones dirigidas a los síntomas positivos estaban encaminadas a hacer funcionar al paciente y no a que estos disminuyeran, es decir únicamente se trabajó con los delirios y las alucinaciones que afectaran de manera directa los síntomas negativos del paciente.

Aunque existió una reducción de la depresión/ansiedad en ambos grupos en el tiempo, cabe resaltar que se observó una mayor variabilidad en la gravedad de estos síntomas en el grupo control, lo que puede indicarnos que aunque la intervención no es la responsable de disminuir la gravedad de estos quizá les brinda herramientas para manejarlos mejor, recordemos que la sesión #11 “Manejo de situaciones inesperadas” también contemplaba el trabajo de la sintomatología de ansiedad, en las sesiones #9 “Programación de actividades” y #10 “Pensamientos automáticos” son 2 sesiones en las que se trabajan técnicas que están planteadas en el Manual de Depresión de Beck, et al. (1979), Programación de actividades como técnica conductual para activar al paciente y Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos para combatir la triada cognitiva que consiste en pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro, cabe mencionar que la sintomatología de depresión/ansiedad en pacientes con esquizofrenia es un punto de interés a tratar en futuras investigaciones ya que difícilmente se evalúan en las investigaciones que prueban la efectividad de intervenciones psicosociales y cuando son evaluadas, como en el caso del meta-análisis de Mojtabai, Nicholson y Carpenter (1998) reportan poco cambio.

Hasta el momento son pocas las investigaciones publicadas acerca de la efectividad de la TCC-R (Grant, et al., 2012 y Staring, Huurne y Gaag, 2013), sin embargo todas son compatibles con los resultados de este trabajo al reportar cambios mayores que cualquier otro tipo de tratamiento psicosocial, esto se puede deber a que están orientadas a la recuperación, es decir: el paciente determina su propio patrón de recuperación y esto le brinda la oportunidad de participar de manera más activa en su tratamiento, además el concepto de recuperación es no lineal ya que es vista como un continuo con recaídas ocasionales lo que puede

lograr que el paciente tenga una mayor motivación para recibir y aceptar el apoyo de profesionales de la salud mental.

Los síntomas negativos, cognitivos y el funcionamiento psicosocial se encuentran relacionados directamente con la recuperación en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Lieberman y Kopelwicz, 2004) y debido a la reconceptualización del término recuperación es necesario realizar más investigaciones alrededor de intervenciones que consideren como prioridad las metas propuestas por el propio paciente, en un ambiente de respeto a sus derechos, con el terapeuta como acompañante en el camino a su recuperación; uno dirigido a restituir sus capacidades y a ejercer su máximo potencial en la comunidad de su elección.

El modelo de recuperación funcional en esquizofrenia implica no solo poner atención a la remisión sintomática de los pacientes sino incluir el desempeño de ciertos roles funcionales dentro de la comunidad. A lo largo de la presente investigación, continuamente se ha utilizado el término recuperación y es preciso explicar que dicho término para la TCC-R se refiere al carácter subjetivo de la autoevaluación del paciente y a la promoción de la participación activa del sujeto tanto en la terapia como en la percepción de los avances alcanzados, es decir al modelo de recuperación al cual Valencia et al. (2015) se refiere como el modelo de recuperación basado en la experiencia de los usuarios. Valencia et al. (2015) señala que los esfuerzos terapéuticos orientados a los pacientes con esquizofrenia deben estar orientados a perseguir la remisión sintomática y a mejorar el funcionamiento y que ambas son medidas muy relevantes para la evaluación de la remisión funcional. En realidad, para la presente investigación lo que se persiguió y evaluó fue una remisión funcional ya que las evaluaciones consistieron en la medición de los

síntomas de esquizofrenia por medio de la PANSS y el funcionamiento por medio del GAF, idealmente y para futuras investigaciones se sugiere realizar evaluaciones dirigidas a los indicadores que recientemente se han considerado de especial relevancia para perseguir la recuperación de los pacientes, entre estos indicadores se encuentran: remisión, cognición, funcionamiento psicosocial y calidad de vida (Valencia, 2015).

Entre las limitantes del estudio cabe mencionar que la adaptación de la TCC-R fue impartida por un profesional con experiencia que recibió entrenamiento en esta técnica de intervención, lo que dificulta la reproductibilidad con la misma efectividad por personal poco experimentado, no obstante se creó un manual de la intervención con el cual se puede guiar el terapeuta y de esta forma lograr resultados favorables. Otra limitante radica en el tamaño de la muestra utilizado en la segunda fase del estudio ya que se sabe que los estudios que evalúan efectividad de intervenciones en pacientes con esquizofrenia idealmente deben tener aproximadamente 40 pacientes por grupo por lo que se recomienda para futuras investigaciones incrementar el tamaño de la muestra. Se recomienda para futuros estudios que se evalúen distorsiones cognitivas en lugar de autoeficacia con el fin de probar el modelo de la TCC-R tal como está planteado, cabe mencionar que Huurne y Gaag (2013) evaluaron dicha variable y encontraron que la adaptación que ellos aplicaron (TCC-n) flexibilizó distorsiones cognitivas en pacientes con esquizofrenia

En este sentido, habría de considerarse la adaptación y aplicación adyuvante de la Terapia Cognitivo Conductual orientada a la Recuperación (TCC-R) en pacientes con diferentes grados de deterioro cognitivo; es claro que se trata del tipo de intervención que al momento ha reflejado mayor efectividad en pacientes con

predominio de síntomas negativos (Grant, et al., 2012; Staring, Huurne y Gaag, 2013), que tanto dificultan la vida independiente y el funcionamiento psicosocial de los pacientes. Su implementación en combinación con el tratamiento farmacológico y psicosocial de la sintomatología positiva puede constituir un avance significativo en la atención que requieren y merecen las personas que padecen esquizofrenia.

Los resultados de este estudio muestran la importancia de realizar adaptaciones de la TCC-R con el fin de fomentar la recuperación funcional de pacientes con predominio de síntomas negativos y, así mismo, la importancia que tiene el que dichas adaptaciones se realicen a través de un minucioso análisis de la población a tratar como se realizó en la primera fase de este estudio.

En resumen, los datos del presente estudio indican efectividad de la adaptación de la TCC-R en la disminución de la gravedad de los síntomas de esquizofrenia en su conjunto, síntomas negativos, cognitivos, excitabilidad y en el aumento del funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide y predominio de síntomas negativos, mostrando así que la TCC-R es un estilo de terapia prometedor para los pacientes con esquizofrenia, en especial aquellos pacientes que generalmente se ven privados de tratamientos psicosociales por presentar muy bajo funcionamiento psicosocial y/o predominio de síntomas negativos. Se deja entonces, a partir de los resultados encontrados en el presente estudio, la puerta abierta para continuar firmes en el trayecto de la recuperación funcional no solo de pacientes con esquizofrenia en general sino incluso aquellos pacientes que generalmente son segregados, los pacientes con deterioro funcional importante y predominio de sintomatología negativa.

Conclusiones

- Los síntomas de esquizofrenia se encuentran relacionados con el funcionamiento psicosocial del paciente; los síntomas positivos perturban al paciente impidiéndole que se desarrolle de manera óptima, los síntomas negativos le restan energía, los cognitivos le dificultan la realización de actividades cotidianas, la ansiedad y la depresión facilitan la aparición de pensamientos autodenigrantes y catastróficos que dificultan la activación y la excitabilidad afecta la asertividad del paciente afectando su relación con los demás.
- La autoeficacia no se relaciona con los síntomas negativos debido a que los síntomas cognitivos se encuentran implicados en dicha relación, es decir parece que el paciente no solamente necesita “creer que puede hacerlo” sino “percatarse de que puede hacerlo” para lograr activarse.
- Para lograr mejorar el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia es necesario crear intervenciones destinadas a trabajar síntomas negativos, positivos, cognitivos, ansiedad, depresión, excitabilidad en conjunto.
- La adaptación de la TCC-R resultó eficaz para aumentar el funcionamiento psicosocial, variable que está muy relacionada con el término recuperación en pacientes con esquizofrenia, dicho aumento se debió a que el tratamiento psicosocial puso énfasis en trabajar todas las variables que resultaron relacionadas con el funcionamiento durante la primera fase (síntomas negativos, síntomas positivos, síntomas cognitivos, ansiedad/depresión y excitabilidad).

- La adaptación de la TCC-R resultó más eficaz para disminuir sintomatología negativa comparada con la mayoría de las investigaciones que evalúan la efectividad de tratamientos psicosociales en esta variable lo que convierte a este tipo de terapia en una opción prometedora para el tratamiento de dichos síntomas.
- Los síntomas cognitivos resultaron un punto importante para lograr incrementar el funcionamiento psicosocial y esta adaptación de terapia resultó eficaz para disminuirlos.
- El diseño y adaptación de tratamientos psicosociales basados en el estudio de las características de la población a tratar resulta de gran importancia para obtener los resultados deseados de recuperación en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- La TCC-R es un estilo de terapia prometedor para disminuir los síntomas de los pacientes con esquizofrenia, en especial aquellos pacientes que generalmente se ven privados de tratamientos psicosociales debido a presentar muy bajo funcionamiento psicosocial y/o predominio de síntomas negativos.

Referencias

- Andreasen, N. (1979). Thought, language, and communication disorders: Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*. 36(12) 315-321.
- Andreasen, N., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D. y Flaum, M. (1995). Symptoms of schizophrenia: Methods, meanings and mechanisms. *Archives of General Psychiatry*. 52 (5), 341-351.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *The Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-24.
- Apiquián, R., Fresán, A., Ulloa, R., García-Anaya, M., Loyzaga, C., Nicolini, H. y Ortega-Soto, H. (2001) Estudio comparative de pacientes esquizofrénicos con y sin depression. *Salud Mental*, 25 (4), 25-29.
- Apiquián, R., Páez, F., Loyzaga, C., Cruz, E. y Gutierrez, E. (1997). Estudio mexicano sobre primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*, 20, 1-7.
- American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Washington, DC:APA.
- Bacon, S., Collis, M. y Plake, E. (2002). Does the global assessment of functioning assess functioning? *Journal of Mental Health Counselling*, 24 (3), 202-212.

- Bagnall, A., Jones, L., Ginnelly, L., Lewis, R., Glanville, J., Gilbody, S., Davies, L., Torgerson, D. y Kleijnen, J. (2003). A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technology Assessment*. 7(1), 1-193.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive análisis of substance abuse: An agentic Perspective. *Psychological Science*. 10(3), 214-217.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 44 (3), 215-221.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 1-9.
- Bebbington, P. y Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: Aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
- Beck, A. (1995) *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, España. Paidós.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia: Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona:Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York:Guilford.

- Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 432-442.
- Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S. y Agresta, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia: A step by step guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Benton, M. y Schroeder, H. (1990). Social skills training with schizophrenics. A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Berman, I., Viegner, B., Merson, A., Allan, E. y Pappas, D. (1997). Differential relationships between positive and negative neuropsychological déficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 25 (1), 1-10.
- Bermudez, J. (1994). *Psicología de la personalidad*. Lisboa:Impresa.
- Brabban, A., Tai, S. y Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 859-864.
- Brady, J. (1984). Social skills training for psychiatric patients, II :Clinical outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 141, 491-498.
- Breier, A., Schreiber, J., Dyer, J. y Pickar, D. (1991). National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives of General Psychology*, 48 (3), 239-246.
- Brekke, J. y Long, J. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3), 667-680.

- Bromet, E., Naz, B., Fochtmann, L., Carlson, G. y Tanenberg-Karant, M. (2005). Long term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (3), 639-649.
- Caballero, F., Fresán, A., Palacios, J. y Rodríguez-Verdugo, S. (2007). Anomalías físicas menores y esquizofrenia. *Salud Mental*, 30 (5), 12-19.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. y Poulton, R. (2002). Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder. *Archives of general psychiatry*. 59(5), 449-457.
- Cannon, T., Mednick, S. y Parnas, J. (1990) Antecedents of predominantly negative and predominantly positive symptom schizophrenia in a high risk population. *Archives of General Psychiatry*. (47)622-632.
- Carrasco, M. y Del Barrio, M. (2002). Diferentes dominios de la autoeficacia percibida en relación con la agresividad adolescente. *Clínica y Salud*, 13(2), 181-194.
- Carpenter, W. (2006). The schizophrenia paradigm: A hundred-year challenge. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(9),639-643.
- Cardno, A. y Gottesman, I. (2000). Twin studies of schizophrenia: From bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*, 97, 12-17.
- Carter, D., Mackinnon, A. y Copolov, D. (1996). Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 159-164.

- Casas, E., Escandell, M., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (105), 25-47.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Inglaterra: Wiley.
- Chinchilla, A. (2007). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona:Masson.
- Corrigan, P. y Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Crow, T. (1980) Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. y Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (1), 5-8.
- Davis, J., Chen, N. y Glick, I. (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60 (6), 553-564.
- Davis, J., Kane, J., Marder, S. y Brauzer, B., (1993). Dose response of prophylactic antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (3), 24-30.
- Desjarlais, R., Eisenberg, I., Good, B. y Kleinman, A. (1995). *Problems and Priorities in Low-income Countries*. University Press, Nueva York.
- Dixon, L., Adams, C. y Luckstead, A. (2000). Update of family psicoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.

- Emsley, R., Rabinowitz, J. y Torreman, M. (2003). The factor structure for the positive and negative syndrome scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 61, 47-57.
- Falloon, I., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., Economou, M., Grawe, R., Harangozo, J., Mizuno, M., Murakami, M., Hager, B., Held, T., Veltro, F. y Gedye, R. (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders. Two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 3 (2), 104-109.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 2 (2), 68-74.
- Fenton, W. y McGlashan, T. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry*, 48 (11), 978-986.
- First, M., Frances, A. y Pincus, H. (2005). *DSMIV-TR: Guía de uso*. Barcelona: Masson.
- Fisher, D. (2005). Empowerment model of recovery from severe mental illness: an expert interview. *Medscape Psychiatry & Mental Health*.
- Folsom, D. y Jeste, D. (2002) Schizophrenia in homeless persons. A systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 404-413. doi:10.1034/j.1600.2002.02209.x
- Foussias, G. y Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2), 359-369.

- Fresán, A., Apiquián, R., Lozaga, C., García-Anaya, M., Ulloa, R. y Nicolini, H. (2002). Recuperación funcional en el primer episodio psicótico. *Psicología y Salud Integral*, 2 (2), 40-44.
- Fresán, A., Apiquián, R., Ulloa, R., Lozaga, C., García-Anaya, M. y Gutierrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24 (4), 36-40.
- Fresán, A., De la Fuente, C., Lozaga, C., García-Anaya, C., Meyenberg, N., Nicolini, H. y Apiquián, R. (2005). A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72, 123-129.
- Fuller, R., Schultz, S. y Andreasen, N. (2003). The symptoms of schizophrenia. En S. Hirsch & D. Weinberg (Comps.), *Schizophrenia* (pp.25-33). Malden:Blachwell.
- García-Anaya, M., Apiquián, R. y Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: una revisión. *Salud Mental*, 4 (5), 37-43.
- Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P. y Bebbington, P. (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia. systematic overview and meta-regresion analisis. *British Medical Journal*. 321, 1371-1376.
- Godoy, J. (2001). Taller de autoeficacia. Jornadas de recursos públicos en drogodependencias “de la formación a la intervención”. Granada:Alhambra.
- Godoy, J., Muela, M., Sánchez-Barrera, M., Sánchez-Huete, J., Pérez, M., Martínez, J., Anguiano, I., Lorite, A. y Marí-Beffa, P. (1995). Marcadores de

vulnerabilidad/ factores de protección en la prevención de la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 3(1), 35-46.

Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutierrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 20, 155-165.

Godoy, J., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M. (2012). Programa de entrenamiento en autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes con esquizofrenia. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp.425-490). México:Herder.

Granholm, E., Ben-Zeev, D. y Link, P. (2009). Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 874-883.

Granholm, E., McQuaid, J., McClure, F., Auslander, L., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, P. y Jeste, D. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (3), 520-529.

Grant, P. (mayo, 2012). Recovery oriented cognitive behavior therapy of schizophrenia. *Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia Workshop*. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, Pennsylvania.

Grant, P., Huh, G., Perivoliotis, D., Stolar, N. y Beck, A. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69 (2), 121-127

- Green, M. (1998) Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness. Boston: Allyn and Bacon.
- Greenwood, K., Landau, S. y Wykes, T. (2005). Negative symptoms and specific cognitive impairments as combined targets for improved functional outcome with cognitive remediation therapy. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 910-921.
- Gregory, V. (2010) Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: Applications to social work practice. *Social Work in Mental Health*. 8, 140-159.
- Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., Fossati, P., Jouvent, R., Dubal, S. y Perez-Diaz, F. (2011). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychological Medicine*, 41, 163-173.
- Haldford, W. y Hayes, R. (1992). Social skills training with schizophrenic patients. En D. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp.374-392). London: Chapman & Hall.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (1993). *Abnormal Psychology: The human experience*. Washington:Mc Graw Hill.
- Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J. y Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness:I. Methodology study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harding, C., Zubin, J. y Strauss, J. (1992). Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of Psychiatry*, 161(18), 27-37.

- Harrow, M., Grossman, L. y Jobe, T. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery?. A 15- year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31 (3), 723-734.
- Hayes, R. y McGrath, J. (2005). Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Oxford: The Cochrane Library.
- Healy, D. (2002). The creation of psychopharmacology. Cambridge: Harvard University Press.
- Heinssen, R., Liberman, R. y Kopelowicz, R., (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Henquet, C., Murray, R., Linzen, D. y Van Os, R. (2005). The environment and schizophrenia: The role of cannabis use. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 608-612.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (1991). Metodología de la investigación. México:McGrawHill.
- Ho, B., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S. y Andreasen, N. (1998). Two year outcome in first-episode schizophrenia. Predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 196-201.
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Ulrich, R. y Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48 (4), 340-347.

- Hooley, J., Richters, J. y Neale, J. (1987) Psychopatología and marital distress: The positive side of positive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (1), 27-33. doi: 10.1037/0021-843X.96.1.27
- Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J. y Meltzer, H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 789-796.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1994). Sinopsis de psiquiatría. Argentina: panamericana.
- Kay, S., Fiszbein, A. y Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261-276.
- Kern, R., Glynn, S., Horan, W. y Marder, S. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 347-361.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (1994). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: styles and methods. En T. Wykes, N. Tarrier y S. Lewis (Comps.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 59-79). Chichester:Wiley.
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R., McKenny, P., Alphas, L. y Carpenter, W. (1989). The schedule of the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 30 (2), 119-123.
- Klimidis, S., Stuart, G., Minas, I., Copolov, D. y Singh, B. (1993). Positive and negative symptoms in the psychoses re-analysis of published SAPS and SANS global ratings. *Schizophrenia Research*, 9(1), 11-18.

- Klinberg, S., Wölfgang, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., Buchkremer, G. y Wiedemann, G. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as a target of cognitive behavioral therapy. Results of the randomized clinical tones study. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2), 98-110.
- Kopelowicz, A., Wallace, C., y Zarate, R. (1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: A brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*. 49, 1313-1316.
- Krabbendam, L. y Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169, 376-382.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- Kurz, M., Hummer, M., Oberbauer, H. y Fleischhacker, W. (1995). Extrapyramidal side effects of clozapine and haloperidol. *Psychopharmacology*, 118(1), 52-56.
- Lara-Muñoz, M. (2000). La clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad. En Cubillo-León, M., Guevara-Martínez, J. y Pedroza-Meléndez, A. (Eds.), *Discapacidad humana, presente y futuro. El reto de la rehabilitación en México*. Gobierno del Estado de Tlaxcala/secretaría de Educación Pública/Universidad del Valle de Tlaxcala.

- Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Saltijeral, M., Medina-Mora, M. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 33 (3), 211-218.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. y Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Lehman, A. y Steinwachs, D. (2003). Evidence-based psychosocial treatment practice in shizophrenia: Lessons from de Patient Outcome Research Team (PORT) Project. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (1), 141-154.
- Lencz, T., Smith, C., Auther, A., Correll, C. y Cornblatt, B. (2004). Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 68(1)37-48.
- Leucht, S., Wahlbeck, K., Hamann, J. y Kissling, W. (2003). New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361, 1581-1589.
- Liberman, R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R., DeRisi, W. y Mueser, K. (1989). *Social skills training for psychiatric patients: Psychology practitioners guidebooks*. Nueva York: Pergamon Press.
- Liberman, R. y Kopelowicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia. Definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 12-29.

- Liberman, R., Mueser, K., Wallace, J., Jacobs, H., Eckman, T. y Massel, H. (1986). Training skills in the psychiatry disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.
- Lieberman, J. (2004). Aripiprazone. En Schatzberg, A. y Nemeroff, C. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychopharmacology* (pp. 507-518). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Liddle, P. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British journal of psychiatry*, 151, 145-151.
- Link, B. y Phelan, J. (2002). McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*, 92, 730-732.
- López, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D. y Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367 (9524), 1747-1757.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. y Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of psychology*, 40(2), 80-89.
- Lykouras, L., Oulis, P., Psarros, K., Dasklopoulou, E., Botsis, A., Christodoulou, G. y Stefanis, C. (2000). Five factor model of schizophrenic pathology. How valid is it? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 93-100.
- Lysaker, P., Clements, C., Wright, D., Evans, J. y Marks, K. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in

schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 7, 457-462.

Marder, S., Wirshing, W., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T., Lebell, M., Zimmerman, K. y Liberman, R. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.

Mausbach, B., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V. y Patterson, T. (2009). A review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (2), 307-318.

McDermott, B. (1995). Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenic spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 320-331.

McGrath, J., Saha, S., Welham, J., Saadi, O, McCauley, C. y Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, (3), 13-14.

McGurk, S., Twamley, E., Sitzler, D., Mchugo, G. y Mueser, K. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.

Milev, P., Ho, B., Arndt, S. y Andreasen, N. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow up. *American Journal of Psychiatry*, 162 (3), 495-506.

- Miller, D., Amdt, S., Andreasen, N. (1993). Alogia. Attentional impairment and inappropriate affect: their status in the dimensions of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 221-226.
- Miyamoto, S., Duncan, G., Marx, C. y Lieberman, J. (2005). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*, 10, 79-104.
- Mojtabai, R., Nicholson, R. y Carpenter, B. (1998). Role of psychosocial treatment in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 569-587.
- Mueser, K. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia. En V. Caballo (dir.) *Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los trastornos psicológicos*, vol.1. Madrid: Siglo XXI.
- Mueser, K., Bellack, A., Douglas, M. y Wade, J. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296.
- Muller, B., Sartory, G. y Bender, S. (2004). Neuropsychological deficits and concomitant clinical symptoms in schizophrenia. *European Psychologist*, 9, 96-106.
- Nuechterlein, K. y Dawson, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Obiols, J. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychosocial Therapy*, 3 (2), 235-250.

- Olaz, F. (2003). Autoeficacia y variables vocacionales. *Psicología Educativa*, 9(1) 5-14.
- Otero, V. (2004). Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Evaluación de objetivos. Barcelona: Ars Médica
- Padilla, J., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J. y González, A. (2006) Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*. 23 (2), 245-252.
- Páez, F., Apiquian, R., Fresán, A., Puig, A., Orozco, B., De la Fuente, JR., Sidenberg, D. y Nicolini, H. (2001) Dermatoglyphic study of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Salud Mental*, 24 (1), 28-32.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos de pacientes esquizofrénicos puestos al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1), 71-83.
- Penn, D., Mueser, K., Spaulding, W., Hope, D. y Reed, D. (1995). Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(2), 269-281.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). La validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS). *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 171-177.
- Perivoliotis, D., Grant, P., y Beck, A. (2012). Recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia: a comprehensive treatment manual. New York: Guilford
- Perona, S. y Cuevas, C. (1999) Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. 1. Revisión de los

diseños experimentales de caso único aplicado al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17(1 y 2), 31-48.

Peyser, H. (2001). What is recovery? A commentary. *Psychiatric Services*, 52 (4), 486-487.

Pfammatter, M., Junghan, U. y Brenner, H. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 64-80.

Pharoah, F., Mari, J. y Streiner, D. (2005). Family intervention for schizophrenia. Oxford: The Cochrane Library.

Phelan, M., Wykes, T. y Goldman, H. (1996). Global function scales. En G. Thornicroft y M. Tansella (Eds.) *Mental health outcome measures*. Nueva York: Springer.

Pratt, S., Mueser, K., Smith, T. y Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78 (2), 187-197.

Rascón, R., Arredondo, A., Tirado, L. y López, M. (1998). Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México. *Salud Mental*, 21 (1), 43-47.

Rector N. y Beck A. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The journal of nervous and mental disease*, 189, 278–287.

Redoblado, M., Siciliano, D., Withey, P., Moss, B., Moore, G., Judd, G., Shores, A. y Harris, A. (2010). A randomized controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2), 419-427.

- Resnick, S., Rosenheck, R. y Lehman, A. (2004). An exploratory analysis of recovery. *Psychiatric Services*, 55 (5), 540-547.
- Ritsner, M., Gibel, A., Ponisovsky, A., Shinkarenko, E., Ratner, Y. y Kurs, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 144, 139-152.
- Ritsner, M., Otilingam, P. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Robles, R., Medina, R., Flores, S. y Páez, F. (2007). Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia. Validez y confiabilidad del autoreporte y la técnica del juego de roles. *Salud Mental*, 30 (5), 27-32.
- Robles, R., Paéz, F. y González, J. (2012). Terapia cognitivo conductual para los trastornos psicóticos: fundamentos, evaluación y aplicación a propósito de un caso. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp.331-361). México:Herder.
- Roder, V., Müller, D., Brenner, H. y Spaulding, W. (2011). Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition and social competency in schizophrenia patients. Massachusetts: Hogrefe.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J., Lieberman, J. y CATIE Study Investigators Group.(2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-417. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.411

- Satel, S. y Sledge, W. (1989). Audiotape playback as a technique in the treatment of schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry*, 146 (8), 12-16.
- Sayers, S., Curran, P. y Mueser, K. (1996). Factor structure and construct validity of the scale for the assessment of negative symptoms. *Psychological Assessment*, 8, 269-280.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Schultz, D. y Schultz, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. En J. Weinman, S. Wright y M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A users portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Reino Unido: Nfer-Nelson.
- Seeman, P, Chau-Wong, M., Tedesco, J. y Wong, K. (1975). Brain receptors for antipsychotic drugs and dopamine. Direct binding assays. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. (72) 4376-4380.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. y Barnes, T. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Schrank, B. y Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric bulletin*, 31, 321-325.
- Sherer, M. y Adams, C. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 53, 143-148.

- Silverstein, S., Spaulding, D. y Menditto, A. (2006). *Schizophrenia*. Cambridge: Hogrefe.
- Slade, P. y Hadock, G. (1996). A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. En G. Hadock y P. Slade (Eds.). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. (pp. 28-42). London: Routledge.
- Solomon, P. y Draine, J. (1995). Adaptative coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1156-1160.
- Staring, A., Huurne, M. y Gaag, M. (2013). Cognitive behavioral therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 300-306.
- Strauss, J., Carpenter, W. y Bartko, J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia: II. Speculations of the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 61-76.
- Sullivan, P., Kendler, K. y Neale, M. (2003). Schizophrenia as a complex trait. *Archives of General Psychiatry*. 60 (1), 187-192.
- Sullivan, P., Owen, M., O'Donovan, M. y Freedman, R. (2006) *Textbook of schizophrenia*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Tai, S. y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865-873.

- Tarrier, N. (1992). Psychological treatment of positive schizophrenia symptoms. En D. Kavanaugh (comp.) *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 356-373). Londres: Chapman & Hall.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. y Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Telkensen, K. y Grosser, R. (1990) estimating clozapine's cost to the nation. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 863-869.
- Thalheimer, W. y Cook, S. (2002). How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology. Recuperado de http://work-learning.com/effect_sizes.html
- Torgalsboen, A. (1999). Full recovery from schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatric Research*, 88, 142-152.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A. y Ross, K. (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: randomized control trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Turkington, D. y Morrison, A. (2011). Cognitive therapy for negative symptoms of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69 (2), 119-120.

- Twamley, E., Jeste, D. y Bellack, A. (2003). A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 359-382.
- Valencia, M. (1986). Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación: La Escala de Funcionamiento Psicosocial. En *La Psicología Social en México*. Volumen I. México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Valencia, M. (1996). Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Revista de Psiquiatría*. 12 (3), 72-86.
- Valencia, M. (1999). Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 22 (2), 31-40.
- Valencia, M., Díaz, A. y Juárez, F. (2012). Integration of pharmacological and psychosocial treatment for schizophrenia in Mexico: The case of a developing country proposal. En F. Badria (Ed.), *Pharmacotherapy* (pp. 41-69). EUA: InTech.
- Valencia, M., Fresán, A., Barak, Y., Juárez, F., Escamilla, R. y Saracco, R. (2015) Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning and clinical outcome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11, 2339-2348.
- Valencia, M., Liberman, R., Rascón, M. y Juárez, F. (2012). Habilidades psicosociales para la esquizofrenia. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp. 23-71). México: Herder.

- Valencia, M., Moriana, J., Kopelowicz, A., Lopez, S. y Liberman, R. (2015). Social-skills training for spanish speaking persons with schizophrenia: Experiences from Latin America, Spain and the United States. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18, 209-246.
- Valencia, M., Rascon, M. y Ortega-Soto H. (2001). El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Ortega-Soto H, Valencia-Collazos M (eds.). *Esquizofrenia. Estado Actual y Perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.
- Valencia, M., Rascón, M. y Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26 (5), 1-18.
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L. y Villatoro, J. (1989). Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública de México*. 31 (5), 674-687.
- Valencia, M., Ortega-Soto, H., Rodriguez, M. y Gómez, L. (2004). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera parte. *Salud Mental*, 27(3), 47-53.
- Valencia, M., Ortega-Soto, H., Rodriguez, M. y Gómez, L. (2004). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Segunda parte. *Salud Mental*, 27(4), 35-43.

- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006) Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 185-221.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.
- Van Putten, T. (1974). Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 67-72.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. y Corrigan, P. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150, 71-80.
- Ventura, J., Nuechterlein, K., Subotnik, K., Green, M. y Gitlin, M. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 343-352.
- Villamil, V., Valencia, M., Diaz, L., Medina, M. y Juárez, F. (2005) Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud Mental*, 28 (4), 40-48.
- Wagner, C., Danczyk, C. y Reid, C. (2000). The progression of employees with mental disorders through disability benefits systems. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 15, 17-29.
- Weiser, M., Van Os, J., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Nahon, D., Kravitz, E., Lubin, G., Shmushkevitz, M. y Knobler, H. (2007). Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 191, 320-324. doi: 10.1192/bjp.bp.106.031328

- Weisman, A. (2005). Integrating culturally-based approaches with existing interventions for hispanic/latino families coping with schizophrenia. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 178-197.
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganev, K., Harrison, G., Ander Heiden, W., Nienhuis, F. y Walsh, D. (2000). Social disability in schizophrenia. Its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six european centers. *Psychological Medicine*, 30, 1155-1167.
- Woo, S., Goldstein, M. y Nuechterlein, K. (2004). Relatives' affecting style and the expression of subclinical psychopathology in patients with schizophrenia. *Family Process*, 43, 233-247.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. y Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-485.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 523-537.
- Xia, J., Merinder, L. y Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (1), 21-22.
- Xiong, W., Phillips, M., Hu, X., RuiWen, W., Dai, Q., Kleinman, J. y Kleinman, A. (1994). Family based intervention of schizophrenic in China. A randomized control trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 501-506.

- Young, S. y Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-231.
- Yusupoff, L., Haddock, G., Sellwood, W. y Tarrier, N. (1996). Cognitive behavioural therapy for hallucinations and delusions: current practices and future trends. En P. Salkovskis (Ed.) *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 133-146). Londres: Wiley.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability-A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado (Fase 1)

Formato información para el paciente,

Fase 1

Autoeficacia y Terapia Cognitivo Conductual orientada a la Recuperación en Pacientes con Esquizofrenia

Investigadora principal: Mtra. Tania Morales Vigil *Tel.* 04455-25-21-43-57

Propósito del estudio: El estudio tiene el objetivo de evaluar las características de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide con el fin de construir una terapia psicosocial adecuada.

Selección de participantes: Usted es un candidato para participar debido a su diagnóstico.

Participación voluntaria: Usted no tiene que participar en el estudio si prefiere no hacerlo. El hecho de que participe o no participe en el estudio no afectará de ninguna manera su tratamiento usual en esta clínica.

Procedimiento de investigación: Si usted está de acuerdo en participar se le harán algunas preguntas detalladas durante aproximadamente una hora y en solo una ocasión. Puede parar la entrevista en cualquier momento si así lo desea o puede decidir no contestar una pregunta en particular. Se le preguntará acerca de sus síntomas, modo de vida y características en general.

Confidencialidad: La información que usted nos proporcione es confidencial.

Riesgos emocionales: Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional por contestar algunas de las preguntas sobre sus síntomas, modo de vida y características en general. Estas preguntas son similares a las que se utilizan rutinariamente para evaluar a los pacientes en este tipo de clínicas..

Beneficios: No hay beneficios directos por participar en el estudio, excepto que usted estaría ayudando a mejorar los servicios de este tipo de clínicas.

Dudas y contacto: Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Le daré una copia de esta información con mi nombre y teléfono al inicio de la hoja para que pueda localizarme para aclararme cualquier duda. También puede contactar con el Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, _____ al teléfono: _____.

Firma de consentimiento: Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme la forma dándonos su permiso para iniciar los procedimientos del estudio.

Forma de consentimiento informado para participar en el estudio de autoeficacia y terapia cognitivo conductual en pacientes con esquizofrenia

Esta forma de consentimiento es para los *pacientes* de la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que han aceptado participar en la Fase 1 del estudio de autoeficacia y terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación en pacientes con esquizofrenia colaborando con la investigadora principal: Mtra. Tania Morales Vigil

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos y riesgos emocionales del estudio y acepto participar en el mismo. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a la investigadora principal y al Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente, para resolver cualquier duda acerca del estudio.

Firma: _____ Fecha: _____

Primer testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Explicó el consentimiento:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL ORIENTADA A LA RECUPERACIÓN

MANUAL PARA EL PACIENTE

NOMBRE

Sesión 1

ENCUADRE

Este manual le servirá de guía para la terapia psicológica que constará de 12 sesiones semanales _____ en donde trabajaremos a partir de sus metas.

Mi meta a largo plazo es:

Esta meta me motiva porque:

Pasos para llegar a la meta:

A staircase diagram consisting of four rectangular boxes of increasing width and height from left to right, representing steps to reach a goal. The boxes are arranged in a staircase pattern, with each step higher and wider than the previous one.

Sesión 3

PSICOEDUCACIÓN

En esta sesión conoceré los síntomas negativos de la esquizofrenia y de qué manera afectan para que llegue a mi meta.

Abulia

Asocialidad

Anhedonia

Sesión 4

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS

Conocer ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿A qué hora? Están presentes mis síntomas negativos

Abulia

¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿A qué hora?

Asocialidad

¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿A qué hora?

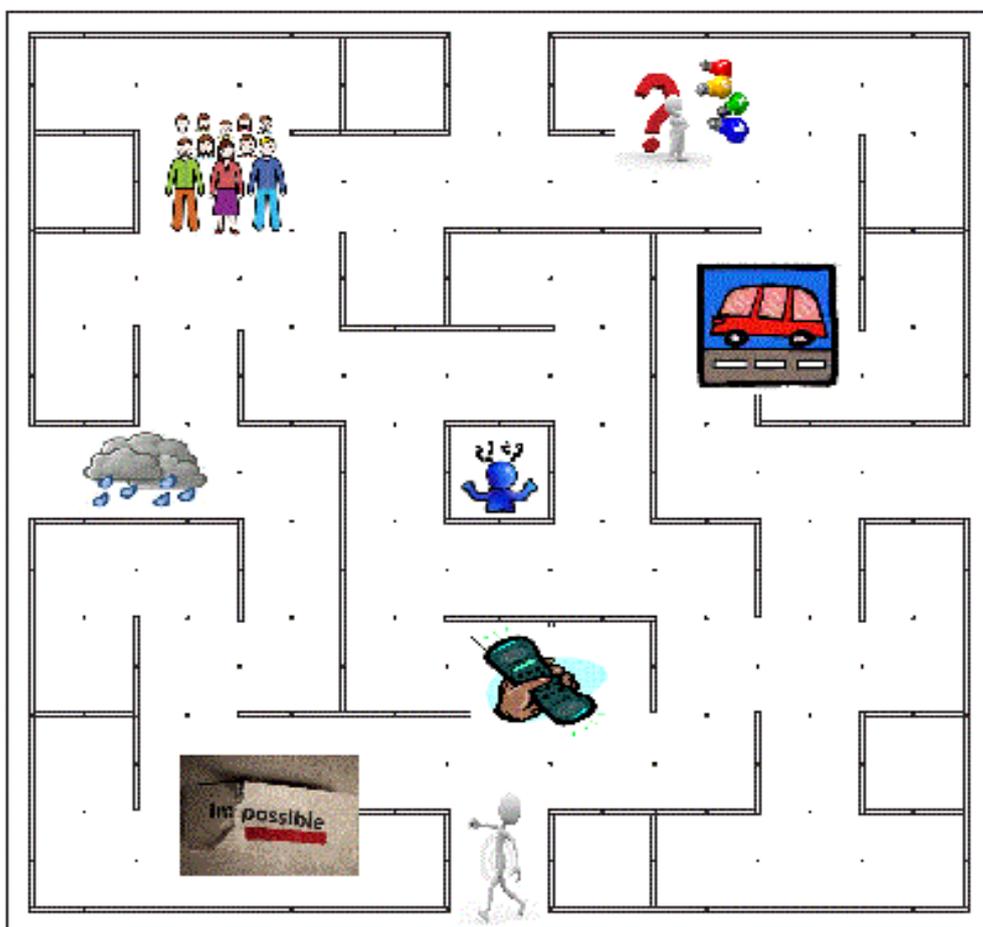
Anhedonia

¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿A qué hora?

Sesión 5

ABULIA

Aprenderé a repasar mentalmente los pasos para realizar una actividad, anticipando situaciones inesperadas para poder acercarme más a mi meta a largo plazo.



Sesión 6

ANHEDONIA

Realizaré actividades de agrado durante la sesión que me ayuden a acercarme más a mi meta a largo plazo



¿Soy capaz de disfrutar?

Sesión 7

ASOCIALIDAD

Aprenderé habilidades para relacionarme y así poder acercarme más a mi meta a largo plazo



En esta sesión he aprendido:

Sesión 9

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Elaboraré un calendario en el que incluiré actividades de placer, actividades de dominio y actividades sociales.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							

Sesión 10

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

No hice la actividad porque pensé...

Me conviene más pensar

*Elaborar tarjetas de pensamientos agradables

Sesión 11

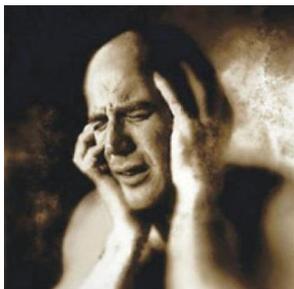
MANEJO DE SITUACIONES INESPERADAS



ANSIEDAD



ENOJO



VOCES

Aprenderé una herramienta para combatir imprevistos

Sesión 12

CIERRE Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sesión compararemos herramientas, actividades y características que han cambiado desde que comenzó la terapia hasta ahora.

Anexo 3.

Consentimiento informado Fase 2

Formato información para el paciente,

Fase 2

Autoeficacia y Terapia Cognitivo Conductual orientada a la Recuperación en Pacientes con Esquizofrenia

Investigadora principal: Mtra. Tania Morales Vigil *Tel.* 04455-25-21-43-57

Propósito del estudio: El estudio tiene el objetivo de evaluar la eficacia de un tratamiento psicosocial dirigido a los pacientes con esquizofrenia. Dicho tratamiento tiene una duración de 12 sesiones individuales de 50 minutos cada una.

Selección de participantes: Usted es un candidato para participar debido a su diagnóstico.

Participación voluntaria: Usted no tiene que participar en el estudio si prefiere no hacerlo. El hecho de que participe o no participe en el estudio no afectará de ninguna manera su tratamiento usual en esta clínica.

Procedimiento de investigación: Si usted está de acuerdo en participar se le realizará una evaluación previa, para posteriormente asistir a 12 sesiones semanales, individuales de 50 minutos, al concluir las sesiones se realizará una evaluación final con el objetivo de ver los avances alcanzados.

Confidencialidad: La información que usted nos proporcione tanto en las evaluaciones como durante las sesiones terapéuticas es confidencial.

Riesgos emocionales: Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional durante las evaluaciones o durante las sesiones de psicoterapia, la terapeuta cuenta con experiencia y herramientas para contener dicho malestar.

Beneficios: El tipo de terapia que usted recibirá ha sido probada en otros países con muy buenos resultados, además, usted estaría ayudando a mejorar los servicios de este tipo de clínicas.

Dudas y contacto: Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Le daré una copia de esta información con mi nombre y teléfono al inicio de la hoja para que pueda localizarme para aclararme cualquier duda. También puede contactar con el Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, _____ al teléfono: _____.

Firma de consentimiento: Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme la forma dándonos su permiso para iniciar los procedimientos del estudio.

**Forma de consentimiento informado para participar en
el estudio de autoeficacia y terapia cognitivo conductual en pacientes con esquizofrenia**

Esta forma de consentimiento es para los *pacientes* de la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz que han aceptado participar en la segunda fase del estudio de autoeficacia y terapia cognitivo conductual orientada a la recuperación en pacientes con esquizofrenia colaborando con la investigadora principal: Mtra. Tania Morales Vigil

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos y riesgos emocionales del estudio y acepto participar en el mismo. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a la investigadora principal y al Presidente del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente, para resolver cualquier duda acerca del estudio.

Firma: _____ Fecha: _____

Primer testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Explicó el consentimiento:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____