



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

“Revisión Sistemática de Programas de Rehabilitación Psicosocial para
Esquizofrenia. Diseños de Intervención y Prevención para Población Mexicana”

TESIS DOCUMENTAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

Carlos Armando Luna Cruz

Director:

Dr. Héctor Lara Tapia

Revisora:

Mtra. Angelina Guerrero Luna

Asesores Metodológicos:

Dr. Marcelo Valencia Collazos

Dr. Francisco Juárez García

Sinodales:

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinoza

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Dra. María Santos Becerril Pérez

Ciudad de México, 02 de junio de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	03
INTRODUCCIÓN	04
1. OBJETIVOS	06
2. MATERIAL Y MÉTODOS	07
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1 La Esquizofrenia (ES)	10
3.2 Síntomas de Esquizofrenia: Positivos, Negativos y Déficit Cognitivo	12
3.3 Sistemas Diagnósticos para Esquizofrenia	14
3.4 Prácticas Basadas en la Evidencia	16
3.5 Intervenciones Farmacológicas para Esquizofrenia	16
3.6 Antecedentes de las Intervenciones Psicosociales	19
3.7 Rehabilitación Psicosocial	20
3.8 Objetivos de las Intervenciones Psicosociales	21
3.9 Intervenciones Psicosociales para Esquizofrenia	22
3.10 Intervenciones Psicosociales Individuales para Esquizofrenia	28
3.11 Aprendizaje Verbal y Memoria	29
3.12 Teoría de la Mente (ToM) en Psicosis	30
3.13 Programas Cognitivos “Cognitive Remediation” (CR)	31
3.14 Intervenciones Cognitiva – Conductual para Esquizofrenia	37
3.15 Rehabilitación Abordajes Combinados para Esquizofrenia	42
3.16 Prevención, Salud Mental y Esquizofrenia	46
3.17 Intervención Temprana, “Fase de Pródromos”; Primer Episodio Psicótico en Esquizofrenia	46

4. DISCUSIÓN DE LAS INTERVENCIONES	55
4.1 Retos en Rehabilitación	55
4.2 Recuperación el Concepto para Esquizofrenia	56
4.3 La Rehabilitación Psiquiátrica en México	57
4.4 Intervenciones Psicosociales en México	59
4.5 Modelo de Rehabilitación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	60
4.6 Modelo de Rehabilitación Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN)	62
5. LIMITACIONES, CONCLUSIÓN y PROPUESTA	63
5.1 Propuestas para Población Mexicana	69
6. REFERENCIAS	70

RESUMEN

Se busca documentar la evolución de los diferentes modelos de rehabilitación psicosocial, que han surgido como consecuencia del proceso de las reformas psiquiátricas y el cambio de modelo institucional, ocurridas en la década de 1950, principalmente en Europa Occidental y en los Estados Unidos de Norte América. Al implementarse novedosos tratamientos farmacológicos que han demostrado ser efectivos para la psicosis. Así mismo, los modelos de intervención psicosocial inician durante esa misma década. El mayor desarrollo y evolución de las intervenciones psicosociales para la esquizofrenia inicia en 1970 con un declive en la década de 1990. Durante las últimas décadas del siglo XX, las propuestas de prevención secundaria para la fase prodrómica han sido desarrollados en Australia, con estas intervenciones se pretende incrementar la funcionalidad de los pacientes que inician con un cuadro psicótico agudo o un diagnóstico temprano de Esquizofrenia (ES).

Con el inicio del presente siglo, los modelos Cognitivos como la Teoría de la Mente, se han utilizado y han demostrado eficacia en trastornos como Autismo y ES. Además, la evidencia científica encuentra que los factores asociados con una mayor disfunción y discapacidad para la ES son los síntomas negativos, los déficits cognitivos y los síntomas refractarios al tratamiento. Por lo tanto, existen propuestas de estrategias específicas para intervenir en los diversos factores que componen esta enfermedad tan compleja. Para evaluar la efectividad de las estrategias de tratamiento se utilizan principalmente dos conceptos, la remisión de síntomas y la recuperación funcional, estos son dos criterios clínicos que han permitido alcanzar un consenso para la evaluación del efecto de cada una de estas intervenciones. Con los meta análisis, se pueden hacer comparaciones entre las diferentes intervenciones, para lo cual se utiliza el tamaño del efecto (effect size).

Palabras clave: esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, intervenciones psicosociales

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia (ES), es un trastorno mental con una prevalencia mundial del 1% en la población general; los síntomas son crónicos y tienen un alto costo de atención ya que aproximadamente el 50% de las estancias hospitalarias psiquiátricas, son ocupadas por pacientes con dicho trastorno. Quienes padecen ES tiene déficits en las habilidades sociales y en la funcionalidad laboral, familiar y social; las/los cuidadores primarios pueden mostrar conductas variables hacia la persona afectada, desde crítica y hostilidad hasta indiferencia o sobre involucramiento; lo cual se conoce como “alta emoción expresada”; por otro lado la falta de educación sobre el padecimiento y sus síntomas, así como el prejuicio y el estigma hacia el diagnóstico de ES puede exacerbar dichas reacciones familiares.

La atención de la “esquizofrenia” tiene costos altos y se relacionan con varios factores: derivado de su propio padecimiento, a la mayoría de los pacientes les faltan recursos económicos, (menos del 30% cuenta con actividad laboral remunerada), el precio de los psicofármacos requeridos para el control de los síntomas, la poca disponibilidad para acceder a intervenciones psicosociales profesionales, el incremento de la población y no así de los espacios necesarios para la atención.

A pesar de esto, existe una desproporción entre los recursos designados para el tratamiento de la esquizofrenia y su cobertura. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), busca reducir las barreras ambientales a las que se enfrentan las personas con esquizofrenia y favorecer entornos que les permitan recuperar su funcionalidad. La “Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad para la Infancia y la Adolescencia” (CIF – IA), evalúa la funcionalidad con los siguientes componentes: *función*¹ y *estructura*². La **función** se refiere a los aspectos psicopatológicos relacionados con el padecimiento y que *limitan la actividad*³ de quienes lo padecen. La **estructura** se refiere a los aspectos anatómicos que están afectados por el padecimiento y que **restringen la participación**⁴ social.

La OMS (2004), ha reconocido a la **esquizofrenia** como un padecimiento que genera **discapacidad**. El tratamiento integral de la ES incluye el acceso a intervenciones psicosociales que son conceptualizadas como estrategias no farmacológicas que favorecen la rehabilitación de las personas que presentan el padecimiento. Estas intervenciones incluyen: psicoeducación sobre el padecimiento, curso y evolución del mismo (como los déficits cognitivos), de la comorbilidad relacionada (los trastornos afectivos durante el primer episodio psicótico pueden implicar aumento el riesgo de suicidio), y de la importancia de un adecuado apego al tratamiento farmacológico (mediante evaluaciones de la seguridad y efectos adversos de los psicofármacos que pueden favorecer el abandono), la prevención de recaídas y su detección temprana, la mejora de hábitos saludables (higiene de sueño y alimentación), el entrenamiento en habilidades sociales y la participación activa de estas personas en sus propios contextos para reducir la discapacidad asociada al padecimiento, así como los costos derivados de la hospitalización y re-hospitalización por recaídas.

Por lo tanto, el presente trabajo busca conocer los aspectos recientes de las intervenciones psicosociales: los relacionados con la prevención (específicamente el ultra alto riesgo) y los déficits cognitivos de los pacientes con esquizofrenia, así como su efectividad general y específica para reducir algunos de los síntomas del padecimiento. Esto permitirá proporcionar información científica y actualizada para las personas involucradas en la atención y rehabilitación de las/los pacientes con esquizofrenia. Identificar aquellas estrategias con nueva y mayor evidencia de eficacia para la atención integral de los pacientes con ES que contribuirá de manera indirecta a reducir la discapacidad y los costos derivados de la atención del padecimiento.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Realizar una revisión sistemática de los programas de rehabilitación y prevención psicosocial para esquizofrenia.

1.2 Objetivos específicos

- 1) Actualizar la información acerca de los modelos de rehabilitación psicosocial, cognitivos y de prevención para personas con esquizofrenia.
- 2) Identificar los logros obtenidos en la rehabilitación en intervenciones como el entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones familiares, modelos integrados en esquizofrenia, remediación cognitiva, ultra alto riesgo que reducir la discapacidad (que proporción de pacientes logra la remisión y recuperación).
- 3) Conocer cuáles son las intervenciones con mayor evidencia científica de acuerdo con las evaluaciones realizadas en las guías clínicas al medir la efectividad (effect size) de cada una de las intervenciones y en conjunto.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología empleada, palabra PICO / PRISMA (Lifshitz, Talavera, & Rivas-ruiz, 2013; Rivas-Ruiz & Talavera, 2012; Rivas-ruiz, Vi, & Adiestramiento, 2011). La selección de artículos se organiza con dos palabras clave: esquizofrenia y ultra alto riesgo.

2.1 Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura, obtenida en: bibliotecas, servidores electrónicos, bases de datos y sugerencias de expertos en rehabilitación psicosocial. La información recopilada busca conocer los modelos de rehabilitación psicosocial, cognitivos y los principales avances recientes en intervenciones “psicosociales” cognitivo - conductual para rehabilitar o prevenir la psicosis y esquizofrenia.

2.2 Población en estudio y tamaño de la muestra

La obtención de la población reportada en los artículos es indirecta e inespecífica; son sujetos con diagnóstico de esquizofrenia. El tamaño de la muestra está en relación con las personas participantes en los estudios que sean incluidos en la revisión.

2.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión: revistas indexadas investigación sólo pacientes psiquiátricos (Esquizofrenia); edad de los participantes entre 15 y 70 años; cualquier origen étnico; meta análisis; revisiones sistemáticas de la literatura; grupos aleatorios, idiomas inglés y español.

Exclusión: revistas previas a 1990 y libros editados antes del año 2000.

Eliminación: publicaciones en otros idiomas, investigación con animales.

2.4 Recolección de datos y análisis de los resultados

Revisar y recopilar a partir de diferentes estrategias de búsqueda, el mayor número de artículos de revistas indexadas, libros, publicaciones científicas e información publicada desde 1990 hasta diciembre de 2017 en revistas y libros, sólo en los idiomas inglés y español sobre las prácticas recientes para la rehabilitación psicosocial, cognitiva y de prevención (ultra alto riesgo), aplicadas a personas con esquizofrenia.

- 1) *Primero paso:* Biblioteca de Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México (FP-UNAM) y Centro de Documentación CD del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), Google y Medline plus, expertos de FP - UNAM / INPRFM. Revistas indexadas, libros, artículos de intervenciones psicosociales y programas de rehabilitación con los temas: psicosis, ultra alto riesgo, esquizofrenia, rehabilitación, remediación cognitiva y tratamiento asertivo comunitario; revisión sistemática y guías clínicas; artículos remisión de síntomas, recuperación funcional y el tamaño del efecto desde 1990 hasta 2017.
- 2) *Segundo paso:* Búsqueda MESH, palabra clave (key word): remediation cognitive and schizophrenia and remission or recovery; ultra high risk and schizophrenia and remission or recovery; recuperación de texto complete.
- 3) *Tercer paso:* Medline complete, Psyc INFO; Psychology and Behavioral Sciences Collection; con la palabra *Mesh* delimitación de la búsqueda enero 2005 a diciembre de 2017: schizophrenia and rehabilitation and recovery and remission resultados: 0 artículos; schizophrenia and rehabilitation and remission resultados: 0 artículos; cognitive remediation therapy and schizophrenia

resultados: 89 artículos; ultra high risk and schizophrenia resultados: 52 artículos.

2.5 Implicaciones éticas del estudio

Sin riesgo bioético, datos de sujetos con diagnóstico psiquiátrico, información indirecta, identidad anónima, no hay intervenciones para el padecimiento, recaídas, incremento de síntomas y re-hospitalización que afecten la conducta o se relacionen con la intervención.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La Esquizofrenia (ES)

La ES, ha sido considerada como un trastorno mental grave, el inicio típico es entre 18 y 35 años (Keshavan, Nasrellah, & Tandon, 2011; Lahti A., Holcomb H., Medoff D., Weiler M., Tamminga C., Carpenter W., 2001; Vallejo R., et al., 2011). Antes de los 16 años es raro y el inicio precoz, se ha asociado con una mayor carga genética, peor evolución y deterioro de la funcionalidad (Vallejo R., et al., 2011). En etapas tardías (posterior a los 35 años), la ES aparece con menor frecuencia, los síntomas y la restauración funcional tienen una remisión parcial o completa, el curso llega a ser benigno, experimentan menos hospitalizaciones y mejor funcionamiento (Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013).

El trastorno tiene un curso heterogéneo, impredecible, crónico, alta prevalencia (Valencia, Caraveo, Colin, Verduzco & Corona, 2014; Vallejo R., et al., 2011); en pacientes psicóticos son característico los pensamientos extraños (Lahti A., et al., 2001) y estos persistente a lo largo del tiempo (Mueser, K., et al., 2013), afecta la época más productiva de los pacientes. Por tanto, existe riesgo de carecer de vivienda, consumir sustancias, suicidio, comorbilidad médica y psiquiátrica, estigma, mortalidad temprana, aislamiento familiar y social, desempleo, participación del sistema de justicia, discriminación y mayor mortalidad (DeVylder J., 2015; Mueser, K., et al., 2013).

La Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) para el tratamiento del paciente con esquizofrenia, 2014; Vallejo R., et al., 2011, señalan que la combinación de etiologías, sintomatología, pronóstico y un tratamiento específico son poco satisfactorios para el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

Se define como una alteración genética del circuito corticotalámico, con factores como el neurodesarrollo, alteraciones neuroquímicas que incluye varios neurotransmisores y la herencia (Keshavan, et al., 2011). El trastorno afecta las *habilidades cognitivas* (demencia precoz) y las *sociales* (deterioro interacción social) (Mueser, et al., 2013; Vallejo R., et al., 2011). Los neurotransmisores funcionan con

deficiencia, la más estudiada es la dopamina, se ha propuesto como mediadora en la conversión de la representación neuronal; de un estímulo externo neutro a una entidad atractiva o aversiva para la persona. Se piensa que, en estos sujetos, la vía dopaminérgica funciona con deficiencias y los estímulos externos neutros se procesan de manera aberrante. Por lo que surgen términos como: «trastorno por desregulación dopaminérgica» y «síndrome de desregulación de la saliencia», Japón utiliza el término “Togo Shitcho Sho” (síndrome de desregulación de la integración). Para obtener más aceptación del diagnóstico (Vallejo R., et al., 2011).

Existe algunas diferencias por género, los hombres muestran menor respuesta al fármaco, peor pronóstico y mayores ingresos hospitalarios respecto a las mujeres (Vallejo R., et al., 2011).

La falta de apego al tratamiento afecta la calidad de vida, por sus iniciales en inglés es conocido como (Q of L) (Mueser, K., et al., 2013; Valencia, et al., 2010; 2014; Vallejo R., et al., 2011).

La depresión es un padecimiento comórbido común que incrementa el riesgo de suicidio de 5 a 7%. (Mueser, et al., 2013).

La interacción genes y ambiente conforma la etiología, la herencia incrementa la probabilidad de sufrir esquizofrenia, a mayor proximidad de otro familiar con ES el riesgo de presentarla incrementa, por ejemplo: gemelo monocigoto 47%; hijo con dos progenitores 40%; hijo y gemelo dicigótico 12%; hermanos no gemelos de pacientes 8% (Mueser, K., et al., 2013; Valencia, et al., 2010; 2014; Vallejo R., et al., 2011).

Las causas de la ES y su naturaleza aún no se comprenden, por lo que generan debates, controversias, culpa, sufrimiento y vergüenza a personas y familias con el padecimiento, así como pérdida de productividad, incremento de gastos y recursos, públicos y privados. (Lehman, Tompson, Dixon, & Scott, 1995). El estrés en las familias y la falta de interacción de los pacientes, afecta la estabilidad, la calidad de vida y se deteriora la satisfacción de necesidades básicas; en conjunto lo psicótico, el deterioro cognitivo, el desgaste emocional y la alta emoción expresada, incrementan las re-hospitalización y las recaídas;

dificulta la habilidad para interactuar en contextos sociales, los persistentes déficits en el funcionamiento psicosocial pueden generar discapacidad (Mueser, K., et al., 2013; Valencia, et al., 2010; 2014; Vallejo R., et al., 2011).

3.2 Síntomas de Esquizofrenia: Positivos, Negativos y Déficit Cognitivo

El trastorno mental llamado “esquizofrenia” se caracteriza por síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones); déficit (anhedonia, apatía) y deterioro cognitivo (Heaton et al., 1994; Lahti A., et al., 2001; Mueser, K., Deavers, F. Penn, D. and Cassisi, J., 2013; Vallejo R., et al., 2011). Los factores comunes de estos pacientes, es que presentan déficits en habilidades cognitivas (demencia precoz) y habilidades sociales (deterioro interacción social). En 1982, Andreasen y Olson [10] separaron la psicosis positiva en distorsión de la realidad y la desorganización. Algunos estudios factoriales, confirman que tres factores agrupan a los síntomas: positivos negativos y cognitivos (Lahti A., et al., 2001).

Desde 1974, se reconoce a la psicosis como uno de los síntomas más importantes de la esquizofrenia, se distingue de los negativos y del funcionamiento social que son dominios independientes (Lahti A., et al., 2001). En ES, se han sistematizado los síntomas a partir de modelos factoriales, los resultados los agrupan en tres grandes factores o dimensiones; que se han descrito como positivos (aumento de la actividad neuronal); negativos (disminución de la actividad neuronal) y de desorganización o cognitivos como tercer factor, que se desprenden de los negativos (déficits cognitivos como los trastornos formales del pensamiento y la conducta bizarra) tienen correlatos fisiopatológicos (Vallejo R., et al., 2011).

Positivos: se caracterizan por los trastornos psicótico, con delirios y alucinaciones (Lahti A., et al., 2001; Mueser, K., et al., 2013; Vallejo R., et al., 2011). La percepción se amplía y distorsiona, genera creencias y conductas opuestas a lo normal, la experiencia se complica y elabora, subyaciendo lo cognitivo (fallo en la inhibición) (Beck, A.T., et al., 2010, p.23). Beck, A., et al., (2010), refieren que Hughlings Jackson, agrupa con el término de síntomas mentales positivos a las ampliaciones y distorsiones de la percepción, las creencias y conductas; elaboraciones de la experiencia, bajo la que subyace un proceso cognitivo (fallo en la inhibición). Una

característica principal de la ES, son los síntomas psicóticos, causan malestar, deterioran el funcionamiento psicosocial, provocan “disfunción social y/o laboral”. También, los déficits cognitivos modifican la competencia psicosocial, ambos son criterios a evaluar; en cuanto a lo funcional / disfuncional para alcanzar la recuperación, la mayor funcionalidad constituye la recuperación (Valencia, M., et al., 2014).

Negativos: son síntomas mentales negativos, que buscan explicar los déficits en el habla, la motivación, la apatía, la emoción, la anhedonia y disfunciones cognitivas. (Beck, A.T., et al., 2010, p. 23; Mueser, K., et al., 2013; Vallejo R., et al., 2011); estos síntomas generalmente son de mal pronóstico (Beck, A.T., et al., 2010, p.23). Hughlings Jackson, los propone y los denomina como “el cerebro roto” y son parte de la explicación del proceso de la enfermedad; representan pérdidas en relación con la experiencia. Existe interrelación causal entre factores biológicos y sintomatología manifiesta, son estados de déficit, subyacen estructuras cerebrales comprometidas por la enfermedad (neuropatología) las manifestaciones clínicas de los síntomas representan un reto permanente, constituyen un problema y hasta el momento no se conoce la forma de mitigarlos, eliminarlos o controlarlos. Las diferentes investigaciones y revisiones tanto de estudios como de instrumentos para evaluarlos encuentran que generan discapacidad que mejoran poco con los antipsicóticos. Los resultados de los tratamientos con fármacos tienen logros limitados y son poco alentadores (Valencia, M., et al., 2014).

Desorganizados: incluye síntomas cognitivos y afectivos con déficits persistentes que generan disfuncionalidad; a lo largo del tiempo se puede incrementar el deterioro (Keshavan, et al. 2011), presentando trastornos formales del pensamiento y conducta bizarra, (Lahti A., et al., 2001; Peralta V. y Cuesta M., 1994; Vallejo R., et al., 2011). El malestar deriva de la falta de control de los síntomas que debilitan y discapacitan progresivamente a la persona que los padece; en estos casos los antipsicóticos tienen una efectividad limitada en remisión y reducida en la recuperación (Valencia, M., et al., 2014) y en la funcionalidad psicosocial incluyendo la laboral (Beck, A.T., et al., 2010, p.23); el

alto porcentaje de deterioro cognitivo en estos pacientes se asocia con *discapacidad*¹ y desempleo (Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., et al., 2012).

Además, la ES se asocia con una pérdida de **la calidad de vida** tanto del enfermo y como de los familiares (Vallejo R., et al., 2011). Los síntomas positivos, negativos y el funcionamiento cognitivo, se consideran parámetros independientes a la **calidad de vida** subjetiva. Para estos pacientes, los síntomas afectivos, son los obstáculos principales para mejorar **la calidad de vida**. Los ensayos transversales y estudios a largo plazo confirman que la mejora precoz de la **Q of L**, impacta en la remisión sintomática y funcional, una respuesta temprana en los síntomas afectivos mejora la **Q of L** (Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I., Lambert, M., 2014).

3.3 Sistemas Diagnósticos para Esquizofrenia

La sistematización es una forma de clasificar el conocimiento, además permite estudiar, realizar predicciones y formular teorías (Vallejo R., Bulbena V., Menchón M., et al., 2011). La Guía Basada en la Evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el Tratamiento del Paciente con Esquizofrenia, que en lo sucesivo será (GuBE /APAL/ APM /TPE, 2014, p.8); señala que el diagnóstico de esquizofrenia conceptualmente tiene deficiencias, no es una enfermedad única y tiene múltiples factores etiológicos y mecanismos fisiopatológicos.

Actualmente, a nivel global, se aceptan dos sistemas de clasificación diagnóstica para los trastornos mentales, el de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), quienes propone la “Clasificación Internacional de Enfermedades”; que está vigente en su décima versión (CIE-10), y en 2014 la “American Psychiatric Association” (APA) ha publicado la quinta edición del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM – 5); para el año 2018 se espera la CIE – 11. Los criterios de clasificación diagnóstica para la ES en la última versión del DSM y la CIE –10, contienen evidentes diferencias.

¹ **discapitado**, **da** del ingl. disabled. adjetivo. Dicho de una persona: Que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida.

El DSM 5 eliminó los subtipos del diagnóstico, ya que se ve como espectro y se señala que tiene relación con el curso y evolución del trastorno; en la CIE existen subtipos y no se identifican síntomas patognomónicos (Vallejo R., Bulbena V., Menchón M., et al., 2011).

La (GuBE/PAL/APM/TPE, p. 8), señala que el DSM 5, tiene cinco cambios específicos, cuatro pretendían un diagnóstico más simple y claro; el quinto, era suprimir los subtipos. Para la CIE 11 se espera algo similar, mejorar la concordancia entre clasificaciones y continuar la homologación entre criterios. Esta labor se realiza desde el DSM – IV – TR al incluir las variedades de la CIE – 10, excepto la forma simple y la denominación de “hebefrénica” que se cambia por “desorganizada”.

Se ha propuesto incorporar nueva información y eliminar los subtipos, eliminar los síntomas de “primer rango” de Schneider y delimitar los trastornos esquizoafectivos y adicionar la categoría de “síndrome de psicosis atenuada”. Vallejo y cols. (2011) considera que en ambos sistemas DSM y CIE, el diagnóstico de esquizofrenia carece de un fenotipo medible en la naturaleza; se combina la etiología, la sintomatología, el pronóstico y la especificidad al tratamiento, por lo que la validez no es satisfactoria y se asocia al estigma social. Algunos aspectos biológicos de la ES, son conocidos (Lahti A., Holcomb H., Medoff D., Weiler M., Tamminga C., Carpenter W., 2001).

Las recientes modificaciones en los criterios de los sistemas diagnósticos para la esquizofrenia han pretendido obtener una mejor descripción y aplicación para el uso clínico, se utiliza otra terminología, la investigación y la hipótesis neurobiológica (Vallejo R., et al., 2011). Los criterios diagnósticos para la GuBE/APAL/APM /TPE, 2014, (p.7–10) de la CIE 10, descritos para la Esquizofrenia son los siguientes subtipos: Paranoide; Hebefrénica; Catatónica; Indiferenciada; Depresión postesquizofrenica; Residual y Simple. En la CIE se clasifica el curso y la evolución, a partir de cinco características y de acuerdo con las siguientes categorías: *Continua*; *Episódica con Deterioro progresivo* o *Defecto estable*; *Remisiones Incompleta* y *Completa*; *Otra forma de evolución* y

Forma de evolución indeterminada, periodo de observación demasiado breve. El DSM 5, describe criterios diagnósticos, que se agrupan de la “A” a la “F”

3.4 Prácticas Basadas en la Evidencia

El término "*práctica basada en la evidencia*" se refiere a las intervenciones efectivas para mejorar el curso o pronóstico de una enfermedad específica con soporte en estudios de investigación rigurosamente realizados. Para enfermedades mentales graves, es un requerimiento fundamental que las prácticas y/o las intervenciones estén estandarizadas y busquen generar resultados relevantes para la remisión de los síntomas que alteran el funcionamiento; las intervenciones deben ser respaldadas por múltiples ensayos controlados aleatorizados (ECA) realizados por al menos dos equipos diferentes de investigación.

La investigación realizada en los ECA debe emplear instrumentos estandarizados para el diagnóstico de la esquizofrenia, contar con muestras de al menos 50 sujetos en estudio y tener bajas tasas de abandono de este (p. Ej., <30%). Para los meta-análisis sobre ES con ECA se requiere que al menos el 70% de la muestra de cada estudio por incluir cuente con el diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia; el diseño debe tener rigurosas características como análisis de cegamiento de evaluadores y/o un grupo control activo. Los meta - análisis con rigor metodológico, proporcionan directrices sobre las intervenciones psicosociales más eficaces (Mueser, K., et al., 2013).

3.5 Intervenciones Farmacológicas para Esquizofrenia

Durante la década de 1950, ha cambiado el panorama para las instituciones psiquiátricas con el descubrimiento de fármacos antipsicóticos y el uso (Davidson, L., Lambert, S., Mc Glasham, T., 2004), se logra prevenir a largo plazo una parte del deterioro (Crow, et al. 1986; Davis, 1985; Greenblatt, et. al, 1965; Johnson, et. al, 1983; May, et. al, 1976), la clorpromazina es un fármaco que se ha denominado *neuroléptico*²

² Neuroléptico: derivado del griego *neuron* y *leipsis*, que quiere decir “contener el sistema nervioso” para describir sus efectos de inhibición psicomotriz. Esto implicaba que las propiedades terapéuticas antipsicóticas y los efectos motores adversos estaban unidos ineludiblemente. La clorpromazina y los compuestos antipsicóticos que surgieron durante los siguientes 25 años se

o antipsicótico típico, que la psiquiatría lo utiliza desde 1952, (Apiquian, et. al. 2007). Este avance en salud mental ha sido alentador, firme y consistente, se logran considerables cambios, desde disminuir la sintomatología hasta la remisión, incluso se ha estructurado el concepto de “remisión sintomática” (Valencia, M., et al., 2014). Este desarrollo ha permitido a los pacientes encontrar el modelo de psiquiatría comunitaria, en donde estas personas por primera vez pueden egresar de los hospitales psiquiátricos para vivir en comunidad; pasando a un proceso de “desinstitucionalización”. Posteriormente se considera que un mejor apego al tratamiento puede obtener mayores beneficios terapéuticos, generando así nuevos fármacos que se han nombrado “antipsicóticos atípicos” o de segunda generación³ (Apiquian, et. al. 2007; Valencia, 2007; Valencia, M., et al., 2014).

La evidencia científica afirma que los antipsicóticos son la estrategia principal que se debe utilizar para tratar la ES, el 60% de los pacientes obtiene una clara mejoría en su sintomatología, mientras el 40% mejora poco y 10 % no mejora (Vallejo R., et al., 2011). Al reducir la severidad de los síntomas y el riesgo de recaída, se ha demostrado la efectividad y se ha logrado que algunos pacientes vivan en la comunidad de forma satisfactoria. Sin embargo, aunque los pacientes tomen medicamentos por incumplir con el uso recae hasta 45% y se reporta hasta en 50% las recaídas (Valencia et. al, 2002; 2004; 2010).

En el trastorno la efectividad de los fármacos confirma un factor (bioquímico), la medicación y la genética han generado el modelo de mente contemporáneo con una vulnerabilidad al estrés, el trastorno se concibe como la interacción entre la vulnerabilidad biológica a la psicosis y el estrés experiencial que provoca la formación de síntomas psicóticos o colapso del estado mental (Davidson, L., Lambert, S., Mc Glasham, T., 2004). Los antipsicóticos han

consideraron pertenecientes a los fármacos neurolépticos en los que los efectos terapéuticos típicamente eran inseparables de los efectos secundarios extrapiramidales (SEPs) que producían.

³ Estos medicamentos han cambiado el perfil de riesgo/beneficio, cuando se desarrolló la clozapina a finales de los años 60s, se comprobó que tenía efectos antipsicóticos pero que carecía de efectos antagonistas sobre la catalepsia, lo que sugería una reducida probabilidad de desarrollar efectos extrapiramidales en los pacientes y, por consiguiente, tener un menor riesgo de producir síntomas motores extrapiramidales. La clozapina se nombró como un neuroléptico o antipsicótico de “segunda generación” o “atípico”. Sin embargo, el término neuroléptico es una denominación poco adecuada debido a que ningún de los antipsicóticos de segunda generación es “neuroléptico” en el sentido de no ser producto de la investigación anestésica, como lo fue la clorpromacina. Así, el término más adecuado para agrupar a este tipo de fármacos es el de medicamentos “antipsicóticos”.

demostrado una eficacia similar para tratar los síntomas positivos (Vallejo R., et al., 2011), cabe señalar que la eficacia es limitada (Ojeda, N., et al., 2012). Los pacientes sólo mejoran o disminuyen los síntomas positivos (ej., alucinaciones y delirios), en el funcionamiento de la vida diaria no ocurre lo mismo ([GBE / APAL / APM / TPE] 2014; Granholm, E., et al., 2015; Grant, P.M., et al., 2012). También es limitada o nula la eficacia para los síntomas negativos y cognitivos, difirieren entre sí en el perfil de efectos secundarios, datos derivados de la investigación encuentran una disminución no significativa de los síntomas negativos (Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L., Cassisi J.E., 2013; GuBE / APAL / APM / TPE 2014; Vallejo R., et al., 2011). Por ejemplo, se ha demostrado que la clozapina ha demostrado tener efectividad en síntomas positivos resistentes a otros antipsicóticos y que disminuye la tasa de suicidio (Vallejo R., et al., 2011). Incluso si cumple criterios para ES refractaria la recomendación es utilizar la clozapina antes de hacer una combinación de los antipsicóticos sin eficacia que han generado efectos secundarios (GuBE / APAL / APM / TPE 2014).

La medicación es un componente necesario del tratamiento, pero por la naturaleza difusa del deterioro neurocognitivo residual y la historia de fallas sociales y funcionales que marcan el desarrollo de adolescentes y adultos, en raras ocasiones es suficiente. En los programas de intervención integral, las intervenciones psicosociales desempeñan un papel crítico y constituyen los componentes necesarios cuando el tratamiento considera un contexto general el funcionamiento del paciente, la calidad de vida y el cumplimiento de los tratamientos prescritos (Bellack, A., s.f.). La evidencia sugiere que se debe poner a prueba el desempeño, el cual puede mejorar, pero un aumento real en la capacidad cognitiva aún no se ha determinado con claridad, algo más importante, es si estos efectos se pueden generalizar en la comunidad (Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW, 1999)

Continúa la búsqueda de las intervenciones más efectiva para incidir y generar estabilidad en los síntomas negativos y déficits cognitivos, (Vigil, T., Fresan, A., Robles, R., Dominguez M., 2015). El tratamiento para los pacientes con ES ha tenido cambios con importantes avances, se ha requerido pasar de la habilidad de aplicar y utilizar un enfoque biológico exclusivo (antipsicóticos) a una visión más integral, al incluir los

factores psicosociales (psicoterapias entrenamiento en habilidades sociales), adaptando las intervenciones con una previa farmacoterapia (neurolépticos). Para la rehabilitación, se conjugan las intervenciones farmacológicas con las psicosociales, el objetivo es alcanzar el mayor beneficio para tratar la ES, al incrementar la estabilidad, prevenir las recaídas y mejora el funcionamiento psicosocial de los pacientes (Mueser, K.T., et al. 2013; Valencia et al, 2002; 2004; 2010).

Pero el conjunto de antipsicóticos y las intervenciones psicosociales han mostrado limitaciones en la eficacia para promover mayores resultados funcionales (Granholm, E., et al., 2015; Grant, P.M., et al., 2012). A esto se le ha denominado “respuesta al tratamiento” es la evaluación de la efectividad de los antipsicóticos utilizados en los estudios clínicos, es la forma de medir lo que se ha llamado “remisión sintomática” que es la remisión de los síntomas psicóticos, ambos elementos se consideran condición fundamental para la “recuperación funcional”, se sabe que el uso del antipsicótico puede alcanzar un 75% de incumplimiento, y que existe una relación de provocar recaídas hasta en un 70 % y con efectos secundarios en un 70% (Valencia, M., et al., 2014).

3.6 Antecedentes de las Intervenciones Psicosociales

Desde un enfoque terapéutico, la psicoterapia para ES ha sido necesaria y está presente hace más de 100 años; el comienzo de la psicoterapia de la psicosis se ha documentado que se puede ubicar en Zurich en la clínica Burghölzli, dirigida por Eugene Bleuler trabajando con Gross, Riklin, Biswanger, Jung, etc.

Bleuler incluyó que para el tratamiento del paciente esquizofrénico existen una serie de elementos básicos: relación constante, análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (Bleuler, E., 1950 en García, C.I. 2008). Adolph Meyer (1950), para la ES ha buscado desarrollar la “cura mediante la palabra”, sostuvo que se puede entender el curso de muchos trastornos psiquiátricos en el contexto de la historia vital de la persona como reacciones funcionales a los encuentros entre las personas y el entorno.

Sullivan durante los años veinte, elabora una perspectiva que se ha convertido en una modalidad de tratamiento de psicoterapia interpersonal en el Hospital Sheppard – Pratt. Fromm – Reichmann, trabajó con pacientes psicóticos crónicos, esto permitió el desarrollo de lo que ha sido el prototipo de la psicoterapia psicodinámica.

Sullivan y Fromm-Reichman, se apoyaron en la propia experiencia para el tratamiento de pacientes psicóticos, hasta que modificaron la técnica clásica, los pacientes se deben ver con una frecuencia inferior a la diaria, con ellos se tiene que actuar más interactivamente durante las sesiones, este trabajo ha sido intensivo, exploratorio y a largo plazo, la comprensión es la principal tarea de la terapia.

La formación de los síntomas se ha considerado dinámica, psicológica y propulsada por el estrés que es especialmente significativo en el pasado y en el desarrollo del paciente. Este tratamiento ha conllevado a la confrontación, clarificación e interpretación del significado al paciente, con la clorpromacina, cambia el objetivo y se inicia la transición de la psicoterapia psicodinámica a la psicoterapia de apoyo y se introduce un cambio, el paradigma es diferente en cuanto a la conceptualización de la esquizofrenia.

Las investigaciones de los años sesenta y setenta ha colaborado en la transición de tratamientos biológicos y causas biológicas, demostrando con claridad la eficacia de los tratamientos farmacológicos y la falta de eficacia de algunos tratamientos psicoterapéuticos (Davidson, L., Lambert, S., Mc Glasham, T., 2004; García, C., 2008).

Una aproximación para un tratamiento integral puede seguir la definición que propone el Dr. Lara – Tapia (2004), quien parafrasea a Anthony (1983; 1993), se puede decir que la rehabilitación es el conjunto de procedimientos de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permiten compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

3.7 Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial ha obtenido prominencia como una modalidad terapéutica importante en la atención de pacientes con trastornos mentales, sobre todo aquellos que tienden a la cronicidad, esta intervención se puede definir como “una aproximación

terapéutica para la atención integral de los enfermos, que anima a cada paciente a desarrollar plenamente sus capacidades, por medio de procedimientos médicos, de aprendizaje y de soporte ambiental” (Anthony, 2009; Lara-Tapia, H. 2004; Lara-Tapia, H., Martínez, A., Morfín, A., et al., 2005).

Se puede decir que la rehabilitación es el conjunto de procedimientos de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permiten compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social. Liberman en 1994, define a la rehabilitación psiquiátrica como “el conjunto de intervenciones biopsicosociales que permitan a las personas con discapacidad, adquirir habilidades cognitivas, emocionales, intelectuales y físicas, necesarias para vivir, aprender, laborar y funcionar en comunidad de la manera más independiente posible” (Liberman, 2008)

3.8 Objetivos de las Intervenciones Psicosociales

En general se ha reconocido que no existe un modelo específico de enfermedad que sustente estas técnicas para las personas enfermas de esquizofrenia, pero goza de amplia aceptación el modelo de vulnerabilidad – estrés propuesto por Zubin y Spring (1977), es una hipótesis de trabajo que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales (García, C., 2008).

La forma holística de entender las enfermedades mentales es la conjugación de otros factores que han influido y que se integran a una diátesis a la vulnerabilidad de estrés, propuesta durante la década de los 70's (Perris, C., 2004 p.50). El fundamento básico para el tratamiento eficaz deriva de una apropiada farmacoterapia para tratar principalmente los síntomas positivos de la esquizofrenia. Además, se requiere de tratamientos psicológicos o psicosociales para la rehabilitación (Vallejo R., et al., 2011).

La investigación ha permitido generar y desarrollar las diferentes modalidades de atención agrupadas en las intervenciones psicosociales, Liberman es un investigador representativo para la rehabilitación de la ES, diseñó un modelo de intervención estructurado en módulos, es una de las

mayores contribuciones (Valencia 2007; 2014). Estas intervenciones han tenido un éxito significativo para los pacientes en la calidad de vida y la prevención de recaídas (Mueser, K.T., et. al. 2013; Valencia 2007). En el entrenamiento en habilidades sociales, existen estudios con evidencia en la eficacia, aunque algunos resultados son controvertidos (Bellack, A., Mueser K., 1993).

Las intervenciones psicosociales son intervenciones específicas, dirigidas a mejorar el funcionamiento social en actividades de la vida diaria, relaciones sociales, empleo y ocio por medio de la identificación y resolución de problemas, este enfoque no se dirige a los síntomas directamente, sino a cambios comportamentales (García, C.I., 2008; Valencia 2004a; 2004b). Entre estos abordajes, se incluyen los relacionados con la rehabilitación o entrenamiento cognitivo, la psico-educación, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de autonomía en la vida diaria o técnica de habilidades de apoyo al empleo u ocupacionales, entre otros, (García, C.I., 2008).

3.9 Intervenciones Psicosociales para Esquizofrenia

Se reconoce que un rasgo central de la ES que se deben tener presente es el impacto por la reducción del funcionamiento psicosocial, incluyendo el autocuidado y las habilidades para vivir independientemente, la calidad de las relaciones sociales y la capacidad de trabajar, ir a la escuela o al cumplir funciones de progenitor (Mueser, K., Deavers, F. Penn, D. and Cassisi, J., 2013; Ursano et al. 2004).

Los pacientes después del primer episodio psicótico tienen una posibilidad de recaída que puede llegar hasta un 70%, en el apego al tratamiento sólo una tercera parte sigue las indicaciones médicas y utiliza el fármaco como base de la recuperación, los pacientes del segundo tercio utilizan los fármacos de forma irregular, y el último tercio se reusa a tomar el medicamento y abandona el tratamiento farmacológico. La evidencia científica genera nuevas propuestas se da prioridad a modelos de intervención más eficientes, los primeros modelos de rehabilitación se han realizado en los países anglosajones, los países que hablan castellano destacan: España y México y de América Latina se suma Perú y la UCLA en los Estados Unidos que ha trabajado con la comunidad latinoamericana (Valencia, 2015).

La literatura de los tratamientos psicosociales para ES se regula con la revisión de los marcos del modelo de recuperación y el modelo de estrés vulnerabilidad. Las intervenciones psicosociales se dirigen en específico al funcionamiento, a grupos de edad, a estadios de la enfermedad, se clasifican como prácticas basadas en la evidencia o prácticas sin evidencia, la eficacia se debe respaldar con metaanálisis o ensayos controlados aleatorios individuales (ECA) (Mueser, K., Deavers, F. Penn, D. and Cassisi, J., 2013).

Se consideran cinco enfoques de tratamiento psicosocial que cuentan con apoyo empírico. Dixon et al, 2010 y Mueser et al., 2013 coinciden que para la ES, las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia son (Dixon, Perkins, & McIntyre, 2010; Mueser, K., et al., 2013):

- 1) El programa de *tratamiento asertivo comunitario* (PACT); en este modelo se generan competencia sociales, comunicación y emocionales son espacio en donde participan psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, los pacientes viven solos en casas o departamentos que pueden ser propiedad del estado y que cuentan con un centro de atención en salud a nivel primario que tenga personal calificado en salud mental para poder atender a esa población y en general están a disposición las 24 horas los 365 días del año, por lo costoso solo EUA lo ha implementado, existen sólo algunas publicaciones.
- 2) Las *intervenciones familiares* (Psicoeducación); como es la *psicoeducación familiar y la terapia de familiar*, ayudan a reducir la emoción expresada familiar, la tasa de recaídas y mejora el funcionamiento social del paciente; es uno de los tratamientos psicosociales más importantes que se ha desarrollado, el énfasis es en cuanto a los efectos positivos de la participación familiar en el proceso de tratamiento. Varios modelos de intervención familiar han sido desarrollados y probados, (Bellack AS, Mueser KM., 1993; Dixon LB, Lehman AF., 1995).

La terapia familiar es un tratamiento para ES desarrollado hace 40 años, casi simultáneamente e independientemente por investigadores que en ese momento no eran terapeutas familiares. El objetivo original era disminuir la emoción altamente expresada como medio para prevenir la recaída, las variaciones

posteriores han ido más allá de centrarse en el funcionamiento social y de roles y el bienestar familiar (Mc Farlane, 2016).

Los enfoques diferentes comparten una serie de elementos comunes denominados psicoeducación que: deben de ser trabajados con las familias. En una relación de colaboración y respeto con la familia, se entrega información sobre la esquizofrenia y el tratamiento, se enseña a los miembros de la familia estrategias menos estresantes y más constructivas para la comunicación y resolución de problemas.

Estudios controlados ha demostrado que los pacientes tienen mejores resultados en las familias que reciben este tipo de terapia familiar ya que también los miembros de la familia informan menos angustia, en contra parte con las familias de los pacientes que no reciben terapia. Se rechaza explícitamente la suposición anterior, que la patología familiar es la causa de recaídas y deterioro; se busca involucrar a los miembros de la familia como socios más sofisticados, complementando las intervenciones médicas con interacciones especializadas y habilidades de afrontamiento que contrarrestan los déficits neurológicos inherentes al trastorno. Ha demostrado ser uno de los tratamientos disponibles más consistentes y efectivos.

Los informes sobre los estudios de resultado suman más de 100, los meta – análisis encuentran que se reducen la tasa de recaída en 50-60% respecto al tratamiento habitual. La aplicación más reciente en el primer episodio y la psicosis prodrómica, combinada con otras intervenciones basadas en la evidencia, arroja resultados más prometedores obtenidos hasta la fecha: el retorno sustancial del funcionamiento y la evitación de la psicosis por completo. Se han revisado las fuentes científicas, teóricas y clínicas, se ha descrito la versión aplicada comúnmente, como el formato de grupo multifamiliar, las cuatro décadas abarcan los ensayos clínicos adaptaciones y estudios sobre la eficacia, (Mc Farlane, 2016).

- 3) El *empleo con apoyo*; Comparte características con el diseño del modelo entrenamiento asertivo comunitario, la diferencia es que está dirigido principalmente a la prevención de las recaídas y la estabilización de los síntomas de los pacientes que logran un empleo competitivo y que deben aprender a afrontar el estrés. Este modelo de tratamiento se ha desarrollado sólo en los Estados Unidos de Norte América, en general se trata de generar

espacios públicos de acompañamiento ubicados en zonas cercanas y dentro de la comunidad de un grupo pequeño de pacientes para dar atención y seguimiento a los pacientes que han participado en un programa de rehabilitación integral y lograron obtener un empleo, se trata de reducir el estrés y generar competencias psicosociales, emocionales y sociales con una comunicación más efectiva para expresarse y para que se puedan desempeñar con eficiencia en diferentes entornos. Además de prevenir recaída, se atienden los diferentes síntomas del padecimiento en la fase aguda, se reducen las recaídas y posterga el deterioro.

- 4) La *terapia cognitivo conductual (TCC p) para la psicosis*; primero se requiere tiempo y experiencia del terapeuta para lograr resultados con los pacientes, un eje principal del tratamiento es que se les solicita evidencia empírica para que sustente las afirmaciones o los saltos a la conclusión que son ideas precipitadas, estas afirmaciones son frecuentes y los pacientes con frecuencia incurren al concluir y afirmar ideas o pensamiento como ciertos o válidos.

En el modelo de *terapia cognitiva – conductual*, se parte del principio que los medicamentos de nueva generación no cuentan con una alta efectividad para todos los pacientes, los antipsicóticos son eficaces para reducir los síntomas positivos principalmente. Recientemente, el interés en enseñar a los pacientes estrategia de afrontamiento para controlar los síntomas residuales se ha incrementado.

El Reino Unido han publicado hallazgos prometedores para intervenciones que emplean técnicas de terapia cognitivo-conductual (p. ej., conversación personal, análisis racional) para reducir la angustia asociada con alucinaciones y delirios (Birchwood M, Tarrrier N, eds. 1992; Wykes T, Tarrrier N, Lewis S, eds. 1998). Es necesaria mayor investigación para la exploración, la estabilidad y la generalización de estos enfoques.

Otra técnica más conductual es *el entrenamiento en habilidades sociales*; en este enfoque de tratamiento se puede proporcionar a los pacientes de forma individual o grupal, implica enseñar sistemáticamente comportamientos específicos que son críticos para el éxito en las interacciones sociales de los pacientes (Bellack AS, Mueser KT,

Gingerich S, Agresta J., 1997; Liberman RP., 1995). *El entrenamiento en habilidades sociales* desde hace más de 25 años se ha desarrollado, es probable que sea el método de tratamiento psicológico más ampliamente estudiado para los individuos con ES, extensa literatura documenta su eficacia (Bellack AS., 2001). Es efectivo como coadyuvante en la reducción de la sintomatología y en la mejora del funcionamiento psicosocial.

Dixon et al., (2010) propone que se deben agregar, los programas de intervención temprana para retrasar o prevenir la recaída;

Mueser et al., 2013, además incluye la remediación cognitiva.

5) La *rehabilitación cognitiva*. Se sabe que las deficiencias neurocognitivas, marcan una característica de la esquizofrenia que tienen un impacto significativo en el funcionamiento en la comunidad y sólo se mejoran parcialmente con la medicación. Como consecuencia para el desarrollo de estas intervenciones se ha dedicado un considerable esfuerzo con programas de rehabilitación cognitiva, para aumentar la capacidad de memoria, la atención y las habilidades de resolución de problemas de alto nivel (Brenner HD, Kraemer S, Hermanutz M, Hodel B. 1990; Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. 1999). La mayoría de estas técnicas emplean la práctica repetitiva en tareas neurocognitivas y utilizando fundamentalmente las computadoras.

6) El entrenamiento de autogestión de enfermedad.

Existen prácticas *sin evidencia científica* como son: a. La terapia adaptativa cognitiva; b. La TCC para el trastorno de estrés postraumático; c. El primer episodio de intervención psicótica; d. Las intervenciones de estilo de vida saludable; e. El tratamiento integrado de trastornos co-ocurridos; f. Las intervenciones dirigidas a personas mayores; g. Los servicios de apoyo de pares; h. Capacitación, educación apoyada y vivienda apoyada. (Dixon, Perkins, & McIntyre, 2010; Mueser, K., et al., 2013):

En algunos meta – análisis, se ha encontrado que las psicoterapias son equivalentes en eficacia, otros señalan que existen diferencias entre tratamientos en la eficacia relativa y se ha demostrado la eficacia absoluta de algunas intervenciones para

psicosis, existen resultados que sugieren que hay intervenciones que no han demostrado ser confiables.

La evidencia más extensa para los meta-análisis ha sido proporcionada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE), se comprende poco sobre la eficacia relativa de los tratamientos psicológicos para psicosis; por ejemplo no se ha evaluado el riesgo de sesgo, han tenido poca efectividad en las comparaciones de intervenciones psicológicas contra otros tratamientos activos, se han incluido las comparaciones de subgrupos para síntomas positivos y negativos.

Otros meta-análisis comparativos, no han demostrado consistentemente la superioridad de la intervención de interés. La controversia sobre cuáles son las intervenciones psicológicas más eficaces para la psicosis aún continúa vigente.

A partir del NICE, los ECA compilados han comparado al menos dos intervenciones psicológicas para psicosis y han combinado condiciones de comparación. Existen limitaciones en los meta-análisis NICE y en los estudios nuevos que se han publicado desde entonces, este argumento puede justificar otros meta-análisis comparativos. Los anteriores solo examinan TCC y las comparan con los tratamientos activos, es necesario realizar un análisis para considerar todos los tipos de intervención con los estudios necesarios, mejorar la comprensión de la terapia más eficaz, en particular para qué síntomas (Wright, Datta, & Kumar, 2012).

Existe un consenso en cuanto a la rehabilitación y al tratamiento de las personas con ES, las intervenciones psicosociales, que desempeñan un papel esencial. El optimismo sobre los tratamientos psicosociales para la ES ha disminuido a través de los años (American Psychiatric Association., 1997; Lehman AF, Steinwachs DM., 1998; Mc Evoy JP, Scheifler PL, Frances A, eds., 1999). El término "tratamiento psicosocial" puede ser limitado o que no "funcione"; al aplicarse estrechamente el término "tratamiento" para lograr la remisión de episodios agudos, el control de los síntomas y la prevención de recaídas. Los criterios por los que se juzga una intervención para esta

enfermedad no tienen que ser únicos. La característica de la ES es que es un trastorno multifacético, crónico que genera discapacidad, involucra deficiencias marcadas en el funcionamiento del rol social (como cónyuge o trabajador), se presentan altas tasas de enfermedades médicas y en general una mala calidad de vida (Bellack, A., 2010).

3.10 Intervenciones Psicosociales Individuales para Esquizofrenia.

Gabbard ha señalado que con el estudio de Stanton en Boston, se buscó corregir fallas de estudios previos como el de Gunderson et al., 1984, por lo que buscaron conocer los efectos de la psicoterapia en pacientes ambulatorios, no crónicos de diversas instituciones, con diagnóstico de esquizofrenia el proyecto diseñó y definió la forma de psicoterapia que se debe de administrar, fueron dos tipos de terapias: psicoterapia de apoyo para adaptación a la realidad (RAS) y la psicoterapia exploratoria orientada al insight (EIO), se asignaron 164 pacientes, permanecieron 95 en los tratamientos asignados al menos seis meses y al término de los dos años de seguimiento se obtuvieron los datos completos sólo de 47 participantes (Gunderson y col., 1984; Stanton y col., 1984). En este estudio únicamente un tercio completó los dos años del proyecto y se basaron las comparaciones definitivas para cada tratamiento con 20 sujetos (Carpenter, 1984).

Gunderson y Mc Glashan (1984, 1987), obtuvieron hallazgos coherentes que provienen del estudio Chestnut Lodge con 163 pacientes con esquizofrenia previamente hospitalizados con seguimientos a largo plazo, 15 años después del alta en promedio, que recibían psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente, de estos pacientes cerca de un tercio tuvieron resultados de moderados a buenos (Mc Glashan, 1984). De acuerdo con Gunderson (1987) cuando son parte de un estudio y no se asignan de manera específica, dos tercios de pacientes con esquizofrenia abandonan la psicoterapia, reconoció que se dificultó el involucramiento de los pacientes en un proceso psicoterapéutico a largo plazo.

La terapia personal es específica para este trastorno de entre las intervenciones psicosociales individuales (Hogarty y cols. 1995, 1997^a, 1997^b), es la más rigurosamente probada, fundamentada en la investigación de la enfermedad en el modelos de estrés – vulnerabilidad y considera que la desregulación afectiva

relacionada con el estrés juega un papel central en la exacerbación de los síntomas, esta intervención procede en fases y cada fase se confecciona de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Hogarty y cols. (1997^a, 1997b) asignaron 151 pacientes con esquizofrenia a terapia personal o a uno de dos tratamientos comparativos de forma aleatoria: terapia familiar y de apoyo, los siguieron después del alta hospitalaria durante tres años, terminando el estudio de forma prematura 18% pacientes, la mayoría no estaba en el grupo de terapia personal. Al iniciar el foco está en la estabilización clínica de los síntomas durante los primeros meses de alta, el desarrollo de la alianza terapéutica y la provisión de psicoeducación básica; la intermedia ayudar al paciente a que tome conciencia de señales afectivas internas asociadas con los estresores, en este punto también puede iniciar el entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de relajación y entrenamiento para aumentar la percepción social; y la avanzada provee oportunidades para la introspección, se da instrucción en los principios de la resolución de conflictos y el manejo de la crítica.

3.11 Aprendizaje Verbal y Memoria

Los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por anomalías neurológicas, que se evalúan mediante el examen clínico. Estas anomalías representan las principales características de la enfermedad. Bombin I., Arango C., Buchanan R., (2005), realizaron una búsqueda bibliográfica en bases de datos informáticas como: MEDLINE, PSYCHLIT, EMBASE y COCHRANE, que se limitó a los artículos publicados entre enero de 1988 y mayo de 2005. Revisaron estudios que abordan la validez de los signos neurológicos como rasgo característico de la esquizofrenia. Los resultados encuentran que los signos neurológicos ocurren en la mayoría de los pacientes con esquizofrenia; su aparición es independiente de las variables demográficas y de la mayoría de los medicamentos. Los signos neurológicos se asocian con síntomas negativos y deficiencias cognitivas. La evidencia que hay sugiere que su ocurrencia está bajo control genético y concluyen que existe evidencia que sugiere la hipótesis de

que los signos neurológicos representan un rasgo característico de la esquizofrenia (Bombin I., Arango C., Buchanan R., 2005).

Se ha descrito por Jonides, la conveniencia de utilizar un planteamiento deductivo, que implique métodos sofisticados de neuroimágenes y paradigmas cognitivos para especificar los procesos y los componentes que están alterados en los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Cho y cols., (2005), han señalado que es necesario desarrollar nuevos biomarcadores capaces de detectar la eficacia de los tratamientos cognitivos para la esquizofrenia, al identificar diversas necesidades de validación de biomarcadores basados en neuroimágenes funcionales o en metodologías electrofisiológicas, se ha incluido la evaluación de la viabilidad de test – retest y de las respuestas farmacológicas. Se han reconocido los posibles biomarcadores, basados en la tomografía de emisión de positrones o la psicofisiología, y así se han mejorado los estudios farmacológicos.

Barch, (2005), identificó diversas prioridades específicas en investigación necesarias para comprender mejor las disfunciones cognitivas para la esquizofrenia, como alteraciones en la memoria de trabajo, el control ejecutivo y la memoria episódica en la esquizofrenia, estas pueden estar relacionadas o influir y dar lugar a trastornos de la emoción, la motivación y el estrés (Barch, 2005; Geyer M., and Heinssen R., 2005). Ya que la investigación que examina las influencias de los tratamientos farmacológicos en la motivación y el procesado hedónico de los estímulos cargados afectivamente se han considerado importantes. Green y cols., (2004), revisaron las investigaciones de los déficits de la cognición social en la esquizofrenia, e hicieron hincapié en que este tipo de trabajos se encuentra en los inicios y que se deben plantear de forma interdisciplinaria desde diferentes perspectivas (Geyer M., and Heinssen R., 2005).

3.12 Teoría de la Mente (ToM) en Psicosis

Es un dominio de la cognición social (SC), es la atribución de estados mentales a uno mismo y a otras personas, como intenciones, creencias, emociones, para entender y predecir el comportamiento; en esquizofrenia se reconocen algunas deficiencias (Brune et al 2012, Bora et al., 2014). Existe correlación con el resultado funcional, la SC media entre los déficits neurocognitivos y el funcionamiento diario. Las discapacidades en

ToM y los déficits tempranos del trastorno aún se investigan. El subgrupo que presenta el síndrome de déficit (SD), se caracteriza por síntomas persistentes, negativos e idiopáticos (Csukly, Polgár, Tombor, Benkovits, & Réthelyi, 2014).

Kirkpatrick, Castle, Murray y Carpenter 2000, utilizan el concepto de déficit que da validez al SD. La investigación en esquizofrenia, se centra en reconocer lo emocional, la cognición social y las neurocognición (Fett et al., 2011).

A partir del SD, se investigan las deficiencias de estos dominios, existe evidencias de los déficits de ToM y los vínculos con síntomas negativos. Durante el primer episodio de esquizofrenia y cuando es crónica los déficits se asocian con la pobreza psicomotora y síntomas negativos generales, se distingue entre cognitiva y afectiva. Los pacientes con alto nivel de síntomas negativos tienen un deterioro selectivo en la función afectiva, en la capacidad de atribuir estados mentales y afectivos a otros. Se continúan investigando la relación de ToM y síntomas negativos, déficits tempranos de esquizofrenia y ToM (Csukly et al., 2014).

3.13 Programas Cognitivos “Cognitive Remediation” (CR)

La remediación cognitiva es un tratamiento eficaz para la esquizofrenia y, cuando se usa en tratamientos psicosociales más amplios, mejora la transferencia al cambio de comportamiento del mundo real. Se generaliza de manera efectiva a la competencia funcional y el funcionamiento del mundo real como un tratamiento independiente y cuando se combina con un tratamiento de habilidades funcionales (Bowie et al., 2012). También a nivel individual, la terapia de remediación cognitiva (TRC) ha demostrado eficacia para mejora la función social y cognitiva (Tan et al., 2016).

En ES, la cognición ha sido un enfoque importante, se ha propuesto que son detectables tres épocas. En la investigación cognitiva reciente (aproximadamente en los últimos 20 años) se han fusionado con otras disciplinas que son distintas en énfasis y métodos, reflejan los contextos científicos contemporáneos. En ES el tema de la cognición se extiende a una amplia gama de áreas, incluso se incluyen ensayos clínicos, genética, resultados

y neurociencia. Se piensa que en la investigación de la ES, la cognición desempeña una importante función (Green & Harvey, 2014). Los objetivos del tratamiento psicoterapéutico para personas con ES, se han centrado en síntomas positivos, reducir la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones (Asociación psiquiátrica mexicana, 2014, pp. S67; Valencia, M., Moriana, J. A., Kopelowicz, A., Lopez, S. R., & Liberman, R. P., 2015).

En cuanto a las intervenciones cognitivas conductuales TCC, la remediación cognitiva, trata de mejorar el rendimiento de la persona en dominios cognitivos como la atención, memoria y aprendizaje, funciones ejecutivas, lenguaje, cognición social o la meta – cognición, el propósito es que el beneficiario adquiera estrategias eficientes para un funcionamiento vital, adecuado, general y duradero (Cognitive Remediation Experts Workshop, 2010). Este tratamiento se sustenta sobre los modelos teóricos de restauración (estimulación repetida), optimización (utilización de sistemas cognitivos conservados) y compensación (aprendizaje de estrategias alternativas o ayudas externas para suplir la función perdida) (Tate, 1997).

Twamley, en 2006 crea el Programa de Entrenamiento Cognitivo Compensatorio (ECC), utilizando estas aproximaciones teóricas, lo que trata es abordar y rehabilitar los déficits cognitivos para ayudar a la persona a afrontar de otra manera estas limitaciones. El uso está indicado en los casos cuando la recuperación de la capacidad cognitiva deteriorada resulte poco probable. Se centra en la rehabilitación de cuatro dominios cognitivos: I) Atención concentración II) aprendizaje y memoria; III) Memoria prospectiva (recordando para recordar) y IV) resolución de problemas y flexibilidad cognitiva, que son dominios básicos e imprescindibles para un funcionamiento socio laboral y una buena calidad de vida (Twamley, E., Bengoetxea E., Mondragón A., Ojeda, N., 2014).

La terapia tradicional con medicamentos en conjunto con los programas de rehabilitación psicosocial desde la década de 1990, incluye la terapia cognitiva de rehabilitación, remediación o corrección cognitiva “*cognitive remediation*” (CR) (Lee & Lee, 2017).

Durante 2014, se realizó una reunión de expertos en la Sociedad Internacional de Ensayos Clínicos y Metodología del SNC (ISCTM), se consensa que el deterioro

cognitivo y la discapacidad funcional son objetivos de tratamiento con la misma relevancia (Keefe et al., 2016). La gravedad del deterioro cognitivo, la gravedad de los síntomas positivos o la posibilidad de beneficiarse funcionalmente del tratamiento. La CR puede proporcionar beneficios sustanciales en combinación con medicamentos procognitivos, la minoría piensa que los medicamentos pueden ser administrados solos (Keefe et al., 2016).

El enfoque característico está en los síntomas residuales como alucinaciones o ideas delirantes, apego al tratamiento y algunas habilidades sociales y de autocuidado. Es necesario desarrollar modelos de tratamiento para los síntomas negativos como alógi, desmotivación y déficits cognitivos, la atención genera fallas en la memoria reciente, representan la mayor queja de familiares y cuidadores encargados de la ES (Turington 2011 en Asociación psiquiátrica mexicana, 2014, pp. S67) Wykes et al., 2011 señala que la CR, es una intervención conductual diseñada para mejorar los déficit cognitivos mediante la práctica repetida de la tarea y / o la adquisición de estrategias, se utiliza en personas con ES, pero persisten diferencias sustanciales en la respuesta al tratamiento (Corbera et al., 2017). La CR, es eficaz produce efectos moderados en la cognición a nivel grupal e individual para pacientes con ES (Lewandowski K., 2016). La terapia CR, se dirige a las dificultades cognitivas de los trastornos psiquiátricos. Los programas de CR son recientes para psicosis enfocados a las habilidades meta-cognitivas (Cella M., Reeder C., Wykes T.,2016).

Las técnicas de remediación cognitiva tienen el objetivo de restaurar o compensar estas alteraciones y mejorar el resultado funcional. La eficacia de estas técnicas es convincente, en especial cuando se presenta en el contexto de un programa de tratamiento integral. Aplicar las técnicas en las primeras fases podría modificar el curso de la patología. Sigue en escrutinio el resultado y cómo podrían afectar la plasticidad cerebral y la trayectoria de la ES (Vita et al., 2014). Los déficits cognitivos tienen un papel central en la recuperación de la ES. La CR tiene potencial para mejorar las funciones cognitivas en ES. Se convierte en un componente inevitable del tratamiento para esta enfermedad debilitante

(Hegde, 2017). La CR mejora el rendimiento cognitivo en adultos con ES en ensayos controlados aleatorios (ECA). Sin embargo, a menudo se observan mejoras en el rendimiento cognitivo en los grupos control de ECA.

Aún se carece de un examen exhaustivo de los cambios en los grupos control para CR, que mejore los resultados para la remediación cognitiva (Toledo et al., 2017). Lee & Lee, 2017 analizan programas de rehabilitación cognitiva, con la terapia cognitiva de remediación desarrollada desde los noventa. Incluye el entrenamiento cognitivo social y las formas más recientes de rehabilitación cognitiva computarizada. Encuentra que existen diferencias en los dominios cognitivos, los entrenamientos de corrección neurocognitiva tienen efectos beneficiosos sobre el procesamiento visual temprano, la atención y función ejecutiva.

El estudio de Bowie et al., (2012), con pacientes ambulatorios y diagnóstico de esquizofrenia (N = 107), se asignaron aleatoriamente para recibir rehabilitación cognitiva, capacitación en habilidades de adaptación funcional o tratamiento combinado, con remediación cognitiva previa al entrenamiento de habilidades funcionales. Se evaluaron al inicio del estudio, al final del tratamiento y en una evaluación de durabilidad de 12 semanas, los síntomas clínicos, la neurocognición, la competencia social, la competencia funcional y el comportamiento del mundo real. En cuanto a los resultados, la neurocognición mejoró, con efectos duraderos, después de la corrección cognitiva pero no después del entrenamiento de habilidades funcionales. La competencia social mejoró tanto con el entrenamiento de habilidades funcionales como con el tratamiento combinado, pero no con la remediación cognitiva sola. Las mejorías en la competencia funcional fueron mayores y más duraderas con el tratamiento combinado. La remediación cognitiva por sí sola no produjo mejoras significativas en el comportamiento del mundo real, pero cuando se combinó con el entrenamiento de habilidades funcionales, se observaron mejoras significativas estadísticamente desde el inicio hasta el final del tratamiento y seguimiento en actividades comunitarias o domésticas y habilidades laborales. En el análisis del número necesario para tratar se sugiere que se requieren solo tres casos para que el tratamiento induzca una mejora significativa en las habilidades funcionales. Bowie et al., (2012), concluyen que en una intervención breve, la remediación cognitiva produjo

mejoras robustas en neurocognición. La generalización a la competencia funcional y el comportamiento en el mundo real era más probable cuando el entrenamiento de habilidades suplementario y la remediación cognitiva se combinó (Bowie et al., 2012).

El meta-análisis de Cohen, A., and Minor, K., (2010), sobre la neuropsicología del síndrome de déficit emocional, el subgrupo se caracteriza por síntomas negativos persistentes e idiopáticos, incluyendo afecto aplanado, anhedonia, pobreza del habla, restricción del interés, falta de sentido del propósito y disminución de la capacidad social; encuentra que los pacientes con déficit muestran más pobreza en el dominio de la cognición social. Los síntomas se manifiestan durante períodos de estabilidad clínica, no son secundarios, debido a depresión, ansiedad, efectos secundarios de medicamentos, síntomas positivos, abuso de sustancias o privación psicosocial. Antes no habían encontrado diferencias en la discriminación de afectos.

Corbera et al., (2017), evaluó en rangos de edad la respuesta al tratamiento de la CR, 112 adultos con ES, con una grupo control de habilidades informáticas emparejada en un ensayo controlado aleatorio (ECA) tres grupos: 25 años o menos, media= 3,4 años de enfermedad, n= 45), un grupo de crónica temprana (CE, 26 39, media =7,6 años de enfermedad, n= 31) y un grupo tardío crónico, media = 18,2 años de enfermedad, n = 36) (Corbera et al., 2017).

Csukly, et al., (2014), trabajó con 87 sujetos: 28 ES-ND, 30 ES-D y 29 control, examina las diferencias entre pacientes con esquizofrenia con déficit (ES-D) y sin déficits (ES-ND), espera que las mujeres tengan mejor desempeño en ToM, los criterios diagnósticos para esquizofrenia deficitaria se cumplen en 15% primer episodio y el 25-30% crónica. En la severa, los que presentan el síndrome sufren mayor discapacidad social y ocupacional a largo plazo, tienen resultados pobres en términos de recuperación (Csukly et al., 2014)..

Strauss et al., (2010), reporta que los pacientes con síndromes de déficit muestran mayor afectación en el reconocimiento de rasgos facial y dificultades en discriminar que los pacientes sin deficitarios y controles; los resultados indicaron que los pacientes con esquizofrenia deficitaria muestran dificultades

significativamente mayores para etiquetar el afecto facial y para discriminar caras al compararse con los controles y pacientes sin déficit, así como un peor rendimiento en la tarea básica de procesamiento de la cara visuoperceptual; esto sugiere que los problemas con el procesamiento del afecto facial pueden estar mediados por un deterioro más general en el procesamiento visuoperceptual. Sin embargo, dentro de este patrón de deterioro más generalizado, los pacientes con síndrome deficitario se caracterizaron de manera única al procesar las caras positivas con menos precisión que las caras negativas. Los hallazgos sugieren que las anomalías en el procesamiento de la emoción facial se asocian con los síntomas negativos de la esquizofrenia, con un déficit único en el procesamiento de las emociones positivas que se destacan en el contexto más amplio de deterioro generalizado, (Strauss et al., 2010).

La revisión de Hegde en 2017, presenta el estado actual de la remediación cognitiva RC para ES. Contrasta los estudios reportados en el mundo con su país, sobre RC para ES. Encuentra dos ensayos controlados aleatorios (Hegde, 2017).

El estudio de Garrido en 2017, investiga la efectividad del CACR y examinar el uso y costo de los ingresos psiquiátricos agudos antes y después del CACR. Para el estudio sesenta y siete participantes iniciales; el seguimiento, incluyó 33 participantes en total, 20 grupo CACR y 13 grupo control activo. Todos los evalúan en la línea base, post-terapia y 12 meses después en neuropsicología, QoL y autoestima. El uso y el costo de las admisiones psiquiátricas agudas se recolectaron retrospectivamente en basal, 12 meses, 24 y 36 meses después de la terapia(Garrido et al., 2017).

Schutt, et al., (2017), implementa la Cognitive Enhancement Therapy (CET) para maximizar la eficacia del tratamiento mediante el aumento de la participación social en las sesiones de grupo CET con la interacción social. Seis participantes cumplieron criterios, incluyendo esquizofrenia crónica grupo de 30 residentes. Después de dos meses de CET, mediciones pre y post prueba, cognitivas y se realizaron entrevistas cualitativas periódicas. La interacción se observó en casa y el personal se entrevista en un grupo focal (Schutt, Seidman, Eack, Deck, & Keshavan, 2017).

En el estudio de Tan et al., (2016), se evaluó la eficacia de la TRC grupal en sujetos chinos con esquizofrenia, con ciento cuatro pacientes hospitalizados asignados aleatoriamente a 40 sesiones de terapia de CRT en grupos pequeños o a terapia de

baile y terapia musical combinada por contacto (MDT), 44 individuos en el grupo de CRT y 46 en el grupo de MDT completaron todos los tratamientos y análisis planeados; los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento. La evaluación se realizó respecto al funcionamiento cognitivo y social, de los síntomas clínicos a lo largo del tratamiento; en específico, la función cognitiva usando una batería de mediciones cognitivas, los síntomas clínicos con la Escala de Síndromes Positivo y Negativo, y la función social con la Escala de Observación de Enfermeras para Evaluación de Pacientes Internados que en total fueron 30 (Tan et al., 2016).

Entre los resultados, las funciones cognitivas, especialmente la flexibilidad cognitiva y la memoria, mostraron una *mejora significativa* en el grupo de TRC a lo largo del estudio. El grupo de MDT también mostró una *mejoría* en varias evaluaciones de flexibilidad cognitiva, pero el grado de *mejoría* fue significativamente mayor en el grupo de CRT. Varios factores de función social mostraron una *mejora significativa* en el grupo de CRT, pero no en el grupo de MDT. La *mejora de la función cognitiva* se correlacionó positivamente con la función social sin predecir el cambio de función social. Por lo que llegan a la conclusión que la TRC grupal es una *terapia efectiva y prometedora* (Tan et al., 2016).

3.14 Intervenciones Cognitiva – Conductual para Esquizofrenia

La década de los 50's fue histórica para las terapias cognitivas en especial para las intervenciones cognitivas para psicosis, Beck A., (1952) realizó el primer intento de intervención con base en los modelos cognitivos para pacientes psicóticos y lo ha publicado en un artículo acerca de un paciente con paranoia (García, C., 2008; Davidson L., Lambert S., and Mc Glasham T.H., 2004, p.24). El trabajo de Beck (1952) estuvo centrado en el tratamiento de la depresión, pero ha realizado incursiones en el tratamiento de los delirios, la terapia cognitivo-conductual incluye las fases de valoración, identificación de problemas clave, intervención y prevención de recaídas, durante toda la terapia se aporta apoyo, información y educación (García, C., 2008). Durante los años 50, la revolución cognitiva se intenta presentar como alternativa a los

modelos racionalistas y mecanicistas en psicología, buscando redefinir los presupuestos epistemológicos (Goncalves, O., 2002).

La terapia debe comenzar con la evaluación de los síntomas (síntomas psicóticos, depresivos, ansiedad, ideas suicidas, aislamiento, problemas económicos, cotidianos, etc). Después en conjunto paciente – terapeuta, ambos formulan los síntomas claves e identifican su correlato cognitivo – conductual, así como las creencias y estrategias de afrontamiento involucradas, se desarrollan técnicas de focalización y exposición, respuesta racional y retribución, modificación del pensamiento, distracción, realización de actividades por medio de la discusión, cuestionamiento inductivo, imaginación, role playing, asignación de tareas, etc., (García, C., 2008).

El meta-análisis que realizaron Rector y Beck (2001) así como la revisión de Dickerson (2004) encuentran que la terapia cognitivo-conductual frente al apoyo o tratamiento convencional, mejora la evolución, los efectos beneficiosos de este tipo de intervenciones tanto en los síntomas positivos como en los negativos (Dickerson F., 2004). García (2008), encontró que las intervenciones cognitivo-conductuales se puede dividir de forma práctica:

Primero. Las Estrategias específicas están orientadas directamente al tratamiento de los síntomas: se destacan aquellas cuyas técnicas se orientan al tratamiento de pacientes crónicos con síntomas resistentes al tratamiento farmacológico: síntomas positivos, depresivos y en general cualquier tipo de síntoma puede beneficiarse de la terapia cognitivo – conductual, si bien son los síntomas negativos en los que parece que existe un efecto menos marcado (Turkington, D., y otros, 2004; Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P. J., 2006)

Segundo. En estas los objetivos son más globales buscan la adaptación del paciente, intentando influir en la evolución y recuperación del mismo; Tarrier, cols. (1993) con el desarrollo de estrategias como el «Coping Strategy Enhancement», basado en el aprendizaje en resolución de problemas, prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento obtienen mejores resultados que con otras técnicas cognitivas de intervención (Tarrier, N., et al., 1993). En general, Beck y Rector (2005) demostraron que las intervenciones cognitivas tienen una repercusión en el individuo,

disminuyen el malestar asociado a alucinaciones auditivas y delirios (Beck, A., Rector, N., 2005).

La terapia cognitiva ha estado evolucionando a modelos globales, se ha centrado menos en los síntomas poniendo más énfasis en la persona y su situación. Chadwick et al. (1996), describieron cómo los síntomas suelen aparecer en períodos de ansiedad, de amenaza para el yo y recomiendan tener en cuenta estos factores en las intervenciones (Chadwick, P.; Birchwood, M.; Trower, P., 1996).

Turkington et al. (2006), definieron las etapas clave que deben ocurrir durante la terapia cognitivo-conductual y que deben incluir: 1) desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente; 2) desarrollo de explicaciones alternativas a los síntomas de la esquizofrenia; 3) reducir el impacto de síntomas positivos y negativos; 4) ofrecer alternativas al modelo médico para facilitar la adherencia al tratamiento (Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P. J., 2006).

Chadwick et al. (2006), para lograr un mayor avance describió un modelo de intervención cognitiva, basado en la persona (Chadwick, P., 2006); pero la relación terapéutica se entiende desde un punto de vista de Rogers (Rogers, C., 1961) y ocupa un lugar principal en el proceso terapéutico; incluye la meditación (como forma de aliviar el malestar originado tanto por experiencias psicóticas como por su significado y producir bienestar) dentro de los elementos de la terapia; define el insight metacognitivo, para conceptualizar el estrés y articular los procesos de cambio y el concepto de self tanto como esquema como proceso.

Para la esquizofrenia, ha sido rápido el desarrollo de las intervenciones psicológicas basada en la evidencia, la primera clínica de entrenamiento estuvo en el Reino Unido en los tempranos 1990s. La mayoría de los protocolos de la Terapia Cognitiva Conductual para la psicosis (CBTp), tiene como objetivo los síntomas positivos, las alucinaciones que con frecuencia se considera una percepción sensorial de estímulos cuando en realidad no existe, la auditiva es la que se presenta con mayor frecuencia, a la investigación clínica se le pone mayor atención, pero puede ocurrir en cualquier tipo de modalidad sensorial.

Además, diversos estudios sugieren que alrededor del 3% de la población puede tener la experiencia de escuchar voces; y los delirios que es el síntoma asociado a la esquizofrenia con mayor frecuencia, se presenta en alrededor del 75 % de aquellos que reciben cuidados hospitalarios (Steel C., 2013).

En el meta – análisis de Benton y Schroeder (1990), incluyeron 27 estudios controlados, concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y personal, reduce reingresos y atenúa síntomas (Benton, M., Schroeder, H., 1990). Las habilidades adaptativas de la vida son una fuente importante de discapacidad en pacientes con esquizofrenia, el despliegue de estas habilidades se complica por factores que interfieren en entornos reales, se ha buscado relacionar estas habilidades con el desempeño en pruebas neuropsicológicas. Por lo que, se propuso una evaluación de la capacidad para la realización de habilidades en condiciones óptimas (evaluar la capacidad funcional), como un medio para aclarar esta relación. (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, Robert, & Harvey, 2006).

En un estudio con N= 78 pacientes mayores de 50 – 85 años, diagnosticados con esquizofrenia, se examinó el curso de las habilidades neuropsicológicas y adaptativas de la vida, se utilizó una medida basada en el desempeño (UCSD Performance – Base Skills Assessment) y se examina la capacidad funcional y los administradores de casos para evaluar las funciones adaptativas del mundo real como: habilidades interpersonales, habilidades laborales y las actividades comunitarias. Los síntomas de los pacientes se han evaluado con un auto – informe y calificaciones clínicas y el desempeño neuropsicológico utilizando una batería, se ha realizado un análisis de trayectoria confirmatoria, para evaluar los efectos del rendimiento neuropsicológico la capacidad funcional y los síntomas en los diversos dominios del funcionamiento del mundo real (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, Robert, & Harvey, 2006).

La ciencia cognitiva buscó la comprensión de la organización funcional del cerebro, se apoya en las técnicas de neuroimagen y en la investigación clínica, la neurociencia cognitiva, combina numerosos avances y logra impactar la comprensión sobre las relaciones cerebro – conducta, que ha permitido mejor la caracterización del sitio de la lesión en pacientes con trastornos cerebrales y patrones de activación en

sujetos sanos, se han combinado paradigmas cognitivos con métodos de neuroimagen, con la finalidad de abordar cuestiones de la cognición y su relación con aspectos neuroanatómicos (Machado, S., Arias-Carrión O., Orellana A., Lattari E., Cardoso A., Egídio A., 2013).

El uso de tareas se utilizaron en la psicología cognitiva experimental y ha sido un planteamiento reciente, que ha permitido medir la cognición en la esquizofrenia, para examinar la integridad de los sistemas cognitivos específicos y la aplicación de estas tareas en estudios de neuroimagen no invasivas (imagen de resonancia magnética funcional RMf) para así obtener una medida directa de los efectos de los fármacos en la actividad cerebral relacionada con la cognición. Algunas ventajas que presenta es que se han podido aislar los sistemas cognitivos específicos que están conservados entre las diferentes especies, se busca delimitar los efectos de confusión que se ha producido al derivar de los déficits generalizados del rendimiento, la falta de motivación, la sedación, etc., Así se ha podido lograr un puente que ha trasladado los estudios que utilizan modelos animales de cognición a la investigación basada en pacientes que hacen uso de las RMf (Carter, C., 2006).

La complejidad de un órgano como el cerebro, hace que se vea como un sistema abierto que integra muchos sistemas diferentes y complejos, las modernas técnicas permiten observar el funcionamiento del cerebro en la ejecución de tareas cognitivas y de conducta en tiempo real, los investigadores han propuesto dos principios fundamentales la especialización funcional que es la de que en determinadas regiones del cerebro desempeñan funciones especializadas y la integración funcional que implica que las tareas específicas deban requerir amplias interacciones entre regiones especializadas del cerebro (Machado S. et al., 2013).

El programa MATRICS, da inició a la identificación de las barreras para el desarrollo y a la evaluación de los fármacos dirigidos al tratamiento específico para remediar los déficits cognitivos en la esquizofrenia. En 2002 la National Institute of Mental Health (NIMH), concedió el contrato de MATRICS a la

universidad de California (UCLA), a Stephen Marder y Michael Green como co-investigadores principales. MATRICS, ha sido diseñado para lograr consenso académico e industrial sobre la naturaleza de los trastornos cognitivos en la esquizofrenia lo cuál podría ser la mejor forma de evaluarlos y tratarlos, se ha reunido a los profesionales más relevantes para crear un consenso y establecer una vía clara que permita a la U.S Food and Drug Administration (FDA) el tratamiento de los déficits cognitivos en la esquizofrenia, independientemente del tratamiento de la propia psicosis. Se identificaron siete campos cognitivos críticos, en los que se muestran déficits cognitivos en los pacientes esquizofrénicos (Geyer M., and Heinssen R., 2005).

Así la iniciativa de MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) puede ser vista como un paso importante en el proceso para buscar avanzar en la optimización de la aplicación de las neurociencias cognitivas al desarrollo de nuevos fármacos, esto exige que se impliquen más investigadores de diversas disciplinas, para que se desarrollen tareas y las evaluaciones psicométricas para medir las conductas como las neuroimágenes (Carter, C., 2006).

3.15 Rehabilitación Abordajes Combinados para Esquizofrenia

Siguiendo las propuestas de García (2008), con los diversos programas específicos que existen, se intenta abordar los déficits cognitivos que interfieren en la adquisición de habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos, ejemplo: Liberman y otros (1986, 1998) crearon el «Social and Independent Living Skills», a partir de éste modelo se han desarrollado otros, el formato es muy estructurado y compuesto por 12 módulos, cubre las áreas de medicación, manejo de síntomas, comunicación, integración en la comunidad, autocuidado y ocio (Liberman, R., Mueser, K., Wallace, C., 1986; Liberman, R., et al., 1998).

El «Integrated Psychological Therapy» (IPT) fue desarrollado por Brenner y cols. (1992, 1994), es quizá en España el más conocido, incluye 5 subprogramas acerca de la diferenciación conceptual (funcionamiento ejecutivo), percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales básicas y resolución de problemas interpersonales (Brenner, H., et al., 1992; Brenner, H., et al., 1994). Sin embargo,

Brenner ha obtenido resultados sobre los efectos cognitivos de su intervención que no son tan evidentes cuando se aplica al día a día del paciente.

El «Cognitive Enhancement Therapy» (CET) fue desarrollado Hogarty y Flescher, es un programa de rehabilitación cognitiva que ha demostrado su eficacia en pacientes ambulatorios (Hogarty, G., Flesher, S., 1999a; 1999b; Hogarty, G. E., et al, 2004) otro es y el «Cognitive Adaptation Training» (CAT) de Velligan y Bow-Thomas, se parece más a los tratamientos comunitarios con visitas domiciliarias y apoyo in situ (Velligan, D., Bow-Thomas, C., 2000).

Granholm et al., (2005), compara el entrenamiento en habilidades sociales con el tratamiento habitual y con la combinación de tratamiento habitual y capacitación en habilidades sociales. Los resultados del estudio de Granholm et al., (2005), después del tratamiento de entrenamiento sociales, los pacientes que recibieron tratamiento combinado realizaron actividades de funcionamiento social significativamente más frecuentemente que los pacientes en tratamiento de costumbre. Aunque la habilidad general en las actividades de funcionamiento social no difiere significativamente. Los pacientes que recibieron capacitación en habilidades sociales cognitivas lograron una percepción cognitiva significativamente mayor, lo que indica más objetividad en la revalorización de los síntomas psicóticos y demuestra un mayor dominio de las habilidades. El efecto general del grupo no fue significativo para los síntomas, el mayor aumento en la percepción cognitiva con el tratamiento combinado se correlacionó significativamente con una mayor reducción de los síntomas positivos. Entre las conclusiones, el entrenamiento de habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia crónica ambulatorios de mediana edad y mayores aprendieron habilidades de afrontamiento, evaluaron experiencias anómalas con más objetividad (lograron una mayor percepción cognitiva) y un funcionamiento social muestra mejor desempeño. Es necesaria más investigación para determinar si la percepción cognitiva media el cambio de los síntomas psicóticos en la terapia de comportamiento cognitivo para la psicosis (Granholm et al., 2005).

Granholm, Holden, Link, & McQuaid, (2014), realiza un estudio para identificar los tratamientos para mejorar el funcionamiento y reducir los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia que es de gran importancia para la salud pública. El estudio de Granholm, Holden, Link, & McQuaid, (2014), es un ensayo clínico aleatorizado, los participantes padecen esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (N = 149) se asignaron aleatoriamente al entrenamiento de habilidades sociales cognitivo-conductuales (CBSST) o a un control activo de contacto centrado en objetivos (GFSC). CBSST combinó la terapia de comportamiento cognitivo con entrenamiento de habilidades sociales y entrenamiento de resolución de problemas para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos. GFSC fue una terapia grupal de apoyo semanal enfocada en establecer y alcanzar metas funcionales. Los calificadores evaluaron el funcionamiento fueron ciegos (resultado primario: Encuesta de Habilidades de Vida Independiente [ILSS]), conocimiento de habilidades CBSST, síntomas positivos y negativos, depresión y actitudes de rendimiento derrotista.

Granholm, Holden, Link, & McQuaid, (2014), utilizó unos modelos de regresión de efectos mixtos en los análisis por intención de tratar, el conocimiento de habilidades CBSST, el funcionamiento, los síntomas negativos de desmotivación / asocialidad y las actitudes de rendimiento derrotista mejoraron significativamente más en CBSST en relación con GFSC. Encontraron que, en ambos grupos de tratamiento, también se presentaron mejoras comparables para los síntomas positivos y una medida de competencia social basada en el desempeño. Lo que le permite concluir que los resultados sugieren que CBSST es un tratamiento efectivo para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos que experimentan los usuarios con esquizofrenia, y tanto CBSST como terapia grupal de apoyo centrada activamente en establecer y lograr objetivos funcionales puede mejorar la competencia social y reducir los síntomas positivos (Granholm, Holden, Link, & McQuaid, 2014).

Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001, al actualizar la literatura utilizaron ensayos controlados aleatorios de tratamientos psicosociales para la esquizofrenia. Realizando búsquedas de literatura para identificar ensayos controlados aleatorios de diversas intervenciones psicosociales, con énfasis en los estudios publicados desde

una revisión previa de tratamientos psicosociales para la esquizofrenia en 1996 (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001).

Entre los resultados del estudio de Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, (2001) destacaron que la terapia familiar y el tratamiento comunitario asertivo tienen efectos claros en la prevención de la recaída psicótica y la rehospitalización. Sin embargo, estos tratamientos no tienen efectos consistentes en otras medidas de resultado (p. ej., en los síntomas positivos y negativos generalizados, funcionamiento social general y capacidad para obtener empleo competitivo). El entrenamiento en habilidades sociales mejora las habilidades sociales, pero no tiene efectos claros en la prevención de recaídas, la psicopatología o el estado laboral. Los programas de empleo de apoyo que utilizan el modelo vocacional de lugar y entrenamiento tienen efectos importantes en la obtención de empleo competitivo. En algunos estudios los pacientes mostraron mejorías en las ideas delirantes y alucinaciones después de la terapia cognitivo-conductual. Las investigaciones preliminares indican que la terapia personal puede mejorar el funcionamiento social (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001).

Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, (2001), concluyeron que la terapia familiar psicoeducativa relativamente simple y de larga duración debe estar disponible para la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia. Se deben ofrecer programas de capacitación comunitarios asertivos a pacientes con recaídas y hospitalizaciones frecuentes, especialmente si tienen un apoyo familiar limitado. Los pacientes con esquizofrenia pueden mejorar claramente su competencia social con el entrenamiento de habilidades sociales, lo que puede traducirse en un funcionamiento adaptativo en la comunidad. Para los pacientes interesados en trabajar, la colocación rápida con apoyo continuo ofrece la mejor oportunidad para mantener un trabajo regular en la comunidad. La terapia de comportamiento cognitivo puede beneficiar a la gran cantidad de pacientes que continúan experimentando síntomas psicóticos incapacitantes a pesar del tratamiento farmacológico óptimo (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001).

3.16 Prevención, Salud Mental y Esquizofrenia

De acuerdo con la World Health Organization (2004), existen tres niveles para la prevención de los desórdenes mentales, los cuales son:

Primaria: (Mrazek P., Haggerty R., 1994 en Arango C, et al. 2017). Universal; Selectiva e Indicada, (Appelbaum PS. 2015; Brown AS, McGrath JJ. 2011; Seidman LJ, Nordentoft M., 2015 en Arango C, et al. 2017).

Secundaria y Terciaria: (Arango C, et al. 2017).

Para la CIF-IA publicada por la OMS, la rehabilitación psiquiátrica se basa en cuatro dimensiones que potencialmente generan la discapacidad, que se asocia con la enfermedad como la esquizofrenia. En la primera, la patología se relaciona con la función y la estructura, se refiere a lesiones o anormalidades, deficiencia cerebrales corticales y subcorticales generadas por etiología. La segunda: el deterioro lo provoca la patología y las alteraciones en la funcionalidad física y mental restricciones o limitaciones. La tercera: a partir de restricciones, limitaciones y falta de habilidad para el desarrollo de actividades cotidianas; está determinada por las barreras y facilitadores del contexto o ambiente, en el que el paciente se desarrolla, como las redes de apoyo familiares y sociales que se puedan adquirir los recursos, para asumir y/o desempeñar un rol individual en el medio familiar y en el entorno social, genera discapacidad y una cuarta de la Persona como son los factores genéticos y otras patologías (CIF-IA OMS, 2000).

3.17 Intervención Temprana “Fase de Pródromos” y “Primer Episodio” Psicótico en Esquizofrenia

La fase de prodromos y el primer episodio de psicosis constituyen una esquizofrenia (ES) temprana, han sido relativamente inexplorados e implica atraer a las personas que presentan las primeras fases de ES y mantenerlos bajo tratamiento, requiere nuevas ideas sobre problemas sociales. Algunas dificultades relevantes que se deben afrontar, es qué tipo de tratamiento se realizará, en qué consiste y cómo afrontarlo. Existe un interés internacional en las etapas tempranas de la ES que ha crecido (GuBE/APAL/APM/TPE 2014) con una extensa producción científica, se busca

intervenir el inicio de la ES, durante los primeros episodios psicóticos utilizando el programa de McGorry. (Arango C, et al.2017; APM, 2014; Mc Glashan, T., 1999; McGorry, P., et al., 1996; Vallejo R., et al., 2011).

La psicosis se ha definido como la ruptura con la realidad, que puede repercutir en el funcionamiento de la persona y alterar el pensamiento formal, se presentan los síntomas positivos (como delirios y alucinaciones), signos motores, afecta la funcionalidad y la afectividad. En la población general, estos trastornos tienen una prevalencia de 3%, comienzan entre la adolescencia y la vida adulta, implica costos sociales, personales y asistenciales (Arango C, et al.2017). En la detección temprana y el tratamiento oportuno; la idea que se pretende es conocer, entender y atender los trastornos psicóticos desde el inicio, la propuesta de la prevención es de épocas actuales (McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson H., 1996).

Décadas previas se reconoce a Harry Stack Sullivan (1927), como el primero en proponer este objetivo psiquiátrico. Es importante recordar sin minimizar, que la detección precoz y el tratamiento para prevenir o reducir la disfunción psicosocial (Wyatt 1991) es compleja de alcanzar (Johnstone et al., 1986; Loebel et al., 1992 en Yung et al. 1996); ahora se sabe que es posible reducir parte de la disfunción psicosocial (Yung A., et al. 1996).

McGorry et al., en 1996, consideró que prevenir los trastornos psicóticos es difícil, la propuesta es complicada y ambiciosa. El principal argumento que complica una intervención preventiva es un conocimiento científico insuficiente. Durante las últimas décadas, se retomaron estas ideas e iniciaron las clínicas de riesgo ultra alto, para encontrar formas efectivas de prevenir la psicosis y una manera eficiente para realizar la intervención durante la fase prodrómica de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos (McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson H., 1996; Yung, A., McGorry, P., McFarlane, C., Jackson, H., Patton, G. and Rakkar, A., 1996; McGorry, P., Henry, L., Maude, D., y Phillips, L., 2004).

La propuesta de Sullivan (1927), (Yung et al. 1996, y Mc Gorry, P., et al., 2004):

"Estoy seguro y tengo la certeza que muchos casos incipientes podrían ser resueltos o detenidos antes de que el contacto eficaz con la realidad esté completamente suspendido y de que sea necesaria una larga permanencia en las instituciones" (Sullivan 1927/1994, p.135, en Yung et al., 1996; Sullivan 1927 pp: 106 - 107 en Mc Gorry, P., et al., 2004).

Yung et al. 1996, señala que Ainslie Meares 1959, lo propone así:

"Lo que se necesita no es el diagnóstico temprano de la esquizofrenia, sino el diagnóstico de la esquizofrenia prepsicótica. Se debe aprender a reconocer ese estado mental que se convertirá en esquizofrenia a menos que se tomen medidas apropiadas para prevenir el deterioro "(Meares 1959, p.55 en Yung et al., 1996)

Arango C, et al., 2017 y la OMS (2004), encontraron que, las intervenciones se pueden clasificar en preventivas, tratamiento y mantenimiento y que, el modelo de Gordon (1983) lo adapta Mrazek y Haggerty (1994) al modelo actual de prevención, las intervenciones las sub clasificaciones en niveles: *preventivo* (universal, selectiva e indicada), *tratamiento* y *mantenimiento*. Mc Gorry, et al. 2004, adaptó la propuesta de Gordon de la siguiente forma:

"Las intervenciones preventivas son *indicadas* para los trastornos mentales, se dirigen a individuos que han sido identificados con señales o síntomas mínimos pero detectables que presagian el trastorno mental, o señaladores biológicos que indican una predisposición, pero que no satisface los niveles diagnósticos para un trastorno mental en el momento actual" (Mc Gorry, P., Henry, L., Maude, D., Phillips, L., 2004).

En prevención primaria el requisito previo, es conocer los factores de riesgo subyacentes y la neurobiología de las psicosis (McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson H., 1996). Son intervenciones preventivas *universales*, se dirigen al público en general, a todo el grupo de población que no se ha identificado sobre la base del riesgo individual. Las medidas preventivas *selectivas*, son apropiadas para los subgrupos de población cuyo riesgo de enfermar se encuentra por encima de la media, los sujetos son asintomáticos. Las medidas preventivas se aplican a individuos que, tras un reconocimiento, se les encuentra un factor de riesgo

manifiesto que les identifica individualmente como de alto riesgo para el desarrollo futuro de una enfermedad y como tal, podrían estar en los centros de atención (Mc Gorry, et al., 2004).

Están *indicadas*, siempre que se permita que los individuos que se encuentran en el umbral y/o con características iniciales sean incluidos en los centros de atención para la prevención (Mc Gorry, P., Henry, L., Maude, D., y Phillips, L., 2004). Las clínicas de ultra alto riesgo, ha pretendido prevenir la psicosis, durante la fase prodrómica utilizando las intervenciones más efectivas para la esquizofrenia, el objetivo es complicado, por la falta de conocimiento (Mc Gorry, P., et al., 1996; 2004; Yung A., et al. 1996).

La propuesta para atender el primer episodio de psicosis modela la mayoría de los equipos de detección temprana y los diferentes programas (Mc Gorry., et al., 1996), para incidir el curso, determinar la posterior evolución y los déficits que se forman en esta etapa de psicosis. Esta idea es muy tentadora, se podría estar ante un descubrimiento neurocientífico, al apoyar las estrategias preventivas primarias, pero implica un riesgo alto, inadvertidamente se puede estar contribuyendo a paralizar la prevención secundaria; aunque con el conocimiento actual sea factible hacer la prevención secundaria (McGorry 1992; McGorry y Singh 1995; McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson H., 1996).

A partir de las investigaciones se han descubierto una variable fenomenológica y longitudinal, para comprender y generalizar resultados, en la historia natural del desorden, este es un parámetro potencialmente poderoso, la Duración de la Psicosis no Tratada (DUP), se refiere al momento que comienza la psicosis, el parámetro se define como el periodo de tiempo que comprende entre el comienzo de la enfermedad, la búsqueda y el aseguramiento de un adecuado tratamiento para el primer episodio de los pacientes (Mc Glashan, T., 1999).

Durante el primer episodio de esquizofrenia, una psicosis no tratada puede ser de larga duración por la falta de tratamiento y tiene relación con resultados deficientes (Larsen T., Mc Glashan T., Johannessen J., Friis S.,

Guldberg C., Haahr U., et al. 2001). El mayor interés está en atender a los pacientes que experimentan un primer episodio de psicosis. Durante el curso temprano del trastorno, se busca determinar la posible evolución de la enfermedad, se piensa que para que se puedan comprender y generalizar mejor los resultados de la investigación sobre la esquizofrenia, es necesidad medir y documentar DUP, se añade como una variable fenomenológica longitudinal que se mide y documenta, se piensa que en esta etapa principalmente se forman algunos déficits neurobiológicos que son un potencial correlato clínico de procesos de deterioro en la esquizofrenia. A menudo el período de tiempo de la DUP puede ser muy largo meses o años, reducir DUP mediante la detección temprana podría ser posible, es decir, al determina el curso de DUP, se puede mejorar el pronóstico, atenuar el déficit, reducir y explorar otros aspectos, incluyen lo maleable o "tratable", el correlato clínico de procesos neurobiológicos de deterioro en esquizofrenia temprana y los tratamientos para reducir los síntomas agudos (Mc Glashan, T., 1999). Por lo tanto, la evidencia sugiere que DUP marca o determina el curso de la esquizofrenia y que se puede mejorar el pronóstico a largo plazo, porque se podrían atenuar los procesos deficitarios activos en ese momento. (Mc Glashan, T., 1999).

La evidencia científica, afirma que una detección precoz o un diagnóstico temprano que se acompaña de una intervención oportuna se asocia con una notable mejoría en los resultados terapéuticos, y en la eficacia de los tratamientos, que puede incidir significativamente en el curso y pronóstico. Por lo tanto, el tratamiento debe estructurarse a largo plazo, con objetivos definidos que incluyan la rehabilitación y la prevención de recaídas (Arango C, et al.2017; Vallejo R., et al., 2011).

Se requiere estudiar los antecedentes personales de los individuos con esquizofrenia y el punto máximo que alcanzaron en diversas esferas psicosociales, y que se pueden determinar antes que los síntomas afecten la existencia y el funcionamiento psicosocial, estos parámetros de la enfermedad son diversos y se relacionan con el funcionamiento premórbido, el resultado del tratamiento farmacológico, la duración de las hospitalizaciones y el tipo de síntomas de presentación. Antes que un cuadro clínico sea florido y previo a los síntomas el

funcionamiento psicosocial puede estar afectado (López M., Rodríguez S., Apiquian R., Páez F., Nicolini H., 1996).

Los argumentos que justifican la implementación de los programas de intervención temprana son diversos y pretenden alcanzar diferentes objetivos (Arango, y otros, 2017). La detección precoz y una intervención oportuna mejoran los resultados y eficacia de tratamientos, el curso y el pronóstico (Arango C, et al.2017; Vallejo R., et al., 2011).

El retraso en la detección y el tratamiento del primer episodio psicótico se ha relacionado con un incremento en el riesgo de recaída, la recuperación es más baja y más lenta. La intervención temprana en las primeras etapas de psicosis y la rehabilitación son objetivos a largo plazo, porque mejoran el pronóstico de los individuos con diagnóstico de ES, ya que se presentan un menor riesgo de recaída. La intervención temprana mejora el pronóstico las evidencias apoyan a las intervenciones en las primeras etapas de psicosis, con un enfoque basado en la evidencia (Arango, et al., 2017; Browne, et al., 2016). Los tratamientos integrados mejoran la recuperación funcional del primer episodio (Valencia, Juarez, & Ortega, 2012). Estos tratamientos incluyen intervenciones farmacológicas y psicosociales, sensibilización, difusión de información y actividades de colaboración familiar – profesional, eficaz para mejorar la salud y lo económico (Arango, et al., 2017).

En los tratamientos tempranos, la meta es identificar el alto riesgo psicótico, prevenir el inicio o minimiza el impacto. Son recientes los criterios que se usan para estados de alto riesgo clínico (CHR), riesgo ultra alto (UHR) y los síntomas básicos (BS). El UHR presenta uno o más síntomas psicóticos atenuados (APS), síntomas psicóticos intermitentes limitados breves (BLIPS), o vulnerabilidad del rasgo más un declive acentuado en el funcionamiento psicosocial (síndrome de riesgo genético y de deterioro GRD). Los BS son trastornos subjetivamente experimentados en diferentes dominios incluyendo la percepción, el procesamiento del pensamiento, el lenguaje y la atención, son distintos de los síntomas psicóticos clásicos, independientes del contenido

anormal del pensamiento, la prueba de la realidad y la penetración en la naturaleza psicopatológica de síntomas (Van Der Gaag et al., 2013).

Durante las primeras fases de psicosis y en los pacientes con esquizofrenia la capacidad metacognitiva de los individuos se altera y muestran deficiencias cognitivas (Vohs, J.L., Hummer, T.A., Yung, M.G., Francis, M.M., Lysaker, P.H., and Breier, A., 2015; Rausch, F., Mier, D., Eifler, S., Fenske, S., Schirmbeck, F., Englisch, S., et al., 2015); como el razonamiento probabilístico, para la toma de decisiones el sesgo de "saltar a la conclusión" (JTC), es lo que está afectado y se precipita las decisiones (Rausch, F., et al., 2015). Las deficiencias se han relacionado con una serie de resultados pobres, se sabe poco, acerca de los sistemas neurales asociados con metacognición en esta población (Vohs, J.L., et al., 2015).

Las evidencias neurofisiológicas para ultra alto riesgo, son clínicas, los déficits cognitivos durante el primer episodio de psicosis son marcadores de vulnerabilidad antes de que aparezca la esquizofrenia, (Bora et al., 2014). La resonancia magnética funcional (fMRI) revela una reducción de la actividad del estriado ventral derecho (VS) y el área tegmental ventral (VTA), se asocia con tomar decisiones en pacientes con esquizofrenia. Las alteraciones pueden ocurrir en el estado mental de riesgo, pero aún falta claridad (ARMS) (Rausch, F., et al., 2015).

En pacientes con esquizofrenia reciente y crónica, en el componente Mismatch Negativity (MMN) consistentemente se reporta con menor amplitud; MMN es un Potencial Relacionado con Eventos (PRE) de tipo auditivo, MMN es generado por la respuesta cerebral automática a cualquier cambio en la estimulación auditiva que excede un límite correspondiente al umbral de discriminación. Se ha propuesto que este componente se relaciona con alteraciones en la memoria sensorial y en las capacidades de integración del estímulo, las cuales parecen progresar a lo largo de la enfermedad (Mondragón-Maya A., Bernal-Hernández J., Yáñez-Téllez G., Rodríguez-Agudelo Y., 2011). Los cambios en la arquitectura del sueño se observan de la mayoría de pacientes con esquizofrenia, pueden ser parte importante de la fisiopatología del trastorno. Las alteraciones del ritmo del sueño y ritmo circadiano afectan negativamente la plasticidad y la cognición neocortical, es frecuente que precedan al diagnóstico. Podrían estar involucrados en la fisiopatología de la psicosis. Para

identificar a los individuos con alto riesgo de esquizofrenia se deben investigar los procesos neurobiológicos involucrados en el desarrollo de la psicosis (Zanini et al., 2013).

En países diferentes ya se implementan programas complementarios para una atención especializada durante el primer episodio de psicosis, incluso en los Estados Unidos ha ocurrido de la misma forma, pero con retraso (Mueser, et al., 2015). Arango y cols., (2017), al realizar una revisión sistemática encuentran que en varios países falta implementar regularmente las unidades y los equipos de intervención temprana para la psicosis, por ejemplo, en España aún no hay los centros de salud mental con esos objetivos (Arango, et al., 2017). En los Estados Unidos el Instituto Nacional de Salud Mental ha generado la iniciativa de recuperación después de un episodio inicial de la esquizofrenia, que es el proyecto Early Treatment Program (RAISE) también se conoce como NAVIGATE (Mueser, et al., 2015). Esta iniciativa de recuperación se implementa después del episodio inicial de ES, con programas de tratamiento para un primer episodio, que se enfoca a desarrollar y evaluar los programas de tratamiento del primer episodio diseñados para el sistema de salud de Norte América (Browne, et al., 2016; Mueser, et al., 2015).

El sistema de salud de los Estados Unidos de Norte América con el programa NAVIGATE, tiene ese potencial para reducirla y cubrir esta brecha, proporciona una intervención integrada diseñada especialmente para satisfacer las necesidades únicas de tratamiento de las personas que se recuperan de un primer episodio de psicosis (Mueser, et al., 2015). En otros países se trabaja con un programa terapéutico que incluye intervenciones farmacológicas y psicosociales, la sensibilización, la difusión de la información y las actividades de colaboración familiar – profesional, la experiencia que arrojan estos programas indica que es eficaz para mejorar el estado de salud y es económicamente eficiente (Arango, et. al., 2017).

El proyecto RISE conocido como NAVIGATE es un enfoque multicomponente que se ha diseñado con intervenciones psicosociales, para implementarse en un ambiente rutinario de tratamiento de salud mental,

orientado a guiar a las personas que cursan por un primer episodio de psicosis y para sus familias que pretenden la salud psicológica y la funcionalidad, es un programa integral psicosocial y psiquiátrico para la población. Los servicios básicos que presta este programa de tratamiento multicomponente incluyen, terapia individual, educación familiar (FEP), capacitación ó entrenamiento individual en resiliencia (IRT), apoyo en educación y empleo (SEE) y tratamiento individual con medicamentos. En sus componentes psicosociales, esta intervención ha adoptado un enfoque particular, la toma de decisiones es compartida y está centrada en las fortalezas y la resiliencia, clientes y familiares colaboran planifican y revisan el tratamiento (Browne, et al., 2016; Mueser, et al., 2015).

Browne et al., (2016) a partir de un análisis factorial exploratorio examina la estructura de los factores de la escala de fidelidad IRT, con los años de experiencia clínica y los años de educación, la gravedad de los síntomas basales del cliente y la duración de la psicosis no tratada, encuentra una estructura de dos factores de la escala IRT, con los años de educación clínica y las puntuaciones de fidelidad, estos resultados han sido significativos (Browne, y otros, 2016).

México se ha sumado al desarrolla de una línea de investigación importante, con el componente MMN, el cual ha permitido que se realicen estudios con familiares de pacientes con esquizofrenia para evaluar la eficacia de la MMN como endofenotipo. Así es como se estudia MMN en pródromos o sujetos en riesgo clínico de desarrollar esquizofrenia, con la finalidad de conocer si existían alteraciones previas en el procesamiento cerebral al inicio de la enfermedad. (Mondragón-Maya A., Bernal-Hernández J., Yáñez-Téllez G., Rodríguez-Agudelo Y., 2011).

4. DISCUSIÓN DE LAS INTERVENCIONES

4.1 Retos en Rehabilitación

Para Vallejo R., y cols. (2011), entre las diversas intervenciones y los diferentes modelos de atención para la rehabilitación uno de los tratamientos principales es, la rehabilitación cognitiva. Kern R., et al., (2003), en la década de los 90's encuentran que se han publicado más de 50 informes que aparecieron en la literatura y se han documentado en asociación con los resultados neurocognitivos y funcionales en las personas con esquizofrenia, la dirección para el trabajo de la rehabilitación se puede centrar en la mejora de los métodos de entrenamiento que tienen en cuenta los factores limitantes neurocognitivos de las personas con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos graves (Kern R., et al., 2003).

Siguiendo la revisión sistemática que ha realizado en 2013, Mueser K.T., et al., se ha revisado el estado actual del tratamiento psicosocial para la esquizofrenia, dentro de los marcos del modelo de recuperación de la salud mental y la tensión, se amplía el modelo de vulnerabilidad, y se han señalado algunos puntos como los más destacados: entre los tratamientos psicosociales para la esquizofrenia, en las guías de tratamientos con los marcos de referencia conceptuales se han utilizado: El modelo de recuperación de salud mental y el modelo de estrés vulnerabilidad, en algunas prácticas que se ha propuesto evaluar la efectividad son:

a) La terapia Cognitiva Adaptativa; b) La Terapia Cognitiva Conductual para el Desorden de Estrés Post Traumático; c) Desordenes Médicos Comórbidos; d) Intervención en el Primer Episodio de Psicosis; e) Intervención en Estilo de Vida Saludable; f) Tratamientos Integrados para la Coocurrencia del Desorden de Abuso de Sustancias; g) Intervención Dirigida a Personas de Edad Avanzada; h) Servicios de apoyo entre Iguales; i) Intervenciones de la Fase Prodrómica; j) Entrenamiento Social Cognitivo; k) Educación Apoyada; l) Apoyo de Vivienda.

En síntesis, las futuras direcciones podrían estar en:

a) La focalización del tratamiento en Dominios de Funcionamiento; b) Intervenciones para Diferentes Etapas del Desorden o Grupos de Edad; c) Desajustes o brechas en los sistemas o servicios de salud y falta de capacitación de recursos humanos (Mueser, K.T., Deavers F., Penn, D.L., and Cassisi J.E., 2013).

4.2 Recuperación el Concepto para Esquizofrenia

Los servicios en salud mental han adoptado el paradigma de recuperación (Davidson, Chung, Yu, Ng, & Tsoi, 2015). Desde 2005 en un revisión sistemática se encontró que durante las últimas cuatro décadas un grupo de clínicos e investigadores, proponen una definición del concepto remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que han padecido esquizofrenia, generando los criterios para evaluar estos conceptos que han incluido una combinación de aspectos clínicos y psicosociales que se deben mantener al menos por dos años consecutivos, se debe incluir las dimensiones del funcionamiento psicosocial, el cognitivo y la calidad de vida (Valencia, M., et al. 2014).

En Hong Kong Davidson, et. al., (2015), han explorado la recuperación y los factores asociados con 75 adultos diagnosticados con esquizofrenia, evaluaron si estaban en remisión clínica, utilizando un análisis de regresión logística para identificar las variables que pueden predecir mejor algunas etapas de la recuperación. Los resultados indicaron que se puede distinguir con presión razonable las etapas de recuperación: Etapa 1 “abrumado por la discapacidad” y 2 “luchando por la discapacidad” no encontraron información suficiente para predecir las Etapas combinadas 1 y 2. Sin embargo, la Etapa 3 “viviendo con discapacidad” y la Etapa 4 “viviendo más allá de la discapacidad” con el 75.45% de exactitud en la clasificación. Además, encontraron que, para la etapa de la recuperación, la edad y tener un papel significativo, son los diferenciadores más importantes. Concluye que en los servicios de salud se deben incorporar para la recuperación la adopción personal de papeles importante ya que ha demostrado ser importante (Davidson, Chung, Yu, Ng, & Tsoi, 2015).

4.3 La Rehabilitación Psiquiátrica en México

En diferentes culturas como las prehispánicas y en las occidentales durante la edad media, el pensamiento mágico fue la base teórica para la práctica en los sistemas tradicionales de salud mental.

Ryan P., 1979, hizo referencia a que en México prehispánico ha existido la diosa “Tlazolteotl”, quien tuvo el importante papel de las confesiones colectivas, ha sido la encargada de consumir los pecados para purificarlos, es como una catarsis, los mexicas han tenido la técnica de la “Transformación de los corazones” que ha sido utilizada en las personas que tienen desórdenes mentales. Los sistemas de rituales para manejar los trastornos mentales han existido en todas las culturas, se ha buscado frenar la violencia contra la comunidad o hacia la misma persona, hacia la reducción de los síntomas y la reintegración del sujeto a la sociedad.

El tratamiento actual, está en las profesiones como psiquiatría y psicología, desde hace más de 100 años, se han fundamentado estas disciplinas como científicas. La psicología ha abandonado la filosofía y la psiquiatría y se ha logrado separar como especialidad médica gracias a las descripciones de Kraepelin.

Anteriormente, la salud mental era vista como símbolo de gracia divina o perdición, ha existido una visión mística o un modelo religioso. Ahora se puede ver desde el modelo médico como enfermedad mental, una consecuencia de factores hereditarios, psicológicos y sociales, esta distinción es importante si se hace la similitud entre los distintos tipos de pensamientos, como son el salvaje y el “moderno”, el segundo es práctico y experimental se interesa en lo que sirve es efectivo en situaciones específicas como la psicología con su análisis experimental de la conducta que ha podido sustituir al pensamiento salvaje (Ryan P., 1979; Rayan P., Valencia M., Otero B., Nuñez M., González R., Rascón M., 1982).

En el continente Americano específicamente en América Latina, el Hospicio de San Hipólito de la Nueva España que ahora es México, se fundó en

1666 el primer hospital mental por Bernardino Álvarez. Para Ryan et al., (1979), estos son algunos antecedentes de tratamientos psicosociales, como la comunidad terapéutica desarrollada por el Dr. Maxwell quien la ha impulsado en Londres, y ha sido utilizada para psicosis aguda. Algunos autores consideraban que para evaluar la conducta se debe tomar en cuenta al individuo y a su medio ambiente, pero existen otros autores como Valencia, (1984) y Mc Farlane (1981) que agregan otro elemento importante que son las relaciones interpersonales, Valencia, et. al., (1984), conforman lo que denominan el sistema de funcionamiento psicosocial, para evaluar la conducta del paciente y comprende tres sistemas, el individuo [sistema personal], sus relaciones con otros [interpersonal] y el medio en el que se desenvuelve [medio ambiental], (Valencia, Rascón, Otero, Ryan, 1987).

Los diseños experimentales encontraron que existe mejor apego psicoterapéutico para el grupo experimental (Díaz-Martínez, R., et. al., 1996), en el funcionamiento hospitalario, al trabajar con pacientes crónicos encontraron que mejora la frecuencia de los egresos hasta en 50% de los experimentales y se ha encontrado que el 59% de los pacientes que salieron a la comunidad, tuvieron una recaída al ser comparados con experimentales con el 13%. (Ryan, P., 1982; Valencia, 1987). Para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia crónicos primero se tuvieron en cuenta tres aspectos, fundamentales: a) la discapacidad primaria que es propia de la enfermedad, síntomas y conductas disfuncionales; b) cambios que son resultado su experiencia de la enfermedad, mayor sensibilidad y vulnerabilidad como consecuencia de sufrir un trastorno psiquiátrico severo y c) cambios relacionados con las actitudes de las familias de origen y de la sociedad hacia el enfermo, reducción de contactos sociales, pobreza, discriminación, desempleo y falta de pertenencia en la sociedad (Díaz-Martínez, R., et. al., 1996; Valencia, 1999). En seguimiento a dos años reportó que se mantiene los beneficio en los pacientes de la siguiente forma; durante el primer año los pacientes del grupo experimental presentaron 9.5% de recaídas frente a 26.6% del grupo control, para el segundo año el grupo experimental 4.7% y 33.3% control; en cuanto a las rehospitalizaciones durante el primer año el grupo experimental 0% contra 6.6% control, para el segundo año experimental 4.7% y 13.3% control, (Díaz-Martínez, et. al., 1999).

Desde 1965, Ayllon y Azrin, reportaron que con el uso sistemático de la economía de fichas, se observaban mejores resultados terapéuticos al enfocarse a conductas típicas y apropiadas de acuerdo a los datos que encontraron Lentz y Paul, en pacientes psicóticos crónicos. El impacto social de la comunidad terapéutica ha podido ser mayor, gracias a que ha propiciado un acercamiento más humano, en los tratamientos de las enfermedades mentales. Con la economía de fichas, las evidencias han encontrado que, se han disminuido la manifestación de verbalización psicótica, se han minimizado la manifestación de los delirios y se ha incrementado la conducta social apropiada (Rayan P., et al., 1982).

4.4 Intervenciones Psicosociales en México

En México se fundaron dos diferentes Institutos Nacionales de Salud que tienen como misión atender a toda la población mexicana y de forma independiente buscan soluciones para problemas de salud mental como la esquizofrenia. Cada instituto ha conformado diferentes grupos de trabajo con investigadores que han diseñado, implementado, evaluado y publicado los resultados de diversas investigaciones.

Las intervenciones que se realizaron inciden en el inicio, curso y evolución de la esquizofrenia, debido a las implicaciones de salud tanto en lo individual, como en lo familiar y lo social que han estado relacionadas con esta enfermedad a nivel mundial. Desde 1950 se obtuvieron resultados benéficos, se logran cambios favorables con las distintas intervenciones, pero que no son suficientes.

Por lo tanto, a México le hace falta generar modelos de intervención con evaluaciones, utilizando diferentes estrategias de intervención durante la fase premórbida para la psicosis y la esquizofrenia. Se sabe que durante el ajuste premórbido se logra el nivel máximo de funcionamiento psicosocial, este dato permite saber la competencia social que alcanzó un sujeto antes de iniciar los síntomas de la esquizofrenia. En México ya se realizó la validación de la escala de ajuste premórbido para los pacientes con esquizofrenia. Esta escala de ajuste premórbido (EAP) fue propuesta por Cannon – Spoor y cols., en población

mexicana, ha permitido evaluar la capacidad que han tenido los sujetos para desarrollar metas y desenvolverse en cada etapa de la vida previa a la aparición de la esquizofrenia (López M., et al., 1996).

4.5 Modelo de Rehabilitación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz ha tenido diferentes momentos en cuanto a la rehabilitación; siguiendo la cronología de los artículos publicados los primeros diseños que se han puesto en marcha son los de Rayan, Valencia y Rascón.

Posteriormente se diseñó el programa de rehabilitación integral, que se implementó durante 10 años, desde 1994 hasta 2004, durante ese periodo se comenzaron a evaluar e implementar tratamientos psicossocial para los pacientes con esquizofrenia, en conjunto investigadores como: la Dra. Rosa Díaz – Martínez; Dr. Héctor Ortega; Dr. Marcelo Valencia; Dra. María Luisa Rascón y la Mtra. Marcela Biaguini entre otros.

El diseño está conformado por dos modalidades de intervención un grupo control (Tratamiento farmacológico) y un grupo experimental (Tratamiento farmacológico + Intervenciones Psicossociales) que se ha implementado en tres ocasiones, en ambos grupos de acuerdo con el DSM – IV y la CIE – 10 los sujetos cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia. Durante el proceso de investigación se han analizado diversos aspectos clínicos y psicoterapéuticos, como las recaídas, el funcionamiento psicossocial, la actividad global (la combinación de sintomatología y la actividad psicológica), la asistencia a las sesiones, la deserción y la adherencia a la psicoterapia. Con las personas que solicitan consulta en el hospital del instituto y cumplen el criterio diagnóstico, se han conjuntado tres muestras, para asignar al final 70 pacientes al grupo experimentales y 61 controles.

Las intervenciones han sido idénticas en contenidos, abordajes terapéuticos, con un año de duración, las edades de los pacientes osciló entre los 16 hasta los 55 años, evaluados pre / post tratamiento, y el funcionamiento psicossocial se evalúa con la actividad global, las recaídas, las rehospitalizaciones y la adhesión terapéutica en

términos de cumplimiento con los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Para esta investigación las características sociodemográfica, fueron pacientes entre 26 y 30.5 años, la media global para los tres tratamientos es de 29.4 (grupo experimental) y 28.3 (grupo control); las diferencias en la proporción de pacientes por género, para los hombres asignados a ambos grupos ha sido mayor en el porcentaje total para los tres tratamientos.

El porcentaje de hombres del grupo experimental fue de 74.3% y las mujeres han alcanzaron 25.6%, las personas asignadas al grupo control han sido un 75.6 % de los hombres, y un 24.3% para las mujeres; el estado civil de la mayoría fue solteros en el porcentaje total para los tres tratamientos, el grupo experimental con 93.3%, el control con 90.5% y el resto se repartió entre divorciados, separados y casados; en relación con la educación para el total de tratamientos los pacientes terminaron la secundaria para el grupo experimental 61.4% para el control 65.1% y en menor porcentaje tiene estudios universitarios o sólo la primaria; se ha encontrado que para la ocupación trabajaba un 12.9% para el total de los tratamientos del grupo experimental en comparación con el 16% del grupo control, 4.2 % eran estudiantes del grupo experimental contra 5.0% grupo control, se ha destacado que en los tres tratamientos la mayoría se encuentra desempleado con 81.4% el grupo experimental y 78.8% el grupo control (Valencia M., Ortega-Soto H., Rodríguez S., Gómez L., 2004a; 2004b).

La Dra. Rosa Díaz – Martínez, et al., (2005) reportaron que los pacientes con eficacia terminal para el grupo experimental fue de 64% y 56% grupo control, esto tiene relación con algunas características de los pacientes al momento de ingresar al estudio como: edad, años de evolución del padecimiento y la comorbilidad psiquiátrica. Tres cuartas partes de la población evaluada presentaron más de un diagnóstico psiquiátrico, 31% dos, 31% tres y 10% cuatro o más diagnóstico; los datos demográficos indican en la relación hombre – mujer, que 70% eran varones, los cuales 90% solteros y 90% escolaridad media superior o superior. El programa cumplió en sus objetivos de reducir la discapacidad al aprovechar las funciones conservadas; se observó mayor estabilidad clínica y el apego terapéutico que incrementó al final a 64% de

casos; el desempeño cotidiano tuvo cambios favorables en 71.5% ($p < .0001$), el funcionamiento psicosocial mostró ganancias significativas ingreso – egreso; disminuyó la expresión emocional ($p < .006$). Otras áreas tienen cambios favorables significativos como: actividades ocupacionales dentro del hogar, la atribución de la enfermedad al paciente y las pautas de comunicación en la familia. En las áreas donde se obtuvieron mejores resultados, fueron autocuidado, socialización y dinámica familiar, que con frecuencia están alterados en los pacientes con esquizofrenia. Con todos estos datos, durante 2006, se recuperaron las diferentes experiencias clínicas y modelos experimentales (Díaz Martínez, et. al., 1994; 1999, 2005), para implementar un servicio de rehabilitación psiquiátrica continuo y con la participación de terapeutas como: Marcela Blum; Ricardo Winckelmann, entre otros.

4.6 Modelo de Rehabilitación Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN)

Los trabajos de investigación que se han aplicado en este Instituto Nacional de Salud fueron diseñados e implementados por el Dr. Héctor Lara Tapia, publicados en la revista de investigación del INNN, se han realizado diferentes estrategias para la rehabilitación psiquiátrica de la esquizofrenia, analizando los factores que inciden en la cronicidad y en los problemas en el manejo de los pacientes psiquiátricos crónicos, los motivos de las frecuentes hospitalizaciones y las características de la asistencia médica que reciben, el objetivo es realizar la rehabilitación psicosocial.

Durante seis meses se realizó uno de los estudios, que estuvo conformado con 90 pacientes psicóticos crónicos adultos jóvenes con tres tipos de diagnósticos trastornos esquizofrénicos, afectivos y mentales orgánicos, y se realizó un análisis retrospectivo de ocho años (Lara-Tapia H., 1997). Para la atención de personas con problemas de enfermedad crónica una de las principales dificultades, es el proceso de deterioro global y de institucionalización, por lo que, para realizar un tratamiento integral, se incorporó la rehabilitación psicosocial (Lara-Tapia H., 2004).

5. LIMITACIONES, CONCLUSIÓN y PROPUESTA

Esta revisión pretende contribuir a la actualización de la información en español, de los modelos de rehabilitación psicosocial, cognitivos y de prevención para personas con esquizofrenia, corresponde con la información previa, los modelos más efectivos para la rehabilitación para la esquizofrenia son los cognitivo – conductuales, como el entrenamiento en habilidades sociales, las intervenciones familiares, las terapias cognitivas para la psicosis, los modelos integrados para la rehabilitación.

Benton y Schroeder (1990) incluyeron 27 estudios controlados, concluyen que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y personal, reduce reingresos y atenúa síntomas (Benton, M., Schroeder, H., 1990).

Tarrier, cols. (1993), utilizaron estrategias como el «Coping Strategy Enhancement», basado en resolución de problemas, prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento, obtuvieron resultados favorables mayores que con otras técnicas cognitivas (Tarrier, N., et al., 1993).

En el estudio de Granholm et al., 2005, los resultados después del tratamiento de entrenamiento de habilidades sociales, los pacientes que recibieron tratamiento combinado realizaron actividades con un mejor desempeño en el funcionamiento social significativamente, que los pacientes en tratamiento convencional. Los que recibieron capacitación en habilidades sociales cognitivas, lograron una percepción cognitiva significativamente mayor, indica más objetividad en la revalorización de los síntomas psicóticos y un mayor dominio de las habilidades. El aumento en la percepción cognitiva, con el tratamiento combinado se correlacionó significativamente con una mayor reducción de los síntomas positivos. Concluyeron, que el entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia crónica ambulatorios de mediana edad y mayores, aprendieron habilidades de afrontamiento, evaluaron experiencias anómalas con más objetividad (lograron una mayor percepción cognitiva) y en el funcionamiento social muestran mejor desempeño (Granholm et al., 2005).

Granholm y cols., 2014, encontraron que el conocimiento de habilidades CBSST, el funcionamiento, los síntomas negativos de desmotivación / asocialidad y las actitudes de rendimiento derrotista mejoraron significativamente con CBSST en relación con GFSC; en los resultados sugieren que CBSST es un tratamiento efectivo para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos que experimentan los usuarios con esquizofrenia, CBSST y la terapia grupal de apoyo centrada activamente en establecer y lograr objetivos funcionales, puede mejorar la competencia social y reducir los síntomas positivos (Granholm, Holden, Link, & McQuaid, 2014).

Los actuales logros obtenidos en la rehabilitación han permitido reducir una parte de la discapacidad asociada con la esquizofrenia. Después del primer episodio psicótico la posibilidad de recaer puede llegar hasta un 70%, sólo una tercera parte muestra apego al tratamiento, sigue las indicaciones y utiliza el fármaco como base de la recuperación; los otros tercios utilizan los fármacos de forma irregular o rehúsan tomar el medicamento y abandonan el fármaco. El uso de medicamentos, la implementación de estrategias familiares, individuales, entrenamiento en habilidades sociales para los pacientes, son las estrategias importantes que se deben realizar desde el primer episodio psicótico o en pacientes de ultra alto riesgo. Los resultados indican que entre el 20% y el 97% de los pacientes pueden lograr la remisión sintomática, mientras que entre el 10% y el 68% alcanzan la recuperación funcional. Para cumplir con los criterios de recuperación, requiere la inclusión de una combinación de aspectos clínicos y psicosociales que se mantienen por lo menos durante dos años consecutivos, el uso de estos criterios es recomendable en la práctica clínica e investigación científica, se tienen que incluir las dimensiones del funcionamiento psicosocial, cognitivo y calidad de vida (Valencia, M., et al. 2014).

Para Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, (2001) la terapia familiar y el tratamiento comunitario asertivo tienen efectos en la prevención de la recaída psicótica y la rehospitalización. Sin embargo, no tienen efectos consistentes en otras medidas de resultado (p. ej., síntomas positivos y negativos generalizados, funcionamiento social general y capacidad para obtener empleo competitivo). El entrenamiento en habilidades sociales mejora las habilidades sociales, pero los efectos no son claros para prevenir recaídas, psicopatología o estado laboral. Los programas de empleo de apoyo con el

modelo vocacional de lugar y entrenamiento tienen efectos en la obtención de empleo competitivo. Los pacientes han mostrado mejorías en las ideas delirantes y alucinaciones después de la terapia cognitivo-conductual. La terapia personal puede mejorar el funcionamiento social. Las conclusiones de este estudio son, la terapia familiar psicoeducativa simple, de larga duración, debe estar disponible para las personas que padecen esquizofrenia. A pacientes con recaídas y hospitalizaciones frecuentes, se debe ofrecer la capacitación asertiva comunitaria cuando el apoyo familiar es limitado. La competencia social de los pacientes con esquizofrenia mejora con el entrenamiento de habilidades sociales, se traduce en un funcionamiento más adaptativo en la comunidad. Para pacientes que se interesan en trabajar, la colocación rápida con apoyo continuo es una oportunidad para mantener un trabajo regular. La terapia cognitiva puede beneficiar a pacientes que continúan experimentando síntomas psicóticos incapacitantes a pesar de un tratamiento farmacológico óptimo (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001).

Para Dixon, Perkins, & McIntyre, 2010; Mueser, K., et al., 2013, las intervenciones con evidencia científica de acuerdo con las evaluaciones realizadas en las guías clínicas, en las revisiones sistemáticas y en los meta análisis, las principales estrategias de intervención son (Dixon, Perkins, & McIntyre, 2010; Mueser, K., et al., 2013):

1. El programa de tratamiento asertivo comunitario (PACT); el modelo busca generar competencia sociales, comunicación y expresión de las emociones; son espacio en donde participan psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, los pacientes viven solos en casas o departamentos que pueden ser propiedad del estado y que cuentan con un centro de atención en salud a nivel primario que tenga personal calificado en salud mental para poder atender a esa población y en general están a disposición las 24 horas los 365 días del año, por lo costoso solo EUA lo ha implementado, existen sólo algunas publicaciones.
2. Las **intervenciones familiares**. Psicoeducación familiar y terapia de familiar, ayudan a reducir la emoción expresada familiar, la tasa de recaídas y mejora el

funcionamiento social del paciente, es un tratamiento consistente y efectivo. (Bellack AS, Mueser KM., 1993; Dixon LB, Lehman AF., 1995). La versión que se aplica es el formato de grupo multifamiliar (Mc Farlane, 2016). Las intervenciones para la emoción altamente expresada como medio para prevenir la recaída, en variaciones posteriores se han centrado en el funcionamiento social y de roles y el bienestar familiar, (Mc Farlane, 2016). Estudios controlados han demostrado que los pacientes tienen mejores resultados en las familias que reciben esta terapia porque informan menos angustia, se busca involucrar a los familiares como socios más sofisticados, complementando las intervenciones médicas con interacciones especializadas y habilidades de afrontamiento que contrarrestan los déficits neurológicos inherentes al trastorno. En los meta – análisis encuentran que se reduce la tasa de recaída de 50% a 60% respecto al tratamiento habitual. La aplicación más reciente en el primer episodio y la psicosis prodrómica, combinada con otras intervenciones basadas en la evidencia, arroja resultados más prometedores como un retorno sustancial del funcionamiento y la evitación de la psicosis por completo (Mc Farlane 2016).

3. El **empleo con apoyo**. Comparte diseño con el modelo de entrenamiento asertivo comunitario, la diferencia es que está dirigido principalmente a la prevención de las recaídas y la estabilización de los síntomas de los pacientes que logran un empleo competitivo y que deben aprender a afrontar el estrés.
4. La **Terapia Cognitiva – Conductual**. Terapia Cognitivo Conductual (TCC p) para la Psicosis. Es reciente el interés en enseñar a los pacientes estrategia de afrontamiento para controlar los síntomas residuales. Se emplean técnicas de terapia cognitivo-conductual (p. ej., conversación personal, análisis racional) para reducir la angustia asociada con alucinaciones y delirios (Birchwood M, Tarrier N, eds. 1992; Wykes T, Tarrier N, Lewis S, eds. 1998).
5. El **entrenamiento en habilidades sociales**, se proporciona de forma individual o grupal, implica enseñar sistemáticamente comportamientos específicos que son críticos para el éxito en las interacciones sociales de los pacientes (Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J., 1997; Liberman RP., 1995). Es uno de los tratamientos psicológicos más estudiados para individuos con ES, la extensa

literatura documenta su eficacia (Bellack AS., 2001). Una intervención efectiva que puede reducir la sintomatología y mejorar el funcionamiento psicosocial (Dixon et al., 2010; Mueser et al., 2013).

6. Dixon et al., (2010) propone agregar: los programas de intervención temprana para retrasar o prevenir la recaída; Mueser et al., 2013 incluye: la Remediación Cognitiva. Beck y Rector (2005) encuentran que las intervenciones cognitivas repercuten en el individuo, disminuyen el malestar asociado con alucinaciones auditivas y delirios (Beck, A., Rector, N., 2005). En la revisión de Dickerson (2004) la terapia cognitivo-conductual frente al apoyo o tratamiento convencional, mejora la evolución y tienen efectos benéficos estas intervenciones tanto en los síntomas positivos como en los negativos (Dickerson F., 2004).

Para el entrenamiento asertivo comunitario, durante las últimas décadas se encuentra evidencia para intervenir con efectividad los síntomas como alógi, desmotivación y déficits cognitivos, así como la atención que puede generar fallas en la memoria reciente, debido a que son las mayores quejas en la ES (Turington 2011 en Asociación psiquiátrica mexicana, 2014, pp. S67).

El deterioro cognitivo y la discapacidad funcional son objetivos de tratamiento importantes (Keefe et al., 2016). La terapia de remediación cognitiva (TRC) ha demostrado eficacia para mejorar la función social y cognitiva (Tan et al., 2016), mejora los déficit cognitivos mediante la práctica repetida de la tarea y/o la adquisición de estrategias, persisten diferentes respuestas al tratamiento (Corbera et al., 2017), produce efectos moderados en la cognición a nivel grupal e individual en los pacientes con ES (Lewandowski K., 2016).

Entre las limitaciones encontradas, es que la literatura científica en español es reducida y sólo se han llevado a cabo algunas intervenciones psicosociales como el entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones familiares y modelos integrados; la mayoría de las intervenciones se han publicado en inglés, las contribuciones y las investigaciones se realizaron en países anglosajones y Europa.

Aunque en Asia, principalmente China, han comenzado a contribuir en estas investigaciones, los actuales modelos se ocupan de los déficits cognitivos y de los síntomas negativos, los nuevos modelos cognitivos se siguen apoyando con los modelos integrados para la rehabilitación, las propuestas recientes desde 2005, son para primer episodio y para ultra alto riesgo como medidas de prevención primaria y la remediación cognitiva ha sido la intervención que cuenta con el mayor número de publicaciones.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE), se comprende poco sobre la eficacia relativa de los tratamientos psicológicos para psicosis; por ejemplo, no se ha evaluado el riesgo de sesgo, han tenido poca efectividad en las comparaciones de intervenciones psicológicas contra otros tratamientos activos, se han incluido las comparaciones de subgrupos para síntomas positivos y negativos; otros meta-análisis comparativos no han demostrado consistentemente la superioridad de la intervención de interés.

Después de esta revisión, quizá una de las propuestas que podría ser importante para evaluar, es la implementación de un programa integral utilizando las estrategias psicosociales que han realizado en México investigadores como: Dr. Marcelo Valencia; Dra. Rosa Díaz Martínez en el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como el Dr. Héctor Lara Tapia en el Instituto Nacional de Neurología, aplicándose durante un primer episodio psicótico, se puede recuperar la experiencia que alcanzaron estos grupos de investigación y utilizar la información publicada por el Dr. Apiquian. Se debe reducir DUP, aplicando diferentes intervenciones durante el primer episodio psicótico. Parece promisorio la aplicación de un programa de prevención secundaria en salud mental para el primer episodio, ya que siguiendo a Mc Gorry, la prevención primaria aún es muy compleja, porque no existen marcadores clínicos o biológicos claros que permitan saber quiénes serán los que van a desarrollar ES en algún momento de su vida. La información que existe sólo ha descrito a sujetos de ultra alto riesgo como son los familiares en primer grado. Entre las principales implicaciones bioéticas, está el uso de fármacos y encontrar marcadores biológicos para población mexicana.

5.1 Propuestas para Población Mexicana

En México, la mayor experiencia de tratamiento hasta la fecha lograda es la implementación de los programas de rehabilitación para la atención de los pacientes crónicos. Aún existe una brecha en cuanto a las intervenciones en la fase de pródromos. Para Dixon et al., (2010) esta intervención temprana permite retrasar o prevenir la recaída, siguiendo a Mueser et al., 2013 debe ser incluida la Remediación Cognitiva. Beck y Rector (2005) han encontrado que las intervenciones cognitivas repercuten al disminuir el malestar asociado con alucinaciones auditivas y delirios (Beck, A., Rector, N., 2005).

Dickerson (2004), en una revisión de la terapia cognitivo-conductual frente al apoyo o tratamiento convencional, mejora la evolución y se tienen efectos benéficos con estas intervenciones tanto en los síntomas positivos como en los negativos (Dickerson F., 2004). Se ha señalado que el deterioro cognitivo y la discapacidad funcional son objetivos de tratamiento importantes (Keefe et al., 2016). Por lo que, la terapia de remediación cognitiva (TRC) podría beneficiar a los pacientes ya que ha demostrado eficacia para mejorar la función social y cognitiva (Tan et al., 2016), mejora los déficit cognitivos mediante la práctica repetida de la tarea y/o la adquisición de estrategias, persisten diferentes respuestas al tratamiento (Corbera et al., 2017), produce efectos moderados en la cognición a nivel grupal e individual en los pacientes que padecen ES, (Lewandowski K., 2016). Las estrategias cognitivas son poco utilizadas en nuestro país, es necesario implementar dentro de un programa integral de rehabilitación estas estrategias que han demostrado efectividad en otros países pioneros en la atención y rehabilitación de esta población psiquiátrica.

Una de las limitaciones principales encontradas para la aplicación extensa de estas intervenciones es que la literatura científica en español es muy reducida, sólo se han aplicado algunas de estas intervenciones psicosociales como el entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones familiares y modelos integrados; la mayoría de las intervenciones se publican en inglés, las contribuciones y las investigaciones las realizan países anglosajones y algunos

países de Europa como España, Italia y Francia, en Asia, destaca China, comenzó una mayor contribución, los modelos actuales se ocupan de los déficits cognitivos y de los síntomas negativos, los nuevos modelos cognitivos se siguen apoyando con los modelos integrados para la rehabilitación, las recientes propuestas inician en la primera década del presente siglo, con mayor énfasis en la atención del primer episodio psicótico y para ultra alto riesgo como medidas de prevención primaria y la remediación cognitiva ha sido la intervención que cuenta con el mayor número de publicaciones. América latina tiene un rezago de varias décadas, en México los grupos de investigación de los institutos nacionales de salud mexicano como son el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional Neurología, durante la década de 1990 habían reducido la brecha con investigaciones novedosas, pero la falta de presupuesto para apoyar estas intervenciones tempranas en México son nulas, quedando atrás el lugar destacado en la atención de la esquizofrenia y en general en salud mental, en Latino América los mexicanos fueron uno de los principales representantes, e consecuencia se ha generado este rezago en la literatura en español, para hacer extensivas estas intervenciones en los países Latinoamericanos, incluso España cuenta con muy pocas publicaciones, pero es el que más publica en castellano. En México, se cuenta con dos institutos de salud de tercer nivel con recursos humanos capaces de implementar novedosas intervenciones tempranas y una infraestructura científica en donde se aplica una medicina de alta especialidad, ambos institutos pueden reducir de nuevo este rezago científico y tecnológico respecto a países de Europa, Asia y Norte América.

Con esta revisión, una de las propuestas que se pueden explorar y que es importante evaluar, es la implementación de un programa integral en fases tempranas recuperando la experiencia que existe con las estrategias psicosociales que se realizaron y probaron efectividad en México por investigadores como: Dr. Marcelo Valencia; Dra. Rosa Díaz Martínez en el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como el Dr. Héctor Lara Tapia en el Instituto Nacional de Neurología, entre otros.

La principal diferencia está en la aplicación durante un primer episodio psicótico o en fase de pródromos, es necesario retomar y aprovechar la experiencia alcanzada por estos grupos de investigación, utilizar la información que publicó el Dr. Apiquian.

Además una prioridad es reducir DUP, aplicando diferentes intervenciones durante el primer episodio psicótico. En México y en América Latina sería novedoso aplicar un programa de prevención secundaria en salud mental para el primer episodio. Siguiendo a Mc Gorry, et. al., en 1996 y 2004, la prevención primaria aún es muy compleja, pero ante el panorama actual la mayoría de los países que cuentan con recursos limitados en salud mental, es mejor la prevención que la atención en fases crónicas, el reto está en que aún no existen marcadores clínicos o biológicos claros que permitan saber quiénes serán los que van a desarrollar en algún momento de su vida la ES.

La información que existe y que se ha descrito en cuanto a sujetos de ultra alto riesgo como son los familiares en primer grado es útil. Principalmente se destaca que deben resolverse las implicaciones bioéticas, como la edad para el uso de fármacos, las recomendaciones e implicaciones de usar antipsicóticos desde edades tempranas, el tipo de fármaco que se debe utilizar, esta y otras variables son importante en futuros estudios. Sin embargo, le corresponde a la psiquiatría generar estos lineamientos, es compartido, encontrar marcadores biológicos y las estructuras cognitivas implicadas en este trastorno para población mexicana. El reto, está presente para las ciencias médicas y de salud mental, la participación de México, genera recursos humanos calificados, para la investigación y la formación de nuevo personal científico.

6. REFERENCIAS

- 1) Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). Primer on the psychiatric rehabilitation process. En *Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation*.
- 2) American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. En *Am J Psychiatry*. 1997;(suppl):1-63.
- 3) Appelbaum PS. (2015). Ethical challenges in the primary prevention of schizophrenia. En *Schizophr Bull*. 41:773 – 775.
- 4) Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M., y otros. (2017). When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain. En *Rev Psiquiatr Salud Ment*.
- 5) Asociación Psiquiátrica Mexicana. (2014). Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. En *Salud Mental*, 37 (1 suplemento), VII 1 - 118. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf%5Cnhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58237779001>
- 6) Barch, D., (2005). The Cognitive Neuroscience of Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* (1): 321 - 353. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143959>.
- 7) Beck, A., Rector, N., Stolar N., Grant, P., (2010) Visión general de la esquizofrenia. En *Terapia cognitiva, investigación y terapia*. Paidós Cap. 1 pp.: 19 – 54.
- 8) Beck , A.T., (1952) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt . En *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 15, 305 – 312.
- 9) Beck, A., Rector, N., (2005). «Cognitive Approach To Schizophrenia: Theory and Therapy», En *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 577 - 606.
- 10) Bellack A., (2001). Rehabilitative treatment of schizophrenia. In: Lieberman JA, Murray RM, eds. En *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. London, UK: Martin Dunitz.
- 11) Bellack, A., (s.f.). Psychosocial treatment in schizophrenia. En *Posters & images in neuroscience*

- 12) Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW., (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. En *Schizophr Bull.* 25:257-274.
- 13) Bellack AS, Mueser KM., (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. En *Schizophr Bull.* 19:317-336.
- 14) Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J., (1997), Social Skills Training for Schizophrenia: a Step-by-Step Guide. New York, NY: En *The Guilford Press*.
- 15) Bentall, R.P. (2007) Madness Explained. Psychosis and Human Nature. En *Penguin*, London.
- 16) Benton, M., Schroeder, H., (1990). «Social Skills Training With Schizophrenics: a Metaanalytic Evaluation», En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 741 – 747.
- 17) Birchwood M, Tarrrier N, eds. (1992). Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia. New York, NY: En *Wiley*.
- 18) Igor Bombin Celso Arango Robert W Buchanan, (2005). Significance and Meaning of Neurological Signs in Schizophrenia: Two Decades Later. En *Schizophrenia Bulletin*, 31(4): 962 – 977. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi028>
- 19) Bora, E., Lin, A., Wood, S. J., Yung, A. R., Mcgorry, P. D., & Pantelis, C. (2014). Cognitive deficits in youth with familial and clinical high risk to psychosis: A systematic review and meta-analysis. En *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/acps.12261>
- 20) Bora, E., Yücel, M., and Pantelis, C., (2010). Cognitive Impairment in Schizophrenia and Affective Psychoses: Implications for DSM-V Criteria and Beyond. En *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 36 – 42.
- 21) Bowie, C., Reichenberg, A., Patterson, T., Heaton, R., Robert, K., & Harvey, P. (2006). Determinants of Real - World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. En *American Journal of Psychiatry*, 163, 418 - 425.
- 22) Bowie, C. R., Ph, D., Mcgurk, S. R., Mausbach, B., Patterson, T. L., & Harvey, P. D. (2012). Combined Cognitive Remediation and Functional Skills Training for Schizophrenia: Effects on Cognition, Functional Competence, and Real-World Behavior.

En *Am J Psychiatry*, 169(10), 710–718.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091337>

- 23) Brenner, H., et al., (1992). «Treatment Of Cognitive Disfunctions And Behavioural Deficits in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 18, pp. 21-26.
- 24) Brenner, H., et al., (1994). *Integrated Psychological Therapy For Schizophrenic Patient*, Toronto, En *Hogrefe y Huber*.
- 25) Brenner HD, Kraemer S, Hermanutz M, Hodel B., (1990). Cognitive treatment in schizophrenia. In: Straube E, Hahlweg K, eds. *Schizophrenia: Models and Interventions*. New York, NY: En *Springer Verlag*; 161-191.
- 26) Brown AS, McGrath JJ. (2011). The prevention of schizophrenia. En *Schizophr Bull.* 37: 257 – 261.
- 27) Browne, J., Edwards, A., Penn, D., Meyer - Kalos, P., Gottlieb, J., Julian, P., et al., (2016). Factor structure of therapist fidelity to individual resiliency training in the Recovery After an Initial Schizophrenia Episode Early Treatment Program. En *Early Interv Psychiatry*.
- 28) Brune, M., & Schaub, D. (2012). Mental state attribution in schizophrenia: What distinguishes patients with “ poor” from patients with “ fair” mentalising skills? En *European Psychiatry*, 27(5), 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.002>
- 29) Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. En *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163–175. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>
- 30) [Cho R.](#), [Ford, J.](#), [Krystal J.](#), [Laruelle, M.](#), [Cuthbert, B.](#), [Carter, C.](#), (2005). Functional Neuroimaging and Electrophysiology Biomarkers for Clinical Trials for Cognition in Schizophrenia. En *Schizophrenia Bulletin*, (31)4: 865 – 869. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi050>
- 31) Carter, C., (2006). Aplicación de los nuevos planteamientos de la neurociencia cognitiva para mejorar el desarrollo de fármacos destinados al tratamiento de los trastornos de cognición en la esquizofrenia. En *Schizophrenia Bulletin*. 1(3): 125 – 130.
- 32) Cardoso M., García Y., Ocampo M., Velázquez A., Lara-Tapia H., (1997). Aspectos psicosociales de pacientes psiquiátricos crónicos para un programa de rehabilitación psicosocial. En *Arch Neurocién (Mex)*. 2(4): 242 – 246.

- 33) Cella, M., Reeder, C., Wykes, T., (2016). Group cognitive remediation for schizophrenia: Exploring the role of therapist support and metacognition. En *Psychol Psychother.* Mar;89(1):1-14. doi: 10.1111/papt.12062. Epub 2015 Jul 24.
- 34) Cohen A, Minor, K., (2010). Emotional Experience in Patients With Schizophrenia Revisited: Meta-analysis of Laboratory Studies. *Schizophr Bull*, 36(1); 143 –150. doi: [10.1093 / schbul / sbn061](https://doi.org/10.1093/schbul/sbn061).
- 35) Corbera, S., Wexler, B. E., Poltorak, A., Thime, W. R., & Kurtz, M. M. (2017). Cognitive remediation for adults with schizophrenia: Does age matter? En *Psychiatry Research*, 247(April 2016), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.084>
- 36) Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P., (1996). Cognitive Therapy For Delusions, Voices and Paranoia, Nueva York, en *Wiley*.
- 37) Chadwick, P., (2006). Person-Based Cognitive Therapy For Distressing Psychosis, Chichester, en *Wiley*.
- 38) Csukly, G., Polgár, P., Tombor, L., Benkovits, J., & Réthelyi, J. (2014). Theory of mind impairments in patients with deficit schizophrenia. En *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 349–356. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.025>
- 39) Davidson, T., Chung, K., Yu, C., Ng, K., & Tsoi, E. (2015). Logistic regression analysis of psychosocial correlates associates with recovery from schizophrenia in a Chinese Community. En *Int J Soc Psychiatry*, 50 - 7.
- 40) Davidson, L., Lambert, S., Mc Glasham, T., (2004). Tratamientos Psicoterapéuticos y Cognitivos Conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con psicosis. En Perris, C., y Mc Gorry, P., (2004). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. En *Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer*. Cap. 1 pp.: 19 – 41.
- 41) DeVlyder , J.E. (2015). Prevention of Schizophrenia and Severe Mental Illness. En *American Academy of Social Work and Social Welfare*. Working Paper No. 6
- 42) Díaz-Martínez, R., Murow, E., Ortega H., Valencia, M., Rascón M., Ramírez I., (1996). El manejo integral del paciente esquizofrenico. Un modelo del instituto mexicano de psiquiatría. En *Salud Mental*, 19(4): 1 - 7.
- 43) Díaz-Martínez, Rascón, M., Valencia, M., Unikel, C., Murow, E., Rascón, D., Leaños, C., Ortega, H., (1999). El programa de rehabilitación integral del paciente

- esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, número especial: 104 - 113.
- 44) Díaz-Martínez, L. Ortega, H., Leaños, C., Rodríguez, M., Rascón, M., Valencia, M., Gutiérrez M., Mares, M., Sánchez, A., (2005). La Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico en México: El Modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo III. *Salud Mental*, 28(6): 9 - 19.
- 45) Dickerson, F., (2004) «Update On Cognitive Behavioral Psychotherapy For Schizophrenia: Review Of Recent Studies», En *Journal Of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- 46) Dixon LB, Lehman AF., (1995). Family interventions for schizophrenia. En *Schizophr Bull.* 21:631-643.
- 47) de Almeida, J.C., & González, F.T., ed.(s) (2005). Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos (No. 601). En *Pan American Health Org*.
- 48) Dixon, L. B., Perkins, D. O., & McIntyre, J. S. (2010). Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition. En *Psychiatric Services*, 161(February), i-iv+1-56. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>
- 49) Fett A., Viechtbauer W., Dominguez M., Penn D., Os J., Krabbendam L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. En *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 35(3): 573-588
- 50) Foucalt, M., (2006). Historia de la locura en la época clásica. En *Fondo de Cultura Económica México*. Primera parte. pp: 7 – 529.
- 51) García, C.I. (2008) Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 9-25. ISSN 0211-5735.
- 52) Garrabé J., (1996). El nacimiento de la esquizofrenia. En *Salud Mental*. 19(4): 43 - 51
- 53) Garrido, G., Penadés, R., Barrios, M., Aragay, N., Ramos, I., Vallès, V., ... Vendrell, J. M. (2017). Computer-assisted cognitive remediation therapy in schizophrenia: Durability of the effects and cost-utility analysis. En *Psychiatry Research*, 254(October 2016), 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.065>
- 54) Geyer M., and Heinssen R., (2005). Nuevos planteamientos en el programa MATRICS. En *Schizophrenia Bulletin*. 31(4): 806 – 809.

- 55) Geyer, M., and Heinssen, R., (2005). New Approaches to Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 31(4): 806 – 809. doi:10.1093/schbul/sbi057.
- 56) Goncalves, O, (2002). Los fundamentos de una psicología narrativa. En *Psicoterapia Cognitiva Narrativa. Manual de Terapia Breve*. En *Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer*. Sevilla España. Cap 1, pp.: 15 – 24.
- 57) Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., ... Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. En *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520–529.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520>
- 58) Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., & McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1173–1185. <https://doi.org/10.1037/a0037098>
- 59) Granholm, E., Holden, J.L., Sommerfeld, D., Rufener, C., Perivoliotis, D., Mueser K., and Aarons G.A., (2015). Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: study protocol for a randomized controlled trial. En *Trials* 16:438.
- 60) Grant, P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D., Stolar, N.M., Beck, A.T., (2012) Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive Therapy for Low-Functioning Patients With Schizophrenia. En *Arch Gen Psychiatry*. 69(2):121-127.
- 61) Green M., Nuechterlein K., Gold J., et al., (2004). Approaching a Consensus Cognitive Battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiat*, 56: 301 – 307.
- 62) Green, M. F., & Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), e1–e9.
<https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.02.001>
- 63) Guía basada en la Evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia [GuBE / APAL / APM / TPE], (2014). En *Salud Mental* 37(Sup. 1): 1 – 118.

- 64) Hegde, S. (2017). A review of Indian research on cognitive remediation for schizophrenia. En *Asian Journal of Psychiatry*, 25(2017), 54–59.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.001>
- 65) Hogarty, G., Flesher, S., (1999a) «Developmental Theory Of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», En *Schizophrenia Bulletin*, 25, pp. 677-692.
- 66) Hogarty, G., Flesher, S., (1999b). «Developmental Theory Of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», En *Schizophrenia Bulletin*, 25, pp. 693-708.
- 67) Hogarty, G. E., y otros, (2004). «Cognitive Enhancement Therapy For Schizophrenia: Effects of a 2-years Randomised Trial on Cognition and Behaviour», En *Archives of General Psychiatry*, 61, pp. 866-876.
- 68) Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I., Lambert, M., (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. En *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 16(2): 185 - 195.
- 69) Kern R., Green J., Mintz J., Liberman R., (2003). Does “errorless learning” compensate for neurocognitive impairments in the work rehabilitation of persons with schizophrenia?. En *Psychological Medicine*. 33: 433 – 442.
- 70) Keshavan, M., Nasrellah, H., & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse. En *Schizophrenia Research*, 127, 3 - 13.
- 71) Kirkpatrick, B., Castle, D., Murray, R. and Carpenter, W. (2000). Risk Factors for the Deficit Syndrome of Schizophrenia. En *Schizophrenia Bulletin*, 26(1):233 - 242, 2000.
- 72) Kurtz, M., (2012). Cognitive remediation for schizophrenia: current status, biological correlates and predictors of response. En *Expert Review of Neurotherapeutics*. Volume 12, 2012 - Issue 7
- 73) Lahti A., Holcomb H., Medoff D., Weiler M., Tamminga C., Carpenter W., (2001). Abnormal Patterns of Regional Cerebral Blood Flow in Schizophrenia with Primary Negative Symptoms During an Effortful Auditory Recognition Task. En *Am J Psychiatry*. 158: 1797 – 1808.
- 74) Lara-Tapia H., (1997). Algunas características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. En *Arch Neurocién (Mex)*. 2(1): 7 – 12.

- 75) Lara-Tapia H., (2004). Algunos problemas y soluciones en la rehabilitación psicosocial del enfermo psiquiátrico y neurológico. En *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 57(5): 122 – 129.
- 76) Lara-Tapia, H; Martínez, A.; Morfín, A.; et al. (2005). La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico. Problemas y soluciones. En *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4): Oct.-Dic: 140-146
- 77) Larsen T., Mc Glashan T., Johannessen J., Friis S., Guldborg C., Haahr U., et al., (2001). Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment. En *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1917 – 1919.
- 78) Lee, W. H., & Lee, W. kyeong. (2017). Cognitive rehabilitation for patients with schizophrenia in Korea. En *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 109–117.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.010>
- 79) Lehman, A. F., Tompson, J. W., Dixon, L. B., & Scott, J. E. (1995). Schizophrenia: Treatment outcomes research - Editors' introduction. En *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 561–566. Retrieved from
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed3&NEWS=N&AN=1995373023>
- 80) Lewandowski KE. (2016). Cognitive Remediation for the Treatment of Cognitive Dysfunction in the Early Course of Psychosis. En *Harv Rev Psychiatry*. 24(2):164-72.
doi: 10.1097/HRP.000000000000108.
- 81) Lifshitz, A., Talavera, J. O., & Rivas-ruiz, R. (2013). Investigación clínica:
- 82) Liberman, R., Mueser, K., Wallace, C., (1986). «Social Skills Training For Schizophrenic Individual at Risk of Relapse», En *Am. J. Psychiatry*, 143, pp. 523-526.
- 83) Liberman, R., y otros, (1998). «Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia», En *Am. J. Psychiatry*, 155, pp. 1087 1091.
- 84) Liberman RP., (1995). Social and independent living skills: The community reentry program. En *University of California*, Los Angeles.
- 85) Lehman AF, Steinwachs DM., (1998). Translating research into practice: The schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. En *Schizophr Bull*. 24:1-10.

- 86) López M., Rodríguez S., Apiquian R., Páez F., Nicolini H., (1996). Estudio de la traducción y validación de la escala de ajuste premórbido para pacientes con esquizofrenia. En *Salud Mental* 19(supl): 24 – 29.
- 87) Lozano, C., Lyda, M., Acosta, R., (2009). Alteraciones Cognitivas en la Esquizofrenia. En *Revista Med*, 17(1): 87-94. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia.
- 88) Machado, S., Arias-Carrión O., Orellana A., Lattari E., Cardoso A., Egídio A., (2013). La especialización hemisférica y la regulación de la conducta motora desde la perspectiva de las neurociencia cognitiva. En *Salud Mental* 36(6): 513 – 520.
- 89) Mc Evoy JP, Scheifler PL, Frances A, eds., (1999). The Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of schizophrenia 1999. En *J Clin Psychiatry*. 60(suppl 11).
- 90) Mc Glashan, T., (1999). Duration of Untreated Psychosis in First-Episode Schizophrenia: Marker or Determinant of Course? En *Biol Psychiatry*; 46: 899 – 907.
- 91) Mc Gorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson H., (1996). EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. En *Schizophrenia Bulletin*, 22(2):305-326.
- 92) Mc Gorry, P., Henry, L., Maude, D., y Phillips, L., (2004). Intervenciones psicológicas con orientación preventiva en los inicios de la psicosis. En Perris, C., and Mc Gorry, P., (2004). Psicoterapia Cognitiva para los Trastornos Psicóticos y de Personalidad. Capítulo 12 Editorial En *Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer*. pp: 263 – 287.
- 93) Mondragón-Maya A., Bernal-Hernández J., Yáñez-Téllez G., Rodríguez-Agudelo Y., (2011). Mismatch Negativity (MMN) y esquizofrenia: Una revisión. En *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (6): 363 – 73.
- 94) Mrazek P., Haggerty R., editors (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. En *Washington: National Academy Press*.
- 95) Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. En *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465–97. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- 96) Mueser, K., Penn, D., Addington, J., Brunette, M., Gingerich, S., Glynn, S., y otros. (2015). The NAVIGATE Program for First - Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. En *Psychiatr Serv*, 66(7), 680 - 690.

- 97) Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez-Fraile, M., Eguíluz, J.I., (2012). Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. En *Rev Neurol*; 54 (10): 577 – 586.
- 98) Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
- 99) Organización Mundial de la Salud (2010). Informe Sobre la Salud en el Mundo. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Cap. 4 Más salud por el dinero.
- 100) Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Cap. 1 La salud pública al servicio de la salud mental.
- 101) Organización Mundial de la Salud, (2016a). Trastornos mentales. Nota descriptiva N°396 Abril.
- 102) Organización Mundial de la Salud, (2016b). Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397 Abril.
- 103) Peralta V. and Cuesta M., (1994). Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. En *Psychiatry Research*. 53(1): 31-40
- 104) Periago, M. R. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 78 – 80.
- 105) Pillet, B., Morvan, Y., Todd, A., Franck, N., Duboc, C., GroES, A., Launay, C., Demily, C., Gaillard, R., Krebs M., & Amado I., (2015). Cognitive remediation therapy (CRT) benefits more to patients with schizophrenia with low initial memory performances En *Disability and Rehabilitation*. 37(10): 846 – 853.
- 106) Rausch, F., Mier, D., Eifler, S., Fenske, S., Schirmbeck, F., Englisch, S., Schilling, C., Meyer-Lindenberg, A., Kirsch, P., Zink, M., (2015). Reduced activation in the ventral striatum during probabilistic decision-making in patients in an at-risk mental state. En *J Psychiatry Neurosci*, 40(3): 163 – 173.

- 107) Rector, N., Beck, A., (2001) «Cognitive Behavioural Therapy For Schizophrenia: An Empirical Review», En *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 189, pp. 278-87.
- 108) Rivas-Ruiz, R., & Talavera, J. O. (2012). Búsqueda sistemática: cómo localizar artículos. En *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 50(1), 53–58.
- 109) Rivas-ruiz, R., Vi, I., & Adiestramiento, C. De. (2011). Relevancia clínica, 49(6), 631–635.
- 110) Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En *Pan American Health Org.*
- 111) Rogers, C., (1961). *On Becoming A Person*, Londres, Constable.
- 112) Ryan P., (1981). El origen del Tratamiento Moral en psiquiatría. En *Salud Mental*. 4(2): 30 – 32.
- 113) Rayan P., Valencia M., Otero B., Nuñez M., González R., Rascón M., (1982). Alternativas para el Hospitalismo. En *Salud Mental*. 5(3): 8 – 15.
- 114) Schutt, R. K., Seidman, L. J., Eack, S. M., Deck, B., & Keshavan, M. S. (2017). Adapting cognitive remediation to a group home: A brief report. En *Asian Journal of Psychiatry*, 25(2017), 184–187. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.11.003>
- 115) Seidman LJ, Nordentoft M. (2015). New targets for prevention of schizophrenia: Is it time for interventions in the premorbid phase. En *Schizophr Bull*. 41:795 – 800.
- 116) Steel C., (2013) CBT for Schizophrenia. Evidence – Based Interventions and Future Directions. En *Wiley BlackWell*
- 117) Steel, C., Garety, P., Freeman, D. et al., (2007). The multi-dimensional measurement of the positive symptoms of psychosis . En *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 , 88 – 96 .
- 118) Strauss G., Jetha S., Ross S., Duke L., Allen D., (2010). Impaired facial affect labelling and discrimination in patients with deficit syndrome schizophrenia. *Schizophr Res*, 118:146 – 53. doi:10.1016/j.schres.2010.01.016.
- 119) Tan, S., Zou, Y., Wykes, T., Reeder, C., Zhu, X., Yang, F., ... Zhou, D. (2016). Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. En *Neuroscience Letters*, 626, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2015.08.036>

- 120) Tarrier, N., Y Otros, (1993). «A Trial Of Two Cognitive-Behavioural Methods of Treating Drug resistant Residual Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients: I Outcome», En *Br. J. Psychiatry*, 162, pp. 524-32.
- 121) Toledo, J. B., Gopal, P., Raible, K., Irwin, D. J., Sedor, S., Watts, K., ... Trojanowski, J. Q. (2017). En *HHS Public Access*, 131(3), 393–409. <https://doi.org/10.1007/s00401-015-1526-9>.Pathological
- 122) Trower, P., Birchwood , M. , Meaden, A. et al . (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. En *British Journal of Psychiatry*, 184 , 312 – 320.
- 123) Turkington, D., y otros, (2004). «Cognitive-Behavioral Therapy For Schizophrenia: A Review», En *J. Psychiatr. Pract.*, 10, pp. 5 - 16.
- 124) Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P. J., (2006). «Cognitive Behavior Therapy For Schizophrenia», En *Am. J. Psychiatry*, 163, pp. 365 – 373.
- 125) Twamley, E., Bengoetxea E., Mondragón A., Ojeda, N., (2014). Entrenamiento Cognitivo Compensatorio.
- 126) Valencia, M., Rascón, M., Otero, B., Ryan, P., (1987). Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 10(3): 81 - 89.
- 127) Valencia, M (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. En *Salud Mental*, número especial: 128 - 137.
- 128) Valencia, C.M., (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. En *Salud Mental*, 30(2): 75 – 80.
- 129) Valencia, M., Caraveo, J., Colin, R., Verduzco, W., & Corona, F. (2014). Remisión Sintomática y Recuperación Funcional en Pacientes que Padecen Esquizofrenia. En *Salud Mental*, 37, 59-74.
- 130) Valencia, M., Juarez, F., & Ortega, H. (2012). Integrated treatment to achieve functional recovery for first-episode psychosis. En *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 962371. <https://doi.org/10.1155/2012/962371>
- 131) Valencia, M., Moriana, J. A., Kopelowicz, A., Lopez, S. R., & Liberman, R. P. (2015). Social-Skills Training for Spanish-Speaking Persons with Schizophrenia: Experiences From Latin America, Spain, and the United States. En *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(3), 209–246. <https://doi.org/10.1080/15487768.2014.954161>

- 132) Valencia M., Ortega-Soto H., Rodríguez S., Gómez L., (2004b). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera Parte. En *Salud Mental*. 27(3): 47 – 53.
- 133) Valencia M., Ortega-Soto H., Rodríguez S., Gómez L., (2004a). Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. 2ª Parte. En *Salud Mental*. 27(3): 35 – 43.
- 134) Valencia, M., Rascon, M. L., Juarez, F., Escamilla, R., Saracco, R., & Liberman, R. P., (2010). Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. En *Psychiatry*, 73(3), 248–263.
- 135) Vallejo R., Bulbena V., Menchón M., (2011). La Esquizofrenia. En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª. Edición En *Elsevier Masson*. Barcelona España Cap. 17. pp: 373 – 385.
- 136) Van Der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., LinESen, D. H., Yung, A. R., ... Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12month and longer-term follow-ups. En *Schizophrenia Research*, 149(1–3), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.004>
- 137) Velligan, D. I.; Bow-Thomas, C. C., (2000). «Two Case Studies Of Cognitive Adaptation Training for Outpatients with Schizophrenia», En *Psychiatric Services*, 51, pp. 25-29.
- 138) Vita, a, Barlati, S., Bellani, M., & Brambilla, P. (2014). Cognitive remediation in schizophrenia: background, techniques, evidence of efficacy and perspectives. En *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2014), 21–5. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000541>
- 139) Vohs, J.L., Hummer, T.A., Yung, M.G., Francis, M.M., Lysaker, P.H., and Breier, A., (2015). Metacognition in Early Phase Psychosis: Toward Understanding Neural Substrates. En *Int. J. Mol. Sci.*, 16: 14640-14654.
- 140) World Health Organization (2004). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, En *Summary Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization*.
- 141) Wright, S. D., Datta, S. S., & Kumar, A. (2012). Psychological interventions for psychosis in adolescents. En *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (May), 523–538. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009533>

- 142) Wyatt, R.J., Alexander, R.C., Egan, M.F. and Kirch, D.G., (1987). Schizophrenia, just the facts What do we know, how well do we know it?. En *Schizophrenia Research*, 1: 3 – 18.
- 143) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S., Czobor, P., (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. En *American Journal of Psychiatry*; 168(5): 472-485. [PubMed]
- 144) Wykes T, Tarrier N, Lewis S, eds., (1998). Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia. New York, NY: En *Wiley*.
- 145) Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. En *Schizophr Bull.* 25:291-307.
- 146) Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. et al. (2008). Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. En *Schizophrenia Bulletin*, 10, 1 – 15.
- 147) Yung, A., McGorry, P., McFarlane, C., Jackson, H., Patton, G. and Rakkar, A., (1996). Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis. En *Schizophrenia Bulletin*, 22(2): 283-303.
- 148) Zanini, M., Castro, J., Coelho, F. M., Bittencourt, L., Bressan, R. A., Tufik, S., & Brietzke, E. (2013). Do sleep abnormalities and misaligned sleep/circadian rhythm patterns represent early clinical characteristics for developing psychosis in high risk populations? En *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2631–2637. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.08.012>
- 149) Zubin, J.; Spring, B., «Vulnerability, a New View of Schizophrenia», En *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, pp. 103-126.