



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con
esquizofrenia: una propuesta de intervención.

T E S I N A

PARA OBTENER TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Karla Leticia Gómez Duque

Director: Dr. David Jiménez Rodríguez

Dictaminadores: Lic. Juana Olvera Méndez

Mtro. Ernesto Arenas Govea

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción

Capítulo 1. ¿Qué es la esquizofrenia?

1.1. Antecedentes Históricos.....	4
1.2. Etiología.....	7
1.3. Epidemiología y prevalencia.....	8
1.4. Características clínicas.....	9
1.5. Diagnóstico diferencial.....	11
1.6. Subtipos de esquizofrenia DSM-IV-TR.....	12
1.7 Subtipos de esquizofrenia CIE-10.....	16
1.8. Tratamiento farmacológico.....	21

Capítulo 2. Tratamiento de la esquizofrenia desde las diferentes perspectivas teórico-metodológicas

2.1. Terapia de grupo.....	23
2.2. Terapia Familiar.....	25
2.3. Psicoeducación.....	27
2.4. Intervención psicosocial.....	28

Capítulo 3. Terapia Cognitivo-Conductual

3.1. Bases filosóficas e inicio de la Terapia Cognitivo-Conductual...	32
---	----

3.2. Investigaciones en el manejo de la esquizofrenia.....	33
--	----

Capítulo 4. Técnicas Cognitivo-Conductuales.

4.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	43
---	----

4.2. Asertividad.....	47
-----------------------	----

4.3. Solución de Problemas.....	49
---------------------------------	----

4.4. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	52
--	----

4.5. Condicionamiento Operante.....	56
-------------------------------------	----

4.6. Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.....	57
--	----

4.7. Desensibilización Sistemática.....	60
---	----

4.8. Autocontrol.....	61
-----------------------	----

Capítulo 5. Propuesta de intervención Cognitivo-Conductual.

Propuesta de intervención.....	64
--------------------------------	----

Discusión y Conclusiones.....	76
-------------------------------	----

Bibliografía.....	78
-------------------	----

RESUMEN

El curso de la esquizofrenia está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales; por lo que su estudio y tratamiento debe ser integral para poder intervenir de manera exitosa y eficaz. Por lo que en el presente estudio se revisó como era concebida la esquizofrenia desde la antigüedad, sus características diagnósticas, es decir, la sintomatología que se presenta tanto, cognitiva, conductual y perceptiva, así como las clasificaciones internacionales que existen para el diagnóstico de la misma. La génesis o etiología por la cual se presenta el trastorno, la epidemiología para poder tener un panorama más amplio de las personas que la padecen y el tratamiento farmacológico que se utiliza tomando en cuenta los fármacos más utilizados para su tratamiento. También se mencionan algunos modelos teóricos que han contribuido para la intervención de la esquizofrenia como son: la Terapia de grupo, Terapia Familiar, Psicoeducación y las Intervenciones Psicosociales.

Como el presente estudio va encaminado a tratar la esquizofrenia desde la perspectiva Cognitivo-Conductual, el objetivo del trabajo se centra en realizar una propuesta de intervención psicológica, promoviendo el uso de técnicas y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual, y para lograr este objetivo se hace una revisión de la génesis y bases filosóficas del padecimiento, así como diferentes estudios experimentales que se han realizado para comprobar la eficacia de este modelo. Se mencionan algunas técnicas Cognitivo-Conductuales que se han utilizado para el tratamiento del trastorno como son: Entrenamiento en Habilidades Sociales, Asertividad, Condicionamiento Operante, Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), Solución de Problemas, Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, Autocontrol, Desensibilización Sistemática y por último se presenta la propuesta de intervención que es nuestro principal objeto de estudio para alcanzar un mejoramiento integral de este tipo de pacientes.

INTRODUCCIÓN

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano, rama de la cual se derivan diversas modalidades de este estudio comportamental, la cual varía en sus formas acorde a la metodología empleada por cada escuela, tradición o corriente psicológica, sin embargo, todas ellas tienen un punto de coincidencia, que es el poder modificar ciertos aspectos en el individuo para que mejore o tenga una vida funcional donde pueda interactuar adecuadamente con sus semejantes en los diversos contextos sociales.

En la actualidad el tema de salud mental ha tomado importancia para la sociedad actual ya que interviene en el desarrollo adecuado del individuo en todos los ámbitos de su vida, tanto familiar, laboral, escolar, social, cultural, etc. Debido al ritmo de vida en la sociedad actual, llenos de tensión, estrés, ansiedad, preocupación; han generado que las personas alteren su equilibrio emocional al grado de sufrir alguna alteración psicológica. Las estadísticas actuales nos indican que los trastornos mentales han incrementado de manera significativa en las últimas décadas y esto genera gran demanda en los servicios de salud, y con ello no solo afectan la economía de la sociedad o comunidad, sino que algunas alteraciones dejan incapacitada a la persona; tal es el caso de la esquizofrenia.

Existen dos diferentes procedimientos de tratar la esquizofrenia, el primero es el médico y el segundo los métodos psicológicos. Hay muchas técnicas psicológicas que son de gran utilidad para tratar la esquizofrenia como son los métodos grupales, individuales, familiares, psicosociales, etc.

Sin embargo, se ha tomado interés particular en las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, se debe a que ésta es una de las intervenciones más exitosas en el tratamiento tanto de las manifestaciones clínicas como de las diversas comorbilidades (como la ansiedad y la depresión), así como las consecuencias psicológicas y psicosociales propias de la naturaleza de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. La terapia cognitivo-conductual ha

demostrado eficacia principalmente en la cronicidad global de la sintomatología, la sintomatología aguda, los síntomas positivos residuales y los síntomas negativos (Gutiérrez, *et al.*, 2008).

De manera concreta se puede mencionar que la terapia cognitivo-conductual es un enfoque estructurado, para el manejo de los problemas de las personas que padecen psicosis. La terapia cognitivo-conductual tiene tres objetivos principales, 1) reducir la angustia y las discapacidades asociadas a la sintomatología psicótica residual; 2) reducir los trastornos emocionales; 3) fomentar la promoción de la participación activa del individuo en la regulación del riesgo de recaída, así como su discapacidad social (Aldaz, 1996).

Luego entonces, el objetivo del presente estudio, es realizar una propuesta de intervención psicológica desde la perspectiva cognitivo-conductual, para que pacientes diagnosticados médicamente con esquizofrenia, puedan disminuir o modificar sus conductas desadaptativas y sus alteraciones cognitivas.

Para alcanzar el objetivo planteado en este trabajo, se desarrollarán los capítulos que a continuación se describen.

En el primer capítulo se exponen ampliamente las características biológicas y psicológicas del padecimiento central: esquizofrenia, así como también las clasificaciones o tipos de esquizofrenia y los diversos fármacos que se emplean para el tratamiento de dicho padecimiento.

En el capítulo 2 se especifican diferentes modelos psicoterapéuticos que se han empleado a lo largo de la historia para tratar la esquizofrenia.

En el capítulo 3, se efectúa una recopilación histórica de la génesis de las bases teóricas de la terapia Cognitiva-Conductual, al igual que se lleva a cabo una revisión exhaustiva sobre artículos de corte psicológico que han abordado el estudio de los diversos tratamientos y procedimientos existentes encaminados a tratar dicho padecimiento.

En el capítulo 4 se describen y analizan diversas técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la esquizofrenia.

En el capítulo 5, se presenta una propuesta real de intervención así como se describen temáticas a desarrollar en cada una de las sesiones con el fin de disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las alteraciones cognitivas con motivo del padecimiento.

Finalmente se discuten y concluyen las implicaciones más relevantes, así como se hace mención de las aportaciones más destacadas del presente estudio.

1. ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

Desde la antigüedad hasta la época actual se ha mostrado gran interés por observar, interpretar, predecir, controlar, clasificar la conducta humana con el fin de facilitar la comprensión de ciertos patrones patológicos que favorecen la aparición de las enfermedades mentales. En la actualidad este tema ha recobrado interés ya que en la sociedad en la que nos desarrollamos día con día ha incrementado el número de personas que padecen alguna enfermedad mental; en este caso en particular nos centraremos en la esquizofrenia, la cual padecen 2% de la población mundial. Cabe mencionar que puede haber diferentes causas para la aparición de la esquizofrenia, por lo que es fundamental un buen diagnóstico para descartar alguna otra patología. Teniendo el diagnóstico se debe tener un buen tratamiento tanto farmacológico como psicológico para que la persona pueda lograr bienestar óptimo.

1.1. Antecedentes Históricos

En el siglo XVII la “locura” empezó a perder su carácter místico y se consideraba ya una enfermedad, una sola enfermedad a la que se le denominó “vesania” que podía tener diferentes apariencias y estados evolutivos.

A finales del siglo XIX, el descubrimiento de correlatos anatómicos y fisiológicos de los síndromes clínicos influyó considerablemente sobre los psiquiatras y neurólogos de la época, quienes estaban intentando identificar síndromes específicos a partir de los conceptos globales de demencia, delirio y locura, conceptos dominantes en aquel tiempo (Caballo, Buena-Casal y Carrobes, 1995).

En estas mismas épocas las escuelas francesas y alemana habían conseguido describir una serie de síndromes que, tanto por su forma de aparición como por sus síntomas y autonomía propia, no podían ser explicados desde la concepción unitaria.

Como mencionan Puente, Chinchilla, Bermudo, Correas y Quintero (2004) en 1852 Morel esbozó una forma precoz de demencia tenida por degeneración, donde más que pérdida de juicio, se observa una “disposición discordante”, “insensible a los problemas del mundo” con extravagancia del comportamiento y del discurso. Estableció el término *démence précoce* asociado al estado mental. Entendía por demencia cualquier estado de incompetencia psicosocial relacionado con un trastorno mental y a cualquier edad; el criterio de irreversibilidad no existía.

Para cuando Kraepelin cimentó el concepto moderno de esquizofrenia, utiliza el término de *dementia praecox* el concepto general de demencia había cambiado, adquiriendo un sentido diferente al de los tiempos de Morel. Así fue como los diferentes tratados de Psiquiatría de Kraepelin suponen la culminación de los esfuerzos realizados en este campo durante todo el siglo XIX (García-Merita, 2005).

El mismo Kraepelin en el año de 1907, clasifica las formas clínicas en tres grandes grupos: La esquizofrenia catatónica que estaba caracterizada por importantes síntomas motores y cambios de humor que iban del estupor hasta la activación extrema. La esquizofrenia hebefrénica se definía por las preocupaciones excesivas sobre asuntos triviales, indiferencia emocional, risas inadecuadas y habla inmadura. La esquizofrenia paranoide se caracterizaba por sospechas e ideas delirantes bien organizadas, habitualmente con un contenido grandioso o de persecución (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1995).

Posteriormente fue añadiendo más forma clínicas hasta quedar constituidas por ocho: 1) forma simple, 2) demencia precocísima, 3) hebefrenia, 4) formas depresivas y estuporosas, 5) forma circular y agitada, 6) catatonía, 7) demencia paranoide, y 8) confusión del lenguaje (García-Merita, 2005).

El término esquizofrenia apareció publicado por primera vez en 1908. En 1911 Bleuler escribió “llamo *dementia praecox*” a la esquizofrenia porque, como espero demostrar, la separación de diversas funciones psíquicas es una de las

características importantes (Puente, *et al.*2004). Y señaló tres síntomas característicos en este trastorno: la disgregación asociativa del curso de las ideas, el autismo, la ambivalencia afectiva. El modelo de Bleuler (1960) es, Entonces más psicopatológico que el de Kraepelin (García-Merita, 2005).

Gastó y Vallejo (1992) mencionan que Bleuler fundamentó esta distinción en la nosología Psiquiátrica. Alegó que los síntomas principales de los tipos de deterioro mental eran cognitivos: un relajamiento de asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta (éste era el significado original del término acuñado por Bleuler, “esquizofrenia”). Pensaba que los síntomas principales eran los observables en cada caso; por otra parte, las ideas delirantes, las alucinaciones y las perturbaciones conductuales las consideraba secundarias o “accesorias”, por que podían ocurrir en otros trastornos.

La influencia de Kraepelin fue tan grande que durante más de 50 años todos los psiquiatras repitieron, a propósito de la demencia precoz, convertida por Bleuler en la esquizofrenia; este mismo esquema con lagunas y parcial, que orientó las investigaciones en dirección puramente organicista, primero neuroanatómica y después neurobiológica (Postel y Quetel, 2000).

Desde el punto de vista psicopatológico, Kleist (1947) también distinguió dos grupos de esquizofrenias: las que presentan trastornos del pensamiento y lenguaje y que serían producto de alteraciones del cortex cerebral, y aquellas otras en las que predominan los trastornos de la afectividad, psicomotores y del yo.

Kurt Schneider en el año de 1959, amplía todavía más el concepto de esquizofrenia, considerando que abarca todas aquellas psicosis endógenas que no sean ciclotímicas típicas. Para él el trastorno primordial es la adinamia, la falta de energía, de la vivencia (García-Merita, 2005).

Kurt Schneider considera los síntomas divididos en los de primer orden y síntomas de segundo orden. Los síntomas de primer orden son: a) percepciones delirantes; b) sonorización del pensamiento; c) audición de voces

que acompañan con observaciones los actos propios; d) vivencias de influencia corporal; e) robo del pensamiento, y f) vivencias de influencia y fabricación en el campo de la sensación, de los impulsos y de la voluntad.

Schneider también pensaba que la esquizofrenia podía diagnosticarse en ausencia de síntomas de primer orden, a partir de síntomas de segundo orden con tal de que tengan suficiente claridad y solidez. Describió como síntomas de segundo orden: el resto de las alucinaciones sensoriales, las ocurrencias delirantes y la pobreza emocional (García-Merita, 2005).

Es posible apreciar que el concepto de esquizofrenia, su nosología y diagnóstico han sido objeto de controversia desde el surgimiento del término, y que ésta ha existido desde la antigüedad aún cuando el nombre del cuadro clínico haya cambiado, sin embargo la sintomatología sigue siendo similar y gracias a sus clasificaciones, que hacen posible un mejor estudio; puede ser posible su adecuado diagnóstico.

1.2. Etiología.

La esquizofrenia es la consecuencia de varios efectos acumulativos de determinados factores de riesgo, desglosados a *grosso modo* en genético-familiares y ambientales. Sin embargo, la mayoría de los indicios apuntan a un modelo de interacción entre los efectos ambientales y la carga genética (Os y Marcelis, 2003, citado en Puente *et al.*, 2004).

El marcador de riesgo más importante es tener un familiar con el mismo trastorno. El riesgo de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida es de 1% para la población general, de un 10% para los familiares de primer grado de un paciente con esquizofrenia y hasta el 48% para aquellos con dos familiares enfermos.

La hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia postula que las alteraciones genéticas o epigenéticas conducen a la aparición de anomalías en el desarrollo temprano del cerebro.

Al igual que la hipótesis de la neurodegeneración, en contraste con la anterior implicaría la expresión de proteínas y sustancias bioquímicas anormales y tóxicas, que ejercerían su efecto en determinadas regiones anatómicas, manifestándose clínicamente una vez superado cierto umbral de daño, poniendo de manifiesto la pérdida de la función fisiológica afectada.

Otros de los factores de riesgo que influyen en la emergencia y el resultado final de las psicosis se pueden agrupar en dos grupos, tal como mencionan en Puente, *et al.* (2004):

1. Factores de desarrollo. El riesgo mórbido familiar de esquizofrenia, las alteraciones del desarrollo temprano y el ensanchamiento ventricular se asociarían a más intensidad de la enfermedad, un curso más deteriorante y más síntomas negativos.

2. Factores sociales. El riesgo mórbido familiar de trastorno afectivo, los acontecimientos vitales adversos y el grupo étnico se relacionan con menos intensidad de la enfermedad y buen pronóstico.

Existen diferentes factores que pueden influir en la aparición de la esquizofrenia, es decir, es multifactorial (familiares, genéticos y ambientales), y que estos pueden influir en la severidad de la enfermedad.

1.3. Epidemiología y prevalencia.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, con una tasa de incidencia de 0.2 a 0.4 por 1000 personas, con una prevalencia de 1% de la población mundial, afectando a hombres y mujeres, sin embargo, de acuerdo con diversos estudios, el inicio de las mujeres suele ser más tardío y el curso más benigno en comparación con los hombres, por lo que la media de inicio de la enfermedad en ellos es de 20 años de edad mientras que en las mujeres es de más de 20 años (Mueser, 2004, citado en Fresán y Robles, 2009).

En estudios más recientes se estimó que la prevalencia de la esquizofrenia se encuentra entre el 0.4% al 1.2%, siendo ésta más elevada en población entre los 18 los 54 años (Narrow, 2002).

En México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre la prevalencia de la esquizofrenia en la población general. No obstante, en un estudio publicado en 1996 se encontró una prevalencia promedio del 0.7% en población adulta urbana, encontrándose ésta más elevada en hombres (1.1%) y mujeres (1.8%) entre los 18 y los 24 años de edad (Caraveo-Anduaga, 1996, citado en Fresán y Robles, 2009).

Con el paso de los años el incremento de la esquizofrenia ha sido significativo y la prevalencia se encuentra entre las personas en edad productiva, lo que resulta un tema delicado ya que en muchos pacientes produce incapacidad productiva y porque genera gastos en servicios de salud.

1.4. Características clínicas.

Estudios recientes de pacientes esquizofrénicos han demostrado la existencia de cuando menos dos grupos de pacientes. Un grupo de evolución relativamente benigna (tipo I), caracterizado por: a) predominio de síntomas delirantes alucinatorios; b) buena respuesta inicial a fármacos antipsicóticos; c) curso recurrentes, más que crónico-delirante, y d) ausencia de anomalías neuroradiológicas; y un segundo grupo (tipo II), caracterizado por: a) dominio de alteraciones intelectuales y cognitivas; b) escasa o nula respuesta a fármacos antipsicóticos; c) curso crónico-deteriorante, y d) anomalías neuroradiológicas que incluyen diversos grados de dilatación ventricular y reducción de masa cerebral (Gastó y Vallejo, 1992).

Crow (1980) propuso dos procesos patológicos en la esquizofrenia que pueden ocurrir por separado o juntos en un caso individual. El síndrome tipo I de Crow se caracteriza por síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes,

trastornos de pensamiento) y tiende a ser agudo, mientras que el síndrome tipo II, caracterizado por síntomas negativos (pérdida de energía, afecto embotado), se consideraba más crónico (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1995).

Sintomatología positiva: De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002) son síntomas que generalmente no debían de existir y son resultado de procesos mentales anormales. Existen dos síntomas positivos generalmente reconocidos como característicos de la esquizofrenia: alucinaciones y delirios. Se definen como la percepción sensorial real en ausencia de un estímulo que pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial como la visión, audición, olfato, tacto; aunque cabe mencionar que las alucinaciones auditivas y visuales son las más frecuentes. El segundo síntoma positivo característico de la esquizofrenia son los delirios, los cuales se definen como ideas falsas de la realidad en donde el individuo no puede ser disuadido de esta creencia con evidencia contradictoria de su falsedad. Los delirios paranoides o de persecución son los más comunes en la esquizofrenia, involucran la convicción de otras personas, instituciones o fuerzas intentan dañar al paciente. Las ideas de referencia, un tipo de delirio, son de interés especial debido a alta prevalencia en los pacientes con esquizofrenia. El paciente con ideas de referencia interpreta de forma errónea los mensajes de otras personas o entidades, considerando que se refieren particularmente a él o su comportamiento.

Sintomatología negativa: Se define como un severo trastorno en la interacción social, así como una limitación de la gama e intensidad de la expresión de los afectos (aplanamiento afectivo), una reducción de la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), incapacidad de experimentar placer (anhedonia) y una pérdida de la capacidad de iniciar conductas dirigidas a objetivos y concluir las (abulia) (DSM-IV-TR, 2002).

Los síntomas negativos se observan a lo largo del padecimiento, siendo más notorios durante la ausencia de síntomas positivos. Estos síntomas representan el mayor reto de la psiquiatría en la actualidad, ya que no se ha demostrado la efectividad de los medicamentos sobre estos síntomas.

Aunque se pueden añadir otros dos grandes grupos de sintomatología los cuales son:

Sintomatología de Desorganización: Incluye afecto inapropiado, conducta extraña y trastornos de la forma del pensamiento, como incoherencia y falta de lógica del habla y del pensamiento, irrelevancia del habla y habla compulsiva. En las formas extremas de los trastornos del pensamiento, el individuo puede inventar palabras; o bien el habla puede desarrollarse sin ningún significado o propósitos claros y está guiada por asociaciones entre las palabras y sus significados (Caballo, Buela-Casal y Carroble, 1995).

Los síntomas desorganizados también se refieren a comportamiento no verbales. La esquizofrenia puede originar que el paciente se mueva con mayor lentitud, que presente movimientos o gestos faciales rítmicos y repetitivos, o conductas bizarras sin un propósito definido (DSM-IV-TR, 2002).

Sintomatología cognitiva: El deterioro cognoscitivo en la esquizofrenia afecta las funciones ejecutivas, la atención, la memoria y el funcionamiento intelectual en general. Los problemas de naturaleza cognitiva, como las dificultades en filtrar y clasificar las expectativas sensoriales, o atribuir en forma correcta un significado a los eventos y a las intenciones de los otros, puede ser un déficit fundamental, si bien menos notable de la esquizofrenia.

Se pueden encontrar diferentes subtipos de esquizofrenia y su clasificación va a depender de los síntomas que el paciente presente (síntomas positivos, negativos, desorganizados y cognitivos), que algunos resultan ser más deteriorantes que otros, debido al impacto que tienen en el individuo.

1.5. Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de esquizofrenia se efectúa en función de los siguientes parámetros clínicos:

En la mayoría de pacientes esquizofrénicos, la personalidad premórbida se considera normal hasta la eclosión de la enfermedad. No obstante, diversos estudios controlados apuntan hacia la existencia de indicadores de riesgo para la enfermedad. Estos indicadores de acuerdo con Gastó y Vallejo (1992) se dividen: a) indicadores perinatales; b) anomalías del desarrollo, y c) adaptación escolar y social.

- a) *Indicadores perinatales.* Aproximadamente un 25% de pacientes esquizofrénicos presentan estos indicadores (anoxia, infecciones, agentes químicos, deficiencias nutricionales, traumatismo), que se correlacionan con un propósito sombrío de la enfermedad.
- b) *Anomalías del desarrollo.* Deficiencias neurointegrativas (signos neurológicos leves o menores) y movimientos oculares de seguimiento alterados en el 50-85% de pacientes esquizofrénicos. Las diferencias neurointegrativas en la infancia y adolescencia no conducen invariablemente a la enfermedad. De hecho, el riesgo consiste en la pobre respuesta al tratamiento de pacientes con la enfermedad y estos antecedentes premórbidos.
- c) *Adaptación escolar y social.* La mayoría de enfermos nucleares antecedentes de dificultades de adaptación social y escolar premórbida. Este factor de riesgo, sin embargo, parece asociado a otro consistente en el estatus social bajo asociado a la enfermedad.

1.6. Subtipos de esquizofrenia DSM-IV-TR.

A. Los subtipos de esquizofrenia se definen sobre la base de sus síntomas más predominantes durante la evaluación. Son únicamente descriptivos y tiene poca utilidad terapéutica o para el diagnóstico y según la clasificación del DSM-IV-TR (2002) son los siguientes:

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si no ha sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes
- 2) Alucinaciones
- 3) Lenguaje desorganizado
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia (falta de expresión) o abulia (falta de voluntad o iniciativa).

Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: Persisten signos continuos de alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A.

d. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

Tipo Paranoide. La característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática

(celos, religiosidad o somatización). El sujeto puede presentar delirios de grandeza, condescendencia y pomposidad, atildamiento (arreglo cuidadoso y excesivo), falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales (pasión, entusiasmo e irreflexión en la manera de hacer o decir alguna cosa).

Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

Tipo Desorganizado. Las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de palabras y sonrisas que no tienen una conexión con el contenido del discurso. La desorganización del comportamiento (falta de orientación a un objetivo) puede acarrear una grave disfunción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.

El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y test cognoscitivos. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

Desafortunadamente, tiene un mal pronóstico a largo plazo cuando se le compara con las variedades paranoide y no diferenciada, incluyendo mayor número de hospitalizaciones, peor función social y menor tiempo asintomático (Alarcón, Mazzoti, Nicolini, 2005).

Tipo catatónico. La característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo (silencio voluntario o impuesto), peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad c rea) o estupor. Aparentemente, la actividad excesiva motora carece de propósito y no est  influida por estímulos externos.

Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona.

La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían estereotipias, manierismos (gestos estilizados que acompañan la conducta motora, incluyen la afectación del habla) y la obediencia automática o la imitación burlona.

Tipo indiferenciado. Es un tipo de esquizofrenia en el que hay ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia o conducta muy desorganizada, y que no cumple los criterios para el tipo paranoide catatónico o desorganizado.

Tipo residual. El tipo residual se caracteriza cuando a habido por lo menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras) (DSM-IV-TR, 2002).

Existen diversos subtipos o clasificaciones de la esquizofrenia basándose en su sintomatología o características clínicas, y conforme a las dos clasificaciones internacionales de los trastornos mentales el DSM-IV-TR y el CIE-10, cabe

señalar que aunque las dos clasificaciones son diversas en cuanto a nomenclatura el cuadro clínico sigue siendo el mismo.

1.7 Subtipos de esquizofrenia CIE-10.

Los criterios de clasificación según el CIE-10, son los siguientes:

Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada:

Al menos uno de los síntomas, y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

- 1) Por lo menos uno de los siguientes:
 - a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
 - b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
 - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos.
- 2) Al menos dos de las siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, cuando se presentan diario durante al menos un mes.
- b) Neologismos (palabra nueva que aparece en una lengua), bloqueo del uso del pensamiento, que da lugar a incoherencias o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o medicación neuroleptica.

Esquizofrenia paranoide. Debe satisfacer los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia.

Las alucinaciones o ideas delirantes de tipo paranoide deben ser notables (tales como las ideas delirantes de persecución, de celos, de tener una misión especial o de transformación corporal, voces amenazantes o impositivas, alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales).

En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectiva, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aun que pueden hallarse presentes alguno o todos estos fenómenos.

Esquizofrenia hebefrénica. Deben satisfacer los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia.

Deben hallarse presentes uno de los dos siguientes:

- 1) Embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes
- 2) Afectividad inadecuada o no congruente, de forma clara y persistente

Deben hallarse presentes uno de los dos siguientes:

- 1) Comportamiento errático (extraño, anormal, sorprendente), vacío de contenido y desorganizado, en vez de estar dirigido a objetos claros.
- 2) Marcado trastorno del pensamiento, puesto de manifiesto por un lenguaje desorganizado, divagatorio o incoherente.

Esquizofrenia Catatónica. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia, aunque al principio puede no ser esto posible si el enfermo es inaccesible a la comunicación.

Uno a más de los siguientes síntomas catatónicos debe ser prominente durante un período de al menos dos semanas:

- 1) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al ambiente y reducción de la actividad de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- 2) Excitación (Actividad motriz sin propósito aparente, no influida por estímulos externos).
- 3) Catalepsia (Adopción y mantenimiento voluntario de posturas inadecuadas o extravagantes).
- 4) Negativismo (resistencia, aparente sin motivo, a cualquier instrucción o intento de ser movilizado o presencia de movimientos de oposicionismo).
- 5) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser movilizado)

- 6) Flexibilidad c6rea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior)
- 7) Obediencia autom6tica (cumplimiento autom6tico de las instrucciones)

Esquizofrenia Indiferenciada. Deben satisfacer los criterios generales para el diagn6stico de esquizofrenia.

Una de dos:

No hay un n6mero suficiente de sntomas como para satisfacer los subtipos de esquizofrenia paranoide, hebefr6nica, catat6nica, depresi6n post-esquizofr6nica y residual.

Hay un n6mero tan elevado de sntomas que satisfacen criterios para m6s de uno de los subtipos.

Depresi6n Post-esquizofr6nica. Los criterios generales para el diagn6stico de esquizofrenia deben haberse satisfecho en los 6ltimos doce meses y, aunque persistan algunos sntomas esquizofr6nicos de los subtipos paranoide e indiferenciado, no puede hacerse el diagn6stico en el momento de la entrevista.

Los sntomas depresivos deben ser lo suficientemente prolongados, generales y graves como para satisfacer por lo menos los criterios de un episodio leve depresivo.

Esquizofrenia Residual. Los criterios generales deben haberse satisfecho en alg6n momento del pasado, pero no puede hacerse este diagn6stico en la actualidad.

Por lo menos cuatro de los siguientes sntomas negativos deben haber estado presentes a lo largo de los doce meses previos al diagn6stico.

- 1) Inhibición motriz o hipoactividad
- 2) Claro embotamiento afectivo
- 3) Pasividad y falta de iniciativa.
- 4) Pobreza de la cantidad o del contenido del lenguaje
- 5) Pobreza de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura).
- 6) Rendimientos sociales escasos o deterioro del aseo y cuidado personal.

Esquizofrenia simple. Desarrollo lento y progresivo, durante un año por lo menos, de los tres siguientes síntomas:

- 1) Un cambio claro en las cualidades globales de la personalidad previa, manifestado por pérdida de la iniciativa e intereses, conducta vacía y carente de propósito, una actitud de retraimiento sobre sí mismo y aislamiento social.
- 2) Aparición gradual y progresiva de síntomas negativos, tales como inhibición psicomotriz o hipoactividad, claro embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la cantidad o contenido del lenguaje y de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura).
- 3) Disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos o laborales.

Ausencia de todo momento de las experiencias subjetivas anormales (esquizofrenia paranoide e indiferenciada), así como de alucinaciones o ideas delirantes estructuradas de cualquier tipo, es decir, nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, ni tampoco para otro trastorno psicótico.

Como ya se mencionó hay diversas clasificaciones de la esquizofrenia, y aunque las dos clasificaciones son diversas en cuanto a nomenclatura el cuadro clínico sigue siendo el mismo.

1.8. Tratamiento farmacológico.

Los agentes farmacológicos asociados con el tratamiento de la esquizofrenia se agrupan en una familia amplia y heterogénea, los antipsicóticos o neurolépticos. Esta familia ha sido subdividida en típicos y atípicos.

El término neuroléptico, literalmente es "que se aferra o ata a los nervios", dado por los franceses Delay y Deniker, a los que se les atribuye la introducción de la clorpromazina para el tratamiento de la esquizofrenia.

Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco y Díaz-Marsá (2009) mencionan que los antipsicóticos típicos o de segunda generación más utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia podemos encontrar: la clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol y zotepina; de hecho, hay evidencias de que la mayoría de estos fármacos ofrecen ventajas sobre los antipsicóticos típicos o de primera generación, ya que contribuyen a reducir la sintomatología, facilitar la reintegración social, prevenir las recaídas y minimizar los efectos adversos; y desde un punto de vista farmacológico. Sin embargo, tienen otros efectos secundarios como ganancia de peso, hiperglucemia (cantidad excesiva de glucosa en la sangre) y dislipemia (alteración en la concentración de lípidos en la sangre).

El potencial terapéutico de los neurolépticos es patente en el tratamiento de los conocidos como síntomas positivos de la esquizofrenia, ya que suelen atenuar el impacto psíquico de las ideas delirantes, las alucinaciones auditivas, la agitación o la ansiedad. Sin embargo, otros síntomas más devastadores y

duraderos de la esquizofrenia como la disminución de la emotividad, aislamiento social, falta de iniciativa o motivación, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) o pobreza del lenguaje (llamados síntomas negativos), trastornos cognitivos o del estado de ánimo, no mejoran apreciablemente o incluso empeoran con el tratamiento crónico con antipsicóticos (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2005; citados en González, 2007).

En el presente capítulo, se revisaron los antecedentes históricos y cómo fue evolucionando el concepto de esquizofrenia a través de los años, así como las estadísticas actuales de este padecimiento, qué cuadro clínico es el que predomina para poder realizar un buen diagnóstico y clasificarla según el subtipo que sea dependiendo de qué clasificación se trate (DSM-IV-TR-CIE-10), esto con el fin de que al tener conocimiento de que síntomas predominan se aplicará el tratamiento adecuado, sin olvidar el tratamiento farmacológico.

En el siguiente capítulo se revisarán algunos modelos psicológicos para el tratamiento de la esquizofrenia.

2. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DESDE DIFERENTES MODELOS TEÓRICOS.

2.1. Terapia de grupo.

Es posible que después de 90 años de historia de la psicoterapia de grupo de pacientes esquizofrénicos, desde el primer artículo publicado (Lazell, 1921; citado en Cullberg, 2008) hasta la actualidad, la bibliografía sobre las psicoterapias de grupo en esquizofrenia es escasa, si la comparamos con las de otras terapias individuales o familiares en estos pacientes.

Las psicoterapias de grupo tienen como objeto romper el aislamiento social y favorecen la rehabilitación del paciente. La terapia de grupo puede ser especialmente útil en la recuperación de jóvenes, quienes tras padecer un episodio psicótico experimentan la pérdida de su rol social, estatus confianza en situaciones de interacción interpersonal. Más aún el grupo crea un sentimiento de pertenencia y estimula al paciente a plantearse y alcanzar nuevos retos. Miller y Mason (1998; citado en García-Cabeza y González, 2011), encuentran que el grupo favorece la confianza y el apoyo entre iguales.

Otra de las características del grupo, es que tanto pacientes como terapeutas, tienen la observación directa de muchas otras dimensiones o comportamientos, como el egocentrismo, pasividad, intolerancia, hostilidad, temores y desconfianzas, o arrogancia y dependencia (Anthony, 1971; González de Chávez y García-Ordás, 1992; citado en Cullberg, 2008).

Por ello desde el primer episodio psicótico el grupo ofrece a los pacientes la posibilidad de superar su egocentrismo y sentimientos de singularidad, aislamiento, inseguridad y desconfianza, con una dinámica psicoterapéutica que bloquea el desarrollo de mecanismos de negación o falseamiento y conduce a integrar estrategias de aceptación y afrontamiento de sus dificultades (García-Cabeza y González, 2011), ya que en este se puede hablar, discutir situaciones y problemas personales.

Como menciona Cullberg (2008) se debe ir ayudando a los pacientes a ir prescindiendo, suprimiendo o modificando las estrategias más patológicas para favorecer las estrategias más integradoras, porque con las estrategias falseadoras, el paciente distorsiona la realidad para mantener su imagen e identidad en crisis. Son sus fantasías o construcciones falsas de si mismo, que pueden conducir a la creación de una identidad psicótica.

En las primeras intervenciones terapéuticas, tanto grupales como individuales y familiares, el objetivo será escuchar, explorar y favorecer la autorevelación del paciente. Reconstruir con el y su familia su historia biográfica y su historia psicótica, la personalidad premórbida (personalidad existente antes de la aparición de un trastorno mental) y todo el contexto, relaciones y factores desencadenantes que han llevado a la crisis de la identidad que revela con sus manifestaciones psicóticas.

Las psicoterapias de grupo forman parte de programas terapéuticos combinados con otras psicoterapias individuales o familiares, lo que facilita o potencia la actividad terapéutica en los pacientes esquizofrénicos, que además habitualmente reciben algún tratamiento neuroléptico. Las terapias combinadas no compiten entre sí, sino que benefician mutuamente; lo relevante es la elección, indicación y adecuación, en cada caso, del conjunto del tratamiento a las necesidades o características de los diversos pacientes (Alanen, 1997; citado en Cullberg, 2008).

Es importante mencionar que la terapia grupal facilita un nuevo proceso de reaprendizaje inter-personal e intra-personal, que posibilita primero la aceptación y reconocimiento de la crisis y luego el de la propia vulnerabilidad, para poder lograr una redefinición más realista, más estable y más integradora de la propia identidad.

La terapia de grupo suele ser una herramienta de gran utilidad para tratar algunos trastornos mentales, ya que ayuda a que el paciente tenga una mayor identificación y aceptación de lo que le pasa y pueda interactuar libremente con

otros pacientes sobre el curso de su enfermedad, esto genera una reducción de ansiedad y facilita la integración social; sin embargo, no para todos los pacientes suele ser funcional ya que otros prefieren la terapia individual o familiar de las que hablaremos más adelante.

2.2. Terapia Familiar.

La terapia familiar, que hizo su aplicación en el campo aplicado de la clínica de la mano de las teorías que durante los años 50 y 60 asociaban la aparición de la esquizofrenia con la presencia de pautas anómalas de interacción en las familias de los pacientes esquizofrénicos (Bateson, *et al.*, 1958; Lidz, 1958; Wynne, *et al.*, 1958, citados en Arévalo, 1990) ha sufrido importantes cambios a lo largo de la década.

La aparición del trastorno expone a la familia a una multiplicidad de problemas que ponen a prueba sus capacidades generales de adaptación, así como la exposición crónica a la carga puede producir en el sistema familiar transformaciones cognitivas, emocionales y cambios finales en sus patrones de respuesta que pueden terminar por volverse desajustados y con una tonalidad rígida o estereotipada. Es precisamente un constructo vinculado al ambiente familiar, el de expresión de emociones (EE), uno de los que mas poder predictivo ha exhibido en la determinación del estado clínico y del ajuste del paciente, no solo en las fases iniciales de la enfermedad, sino también y de manera mas determinante, en las fases crónicas del trastorno.

Los ambientes altos en expresión de emociones (EE) suelen estar cargados de evaluaciones negativas que condicionan interacciones mas estresantes entre sus miembros, por lo que se refiere al paciente, donde su propia vulnerabilidad cognitiva puede limitar las posibilidades de respuesta y favorecer la aparición de comportamientos desajustados que dificulten aun más la posibilidad de llegar a soluciones eficaces (de la Higuera, 2005).

El mantenimiento de las actitudes negativas u hostiles y poco participativas por parte de la familia, ha constituido para los profesionales de la salud mental un

serio obstáculo para conseguir la colaboración de los familiares en el proceso terapéutico, ya que estos últimos se han sentido frecuentemente culpabilizados y rechazados, fomentándose de este modo sus resistencias. Los nuevos enfoques comparten la idea de que existen interacciones recíprocas entre variables familiares identificables y déficits relativamente específicos de las personas con esquizofrenia. Por esta razón, tanto la familia como el individuo deben participar en los programas de rehabilitación en salud mental para lograr la reintegración del individuo a la sociedad (Fresán, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, García-Anaya y Gutiérrez, 2001).

Existen diferentes modelos que van a proponer abordajes familiares específicos para el tratamiento de la esquizofrenia como son: sistémico, psicoeducacional, conductual, psicoanalítico, etc.

Los programas de intervención familiar a corto plazo ofrecen a los familiares nueva información sobre la esquizofrenia, lo que beneficia la percepción de las habilidades que poseen para enfrentar la enfermedad. Pero los cambios en los familiares no se mantienen a largo plazo. Sin embargo, los programas a largo plazo han dado como resultado beneficios significativos para los pacientes lo que ha reducido la tasa de recaídas y rehospitalizaciones. Las intervenciones eficaces para prevenir las recaídas y mejorar el ajuste social de los esquizofrénicos poseen varios elementos en común, como son la psicoeducación sobre la esquizofrenia, la importancia de la emoción expresada, el uso de la medicación, la resolución de problemas y la rehabilitación social (Espina y González, 2003).

Es importante que dentro del proceso terapéutico la familia tenga colaboración y participación para lograr el progreso integral del paciente, sin que haya hostilidad o actitudes negativas hacia este, ya que el paciente se encuentra vulnerable y necesita lazos familiares seguros, estables de protección, cuidado y sobre todo aceptación durante y después del tratamiento.

2.3. Psicoeducación.

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares han cobrado un papel muy importante, ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental.

Se ha reportado que el índice de recaídas es mayor en los pacientes que sólo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico (Fresán, *et al.*, 2001).

El concepto de psicoeducación podría definirse como:

La aproximación terapéutica en el cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Albarrán y Macías, 2007).

Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y proporciona información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Anderson, Douglas, Hogarty, 1988; citado en Albarrán y Macías, 2007).

La psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares se compone de 5 etapas: 1) consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad, 2) se da información sobre las recaídas; 3) revisión de síntomas y señales de las recaídas; 4) se brinda información sobre el tratamiento y los efectos colaterales; 5) se dirige a eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos (Goldstein, 1995; citado en Fresán *et. al.*, 2001).

La psicoeducación procura establecer en los familiares los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento

farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga un ambiente emocional estable, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social (Parrado, Aguado, Pérez, 1998; citado en Fresán *et. al.*,2001).

Es importante mencionar que es necesario que el modelo psicoeducativo tome en cuenta las características, necesidades, posibilidades y disposición de los usuarios, ya que cada caso es singular y su demanda de atención es distinta.

2.4. Intervención psicosocial.

Como menciona Valencia (1999), es a partir de los años sesenta cuando el tratamiento del paciente con esquizofrenia adquiere un carácter científico al considerar factores biológicos, psicológicos y sociales a lo que hoy en día se conoce como modelo biopsicosocial y que actualmente se utiliza en el manejo integral del paciente esquizofrénico.

El tratamiento integral del paciente esquizofrénico tiene que ver con la identificación y manejo de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales conforman actualmente el modelo biopsicosocial, y en el que el factor biológico implica abordar aspectos clínicos y por lo tanto, la aplicación de medicamentos neurolépticos. Por su parte, los factores psicológicos y sociales que en conjunto se conocen como psicosociales se manejan por medio de diversas técnicas psicoterapéuticas denominadas psicosociales y que tienen que ver con distintas modalidades de intervención, tratamiento, rehabilitación o terapia psicosocial (Valencia, 1999).

La atención psicosocial a los pacientes esquizofrénicos tiene una importancia fundamental, ya que es evidente que el síntoma predominante en estos pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social. La mayoría de ellos tiene que aprender o reaprender habilidades sociales y personales para poder

sobrevivir en la comunidad. Los neurolépticos no pueden enseñar al paciente a desarrollar recursos vitales y defensivos ni pueden mejorar la calidad de vida de una persona, excepto indirectamente mediante su efecto sobre la desorganización cognitiva y la supresión de los síntomas positivos (Álvarez y Gálvez, 2002).

Como mencionan Muesser, Liberman y Glynn (1990; citado en Florit-Robles, 2006), las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc.

El objetivo fundamental de la Rehabilitación Psicosocial, tal y como apunta Rodríguez (1997; citado en Florit-Robles, 2006) es el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles.

Mas aún la rehabilitación psicosocial debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que en modo natural ofrece su medio.

Existen diferentes modelos teórico-metodológicos que son una efectiva herramienta para tratar diferentes problemas mentales o conductuales; sin embargo, la eficacia de la técnica es diferente para cada paciente. Al igual que es importante elegir una técnica que se adecue a las necesidades del individuo. Dentro del proceso terapéutico la familia es un elemento vital, por ese motivo debe de tener información sobre el padecimiento, así como el

conocimiento de todo lo que acontece alrededor del paciente y con ello generar lazos familiares más unidos.

En el siguiente capítulo se hablara sobre la Terapia Cognitivo-Conductual, tomando en cuenta sus bases filosóficas, desarrollo e importancia de la misma; así como algunos artículos relacionados con el manejo de la esquizofrenia desde esta perspectiva.

3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

La psicoterapia cognitivo-conductual se empleó inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos, y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas de ellos derivados. La primera aplicación conocida del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck quién trató, en 1952, un paciente con un delirio resistente al tratamiento farmacológico.

Desde entonces, y especialmente a partir de los años ochenta, el interés por desarrollar esta aplicación de la terapia cognitivo-conductual ha ido creciendo, al igual que los estudios que apoyan su utilidad en pacientes con esquizofrenia y sintomatología residual de un psicótico (Gutiérrez, Ocampo y Gómez, 2008).

El modelo aborda la gravedad, el curso y pronóstico de la esquizofrenia como el producto de la interacción de tres factores: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento (Caballo, 1995). El primero se refiere a la predisposición biológica para desarrollar la enfermedad, y está determinado por la interacción de las influencias genéticas y ambientales. El estrés socioambiental se deriva de situaciones o acontecimientos que pueden exacerbar la sintomatología, inducir recaídas o re-hospitalizaciones. Las habilidades de afrontamiento son las capacidades que tiene el individuo para reducir al mínimo los efectos negativos del estrés

La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales se han dirigido a tratar las alucinaciones auditivas, por ser estas las que mayores molestias y sufrimiento producen (Muñoz y Ruiz, 2007).

Al igual que tratar los trastornos emocionales de personas con psicosis tiene que ser un objetivo importante de la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, uno de los objetivos fundamentales es desarrollar un conjunto de estrategias autorreguladoras “lo suficientemente adecuadas” para manejar las recaídas (Aldaz, 1996).

Para lograr la reducción y la mejora de la calidad de vida del paciente esquizofrénico es necesario la implementación de algunas técnicas tanto cognitivas como conductuales para lograr una mayor eficacia terapéutica.

Para conocer un poco más a fondo sobre las bases teóricas de esta propuesta terapéutica se hará una breve mención del inicio de está.

3.1. Bases filosóficas e inicio de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Dos líneas específicas de teorización e investigación han contribuido al surgimiento del enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual; una de estas líneas deriva de los teóricos cognitivos semánticos, tales como George Kelly, Albert Ellis y Aarón Beck. La segunda línea se produce de los procedimientos de la terapia de la conducta basada en la teoría del aprendizaje, que se refleja en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1988).

La terapia Cognitiva Semántica se refiere a variedad de enfoques terapéuticos, cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del cliente, las premisas y actitudes subyacentes a estas cogniciones.

Para el terapeuta cognitivo el trastorno mental es fundamentalmente un desorden de pensamiento por el que el cliente distorsiona la realidad de un modo idiosincrásico (pensamiento propio de un individuo). Estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el cliente tiene de ver el mundo y lo conducen a desarrollar formas disfuncionales y dificultades conductuales. El terapeuta cognitivo ayuda al cliente a identificar las concepciones erróneas específicas, las expectativas no realistas y las atribuciones inadecuadas, así como a medir su validez y grado de razón.

Por otro lado, la Teoría sobre el Aprendizaje Social propone que los individuos aprenden comportamientos unos de otros mediante la observación, la imitación y el modelo.

Esta teoría, al principio introducida por Albert Bandura, construye teorías de aprendizaje cognitivas y de comportamiento teniendo en cuenta el modo en el que los comportamientos imitables son afectados por interpretaciones cognitivas, como la atención, la retención y la motivación.

De forma única, la teoría sobre el aprendizaje social explica cómo los comportamientos son aprendidos en el contexto del determinismo recíproco o de la interacción entre los comportamientos observados, los factores cognitivos y los medios externos. Estas interacciones afectan la autoeficacia alentando o desalentando el desempeño de un comportamiento particular (Bandura, 1971).

Es por ello que los terapeutas Cognitivo-Conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como las consecuencias ambientales.

3.2. Investigaciones en el manejo de la esquizofrenia.

A lo largo de los años se han hecho diversos estudios con el fin de comprender, comprobar y comparar que modelos o técnicas terapéuticas son más viables para tratar a los pacientes esquizofrénicos. A continuación se presentan algunos estudios en los que la Terapia Cognitivo-Conductual, toma un lugar importante en el tratamiento de los pacientes psicóticos.

En 1993, Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff y Ugarteburu realizaron el primer estudio abierto y aleatorizado de terapia cognitivo-conductual en pacientes esquizofrénicos, en el cual se compararon dos tipos distintos de abordajes cognitivo-conductuales: el fomento de estrategias de afrontamiento frente a la resolución de problemas; 27 pacientes esquizofrénicos recibieron uno u otro tratamiento de forma aleatoria durante 5 semanas. Las estrategias de afrontamiento tenían como objetivo la reducción de los síntomas psicóticos y las emociones negativas, identificando los factores ambientales que los mantienen, mediante intervenciones cognitivas (distracción cognitiva y autoinstrucción), conductuales (incremento de las actividades sociales, pruebas de realidad) y reduciendo la excitación fisiológica con técnicas de relajación y ejercicios respiratorios. La resolución de problemas tenía como objetivo mejorar el funcionamiento entrenando las habilidades de resolución de problemas en general. Los resultados fueron un cambio significativo en el número y gravedad de los síntomas psicóticos, particularmente los delirios, para ambas condiciones de tratamiento al finalizar la terapia. Hubo más cambios en la gravedad del tratamiento con las técnicas de afrontamiento cuando se compararon las medidas antes del tratamiento con las efectuadas inmediatamente después y a los 6 meses. Hubo una mejoría significativamente clínica en el 50% de la reducción de los síntomas psicóticos positivos en el grupo de afrontamiento que en el de resolución de problemas.

En 1998, Tarrier, Yusupoff, Kinner, Mc Carthy, Gladhill y Haddock, realizaron un estudio aleatorizado, controlado y ciego con 87 pacientes con esquizofrenia crónica que recibieron el tratamiento convencional con antipsicóticos y controles por psiquiatras que fueron repartidos en tres grupos: uno recibió terapia

cognitivo-conductual (33 pacientes) y se le enseñaron técnicas para prevenir recaídas; además recibió entrenamiento en solución de problemas y estrategias para potenciar la adaptación al medio. Un segundo grupo tuvo tratamiento de apoyo (26 pacientes) con consejerías y apoyo emocional. Por último el tercer grupo, de 28 pacientes, recibió el tratamiento habitual únicamente.

Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos, de los cuales el que recibió terapia cognitiva-conductual presentó menos síntomas positivos, de menor intensidad, y ocho veces más probabilidad de presentar una mejoría del 50% de sus síntomas, además de que más personas de este grupo alcanzaron tal mejoría. El grupo que tuvo consejería y apoyo no demostró una mejoría significativa. El grupo al cual se le suministró únicamente el tratamiento de rutina presentó una tasa de recaídas mayor y más días de hospitalización.

En el 2000, Sensky, Turkinggon, Kingdom, Scott, Scott y Siddler, llevaron a cabo un estudio aleatorio controlado, de 90 pacientes entre los 16 y los 60 años, con diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV) resistentes al tratamiento farmacológico, durante 18 meses. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, ambos recibieron el tratamiento estándar, pero solo uno se manejó con terapia cognitivo-conductual durante 9 meses (44 pacientes), mientras que el otro grupo tuvo sesiones con un terapeuta que abordaba temas neutrales como pasatiempos, deportes, etc., sin ser directivo ni abordar los síntomas afectivos o psicóticos (46 pacientes).

Los instrumentos de medición fueron la escala de depresión de Morygomery-Asberg, la escala de medición de síntomas negativos (SANS) y la Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS). Ambas intervenciones produjeron reducciones significativas en las escalas de síntomas positivos y negativos, así como en la de depresión, pero a los 9 meses de seguimiento sólo el grupo que recibió la terapia cognitiva-conductual continuó mejorando.

En otro estudio Turkington y Kingdon (2000) realizaron otro ensayo aleatorizado, controlado y ciego con 18 pacientes entre los 16 y los 65 años de

edad, que fueron divididos en 2 grupos, ambos con tratamiento de rutina, pero sólo uno (12 pacientes) con terapia cognitivo-conductual adicional, por parte de un psiquiatra. Cada paciente recibió 6 sesiones en un período de 2 meses. El grupo restante obtuvo tratamiento tradicional y sesiones en las cuales se discutían temas neutrales y no se realizaba intervención alguna.

Este último grupo no presentó mejoría significativa con las medidas empleadas, mientras que los pacientes que recibieron la intervención cognitiva-conductual. La limitación principal de este estudio es el tamaño pequeño de los grupos y la corta duración de las intervenciones, pero demuestra que es posible que el psiquiatra general lleve a cabo la terapia tanto en los pacientes hospitalizados como los ambulatorios.

En 1999, Pinto, Lapia, Mennella, Giorgio y Desimone, realizaron un ensayo aleatorio controlado con 41 pacientes en quienes se presentaba historia de esquizofrenia refractaria al tratamiento antipsicótico. Ambos grupos fueron medicados con clozapina a dosis efectivas y uno se manejó con terapia cognitiva-conductual (20 pacientes); entre tanto, el otro recibió consejería y apoyo.

Los dos grupos presentaron mejoría significativa en los síntomas positivos y negativos, aun cuando el grupo que recibió la terapia cognitivo-conductual presentó la mayor reducción en las medidas de síntomas psicóticos, en general, y en los síntomas positivos. En seis meses de seguimiento, los pacientes del grupo que recibió terapia cognitivo-conductual junto con clozapina presentaban una mayor reducción de los síntomas positivos y negativos, al ser comparados con el grupo control.

Otro estudio realizado por Perona-Garcelán y Cuevas-Yust (2002) consistió en estudio de caso con un paciente de 26 años con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El trastorno comenzó a los 21 años, pero las alucinaciones auditivas comenzaron a los 22, las cuales se presentaban todos los días a todas horas. El objetivo de la terapia fue disminuir o eliminar el malestar emocional que las

alucinaciones le producían, así como las evidencias que mantenían y justificaban estas creencias eran las alucinaciones auditivas verbales, por medio de la terapia cognitivo-conductual. Para valorar los resultados se utilizaron medidas antes y después de finalizada la intervención; una de ellas fue la PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale); también se empleó una medida del grado de convicción en las creencias delirantes y en las creencias relacionadas con las voces, basada en el trabajo de Hole, Rush y Beck (1973).

La intervención duró 2 años, con un total de 75 sesiones, el diseño fue de caso único con medidas antes y después del tratamiento. Al finalizar el tratamiento se produjo una reducción de las ideas de grandeza y la suspicacia, una disminución en la frecuencia de las alucinaciones, como de la ansiedad; así como un aumento en las habilidades sociales del paciente.

En 1997 Cuevas y Perona realizaron una investigación con el objetivo de reducir las ideas delirantes y con ello las perturbaciones emocionales así como la discapacidad social en un sujeto con esquizofrenia mediante la terapia cognitivo-conductual. Era un varón de 35 años diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Los instrumentos que se utilizaron fue la Escala de valoración psiquiátrica (BPRS), la Escala de valoración del grado de convicción de sus ideas, Escala de habilidades para la vida independiente (ILSS), y se realizó una observación y registro de la tasa de verbalizaciones relacionadas con las ideas delirantes; las cuales fueron administradas antes, durante y después del tratamiento (en la etapa de seguimiento).

Al finalizar el tratamiento se notaron cambios en la disminución en la fuerza de convicción de las ideas del paciente al igual que en la ansiedad que le provocaba, además, empezaron a disminuir, llegando a desaparecer, las alucinaciones auditivas. Tras el tratamiento se llevó a cabo un seguimiento de cuatro años de duración, en el seguimiento se mantuvieron los resultados alcanzados.

En una revisión de estudios realizada por Vallina y Lemos (2001), se logró identificar cuatro modalidades de tratamiento psicológico para la intervención de la esquizofrenia en las cuales se encuentran: las intervenciones psicoeducativas familiares, el entrenamiento en habilidades sociales, las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos, y los paquetes integrados multimodales.

Las intervenciones psicoeducativas en conjunto con la medicación suelen ser eficaces en la reducción de la carga y la emoción expresada en los familiares, en la sintomatología clínica, las recaídas y rehospitalizaciones del paciente; así como en su rentabilidad económica para los servicios sanitarios. Cabe mencionar que se requiere compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa; del mismo modo deberán recibir educación sobre la esquizofrenia

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica central para remediar el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos y para potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social; con el fin de reducir o eliminar los estresores ambientales y personales que pueden desestabilizar el frágil equilibrio o vulnerabilidad subyacente.

El tratamiento cognitivo-conductual aporta técnicas de ayuda a los pacientes para manejar sus experiencias psicóticas, enseñándoles no sólo a re-etiquetar o cambiar las creencias sobre la naturaleza de estas experiencias, para dar un sentido psicológico a sus síntomas psicóticos. El contenido de la terapia incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, fomentar el autoanálisis de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta.

Por último en los paquetes multimodales se encuentra la terapia psicológica integrada (IPT), que resulta eficaz en el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de los esquizofrénicos. También se entrena en el manejo

de emociones destinado a reducir la influencia de estados emocionales perturbadores en el funcionamiento cognitivo y social.

En otro estudio realizado, por Scaub (1997, citado en Perris y McGorry, 2004), realizó un estudio controlado con 20 pacientes realizado en la Universidad de Berna con el objetivo de comparar el programa orientado al afrontamiento (n=11) con un grupo control de apoyo (n=9) en un estudio de seguimiento que duró 2 años. Quince de los pacientes fueron diagnosticados con esquizofrenia paranoide y cinco como esquizo-afectivos. Antes y después del tratamiento se evaluó la psicopatología mediante la Escala de Valoración Psiquiátrica Breve, la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos, el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, para identificar las estrategias de afrontamiento habitualmente usadas y la Escala de Auto-concepto de Frankfurt, para evaluar aspectos relevantes de auto-concepto, el conocimiento de la enfermedad fue evaluado mediante la Prueba de Conocimiento sobre la Psicosis.

Ambos grupos aumentaron su conocimiento sobre la psicosis y el tratamiento, sin embargo, este aumento era más pronunciado en el grupo orientado al afrontamiento. Desde el pretratamiento hasta el postratamiento la puntuación de respuestas favorables aumentó el 79% al 87%. Con respecto a la calidad de vida ambos grupos mejoraron sus condiciones de vida y actividades de ocio. Los pacientes del grupo experimental manifestaron disponer de contactos sociales más cercanos en su red social y aumentaron en el bienestar mientras que en el grupo control se redujo el apoyo social.

En el 2001, Florit y Mieres realizaron un estudio con el objetivo de saber el grado de control ante sus síntomas de ansiedad percibiendo que podían controlar y disminuir su ansiedad; y por otro lado conocer los efectos diferenciales que el entrenamiento mixto en respiración y relajación pueda haber producido en la ansiedad, en los 3 niveles de respuesta (fisiológico, cognitivo y motor): la tasa cardíaca, un índice motor, la percepción subjetiva de ansiedad así como en los síntomas psiquiátricos que presentaban los sujetos. Se realizó con 4 sujetos diagnosticados con esquizofrenia; se diseñó una

evaluación pre y post respecto a la intervención a través de medidas de autoinforme. El tratamiento se desarrolló en 3 módulos; el primer módulo trabajó la psicoeducación sobre la ansiedad; el segundo módulo se desarrolló sobre entrenamiento en respiración abdominal en 2 tiempos y el tercer módulo consistió en el entrenamiento en relajación muscular de Jacobson: tensión-relajación y recorrido mental de los grupos musculares trabajados. Al final de la evaluación el entrenamiento utilizado produce cambios positivos en todas las medidas tomadas salvo en el índice motor: se reduce el nivel de ansiedad, disminuye la tasa cardiaca, cambia la percepción del sujeto de ser una “persona nerviosa”, aumenta la percepción del control del sujeto ante la ansiedad y mejora el estado psicopatológico general de la persona. Con referencia al índice motor los resultados apuntan a un aumento de la inquietud motora, lo cual no es consistente con el resto de los resultados.

Por otro lado, el apoyo empírico para el enfoque de Fowler, Garety y Kuipers (1994; citados en Davidson, Lambert y McGlasham, 2004), se deriva de los experimentos de caso único y de un pequeño ensayo controlado. Los primeros instrumentos de caso único incluyeron cinco casos y emplearon unas 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual destinada al cambio de creencias y a la docencia de estrategias de afrontamiento. Estos estudios hallaron solo una moderada mejoría y sugerían que la modificación de creencias no es necesaria pero genera mejorías más sustanciales. Un estudio posterior (Fowler, 1992) implicó 19 casos y diferenciaba entre sujetos con síntomas predominantemente negativos y con síntomas positivos. Los pacientes con síntomas negativos fueron incapaces de participar en la terapia cognitivo-conductual y ninguno de ellos mostró mejoría alguna. Los pacientes con síntomas positivos recibieron una media de 22 sesiones de terapia cognitivo-conductual y tendían a experimentar mejorías significativas.

Siguiendo la línea de la Terapia Racional Emotiva Conductual, Birchwood y Chadwick (1997, citado en Trower, 2009); (el cual se basa en el modelo ABC, el cual nos dice que A son las percepciones o sensaciones percibidas, es decir, el

evento activador, B son las creencias de la situación percibida y C son las consecuencias emocionales y conductuales de dichas creencias) realizaron un estudio en el que consiguieron que 67 pacientes diagnosticados con esquizofrenia que oían voces completaran cuestionarios que preguntaban el significado que las voces tenían para ellos. Los autores encontraron que estas creencias acerca de las voces eran altamente predictoras de afecto y conducta, mientras que la forma de la voz o la topografía no guardaban relación con afecto o conducta.

Otro hallazgo importante de estos estudios fue la identificación de los tipos de significados que los individuos tenían acerca de sus voces. Se encontró que había cuatro tipos de creencias de particular importancia; aquellas acerca de la identidad, otras acerca del propósito de las voces, otras acerca de la potencia u omnipotencia y las creencias acerca de las consecuencias de obediencia y desobediencia. Los resultados mostraron que un 45% consideraban sus voces como malevolentes, un 27% como benignas. Además el 89% de las voces benevolentes y un 27% como benignas. En términos generales, las voces generales se resistían y eran angustiantes, mientras las voces benevolentes ocasionaban un afecto positivo. Había una correlación fuerte entre poder y represión; y malevolencia y depresión.

En otro estudio realizado en 2003, Durham, Guthrie, Morton, Reid, Treliving y Fowler, compararon los efectos de la terapia cognitivo-conductual frente a la terapia de apoyo y el tratamiento rutinario. La terapia cognitivo-conductual fue una intervención en donde los elementos principales fueron: énfasis inicial en el compromiso, establecimiento de la alianza terapéutica, análisis funcional de los síntomas clave, realización de una lista de problemas, desarrollo de razones normalizadas para las experiencias de los pacientes psicóticos, exploración y mejora de las estrategias de afrontamiento adicionales para alucinaciones, delirios y manejo de la sintomatología afectiva usando entrenamiento en relajación, entrenamiento en eficacia personal y resolución de problemas. La terapia de apoyo fue desarrollada bajo la orientación psicodinámica y los

elementos de la terapia fueron: establecimiento de una atmósfera de seguridad y apoyo, oportunidad de descripción de la vida del paciente con respecto a su enfermedad y trabajo de la transferencia al analista y a otros. La muestra estuvo compuesta por 66 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante, estabilizados con antipsicóticos durante al menos 6 meses. Los resultados mostraron una reducción del 25% de la sintomatología a los 3 meses de seguimiento con la terapia cognitivo-conductual. En este periodo de la evaluación, la terapia cognitivo-conductual produjo una mejora significativa de la psicopatología psicótica en general y en la ideación delirante, mientras que la terapia de apoyo sólo encontró mejoras clínicamente significativas en la ideación delirante.

Otro estudio desarrollado por Valmaggia, Van Der Gaag, Terrier, Pijnenborg y Sloof (2005), que tuvo como objetivo investigar los efectos de la terapia cognitivo-conductual en pacientes esquizofrénicos hospitalizados con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico (delirios y alucinaciones durante al menos 3 meses) frente a una orientación de apoyo. Se evaluó una muestra de 72 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y con delirios residuales o alucinaciones auditivas experimentadas desde al menos 3 meses. La terapia cognitivo-conductual estuvo compuesta de tres fases. La primera consistió en una fase de contrato para facilitar el desarrollo de una relación colaboradora entre paciente y terapeuta, y establecimiento de objetivos comunes. En la segunda fase se realizó una formulación de caso individualizada con el objetivo de establecer un vínculo entre pensamientos, emociones y comportamiento. Además, se utilizaron técnicas específicas para la reducción de síntomas de ansiedad o angustia. La tercera y última fase es de consolidación, donde se presta atención a las estrategias de prevención de recaídas. La terapia de apoyo siguió un protocolo convencional; el terapeuta mostró una aceptación incondicional, calidez, autenticidad y empatía; y fueron aplicadas las siguientes habilidades básicas: escucha activa, reflejo, empatía y recapitulación.

En el postratamiento no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos para los síntomas positivos. Sin embargo, se encontró mayor eficacia de la terapia cognitivo-conductual, en cuanto a las alucinaciones auditivas e interpretación cognitiva.

Con los estudios revisados en el presente apartado, tenemos un breve panorama sobre las intervenciones cognitivo-conductuales que se han realizado en la última década para tratar los casos diagnosticados con esquizofrenia y qué técnicas han sido más eficaces.

En el siguiente capítulo se revisarán algunas de las técnicas psicológicas cognitivo conductuales, que sirven de apoyo al tratamiento ofrecido a los pacientes esquizofrénicos.

4. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Se han utilizado diversas técnicas Cognitivo-Conductuales para el tratamiento de la esquizofrenia, si bien es cierto que algunas resultan ser más eficaces que otras para tratar este padecimiento; sin embargo, no todas son eficaces para todos los subtipos de esquizofrenia, cada una persigue diferentes objetivos, por lo que resulta importante adaptarse a las necesidades de cada paciente para tener conocimiento de que técnica es la adecuada para la intervención.

4.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Las relaciones interpersonales son un elemento fundamental para lograr un adecuado desempeño y conservación de los diversos papeles sociales que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida y por ello son un factor determinante para su integración social y su adaptación a largo plazo; necesitamos disponer de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permiten y facilitan la convivencia y el intercambio social.

Las habilidades sociales son conductas o destrezas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, se concretan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal y posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social (Lieberman y Corrigan, 1993; Mueser y Sayers, 1992; citados en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

Las habilidades sociales comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a los pacientes en los diversos programas de entrenamiento. Los elementos más importantes son *conductas expresivas* (contenidos del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación y conducta no verbal: contacto ocular, postura, expresiones faciales, movimientos corporales, distancia y postura interpersonal), *conductas receptivas* (percepción social, que abarca atención e interpretación de situaciones relevantes y reconocimiento de emociones), *conductas interactivas* (momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales) y *factores situacionales* (conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto) (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 1997; Mueser y Sayers, 1992, citados en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

Es por ello que el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento multicomponente dirigido a la adquisición y/o mejora, mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales y de interpretación de las situaciones sociales, necesaria para una actuación socialmente competente en cada una de las situaciones interpersonales en las que las personas muestren deficiencias (Farré y Fullana, 2005). Es un proceso interactivo de combinación de características cognitivas o conductuales individuales estandarizadas, y que llevan dinamismo con el esquema corporal, el entorno físico, los conocimientos cultural del individuo y del contexto concreto de la interacción, el medio social de pertenencia o los objetivos en juego de los participantes en la interacción (Orvis y Fernández, 1997). El entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica central para remediar el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos (Brandy, 1984; Haldford y Haves, 1992. citados en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Así como se muestra efectivo en la reducción de los síntomas negativos y en la mejora del funcionamiento psicosocial, aunque no queda claro si es capaz de reducir las recaídas; aunque es importante destacar que el entrenamiento debe tener una duración superior a un año para que los resultados sean duraderos.

Sammonstra y Schmindt (2004) mencionan que la clase de entrenamiento en habilidades sociales que se ha demostrado efectiva para la esquizofrenia es una modalidad enérgica, altamente estructurada y muy interactiva. Implica el uso casi continuo de ejercicios de role-playing, siendo todos los miembros del grupo observadores y asistentes mientras no participan en un role-playing.

Gil, León y Jarana (1995) mencionan que el entrenamiento de habilidades sociales requiere de ciertas técnicas para conseguir resultados favorables entre ellas encontramos:

- a) Seguimiento de instrucciones. El objetivo de esta técnica es guiar a los sujetos en la ejecución de respuestas específicas o patrones de respuestas, haciendo que centren su atención, desde un primer momento y a lo largo de todas las sesiones, sobre los comportamientos

que tienen que identificar (al observar el comportamiento de los modelos) y ejecutar (en la fase de ensayo).

- b) Modelado. Con esta técnica se pretende que los sujetos observen formas posibles de aquellas conductas objetivo que posteriormente deberán ensayar. El modelado facilita el aprendizaje de conductas nuevas, así como la inhibición o extinción de conductas existentes en el repertorio conductual del sujeto.
- c) Ensayo conductual. El objetivo es que el sujeto adquiera y mantenga las conductas que no poseía, y que incremente las conductas que posee, de forma que se sienta comfortable con ellas y pueda emplearlas en su comportamiento habitual.
- d) Retroalimentación. Pretende moldear las conductas del sujeto, de forma que vaya consiguiendo progresivamente un nivel de ejecución lo más idóneo posible; se pretende con ella que el sujeto sepa que conductas ha ejecutado correctamente y cuáles debe mejorar.
- e) Refuerzo. Lo que busca con su aplicación es que los sujetos mejoren su ejecución a lo largo de los respectivos ensayos, aumenten la tasa de respuestas adecuadas y mantengan los logros que vayan alcanzando de forma progresiva. Es fundamental para moldear las conductas y asegurar el mantenimiento de las mismas.
- f) Estrategias de generalización. Se pretende que el sujeto emita la conducta esperada en distintas circunstancias, ambientes, personas, etc.

Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel (1986, citados en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003), describen tres modelos de entrenamiento en habilidades sociales, aunque todos comparten una tecnología común que incluye instrucciones, role-playing, ensayo conductual, modelado, feedback y reforzamiento, al igual de un formato estructural

altamente sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades individuales que cada paciente necesita.

- a) Modelo básico de entrenamiento. El proceso se establece para moldear la conducta del paciente reforzando las aproximaciones sucesivas a la habilidad apropiada que se está entrenando.
- b) Modelo orientado a la atención. Este método ayuda a centrar la atención del paciente sobre aquellos materiales relevantes para el aprendizaje y, a la vez, trata de minimizar las demandas sobre sus habilidades cognitivas.

Este procedimiento se ha utilizado principalmente con esquizofrénicos crónicos con importantes desorganizaciones del pensamiento, institucionalizados y altamente distraíbles y en habilidades de conversación, área en la que se ha probado su eficacia.

- c) Modelo de solución de problemas. La comunicación interpersonal se considera un proceso con tres estadios: habilidades de recepción, habilidades de procesamiento y habilidades de emisión (Lieberman, *et al.*, 1986; Wallace, 1984). En la fase de recepción, las habilidades consisten en estar atento y percibir correctamente las claves de la interacción; las habilidades de procesamiento consisten en la generación de varias respuestas alternativas, analizar las consecuencias de cada una de ellas y en seleccionar la opción más indicada y, las habilidades de emisión hacen referencia a la aplicación de la opción elegida para conseguir una respuesta social eficaz que integre los componentes verbales y no verbales.

El entrenamiento en habilidades sociales resulta ser muy útil para tratar la esquizofrenia, ya que la primera causa de falta de interacción con los demás individuos es la pérdida de habilidades sociales, por ello es importante que el tratamiento terapéutico contenga entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, las habilidades sociales y la asertividad son conceptos que

tienen una relación estrecha, y no debemos olvidar que no son lo mismo aunque sin una no podría existir la otra.

Las habilidades sociales son conductas o destrezas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, y la asertividad es la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz, y esto sólo es posible por medio de esas habilidades sociales que previamente ya ha adquirido el sujeto a lo largo de su vida; por lo que no debe confundirse el término.

4.2 Asertividad.

El entrenamiento en habilidades sociales está enfocado a desarrollar exclusivamente los déficits conductuales del sujeto, es decir, todo lo referido al comportamiento externo que exhiba la persona con problemas de asertividad.

Kelly (2002) menciona que la asertividad se ha entendido como la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo.

Existen dos tipos de respuesta asertiva, la oposición asertiva y la aceptación asertiva; en la oposición asertiva, el individuo se opone o rechaza la conducta o comentario inaceptable del antagonista y trata de conseguir una conducta más aceptable en el futuro. El objetivo de la oposición asertiva es comunicar tranquilamente nuestros sentimientos e invitar al antagonista a que cambie su conducta. La aceptación asertiva, se refiere a la habilidad de un individuo para transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta positiva de éstos se justifica.

Veamos las formas generales de comportamiento asertivo:

- a) Asertividad positiva. Es la expresión adecuada de lo bueno y lo valioso que se ve en las otras personas.

La iniciativa parte del sujeto, no es una respuesta a una acción que emita la persona, por lo cual no se debe improvisar.

- b) Respuesta asertiva elemental. Expresión simple de los propios intereses y derechos.

Siempre que sintamos que están siendo violados nuestros derechos y creamos que no se nos respeta, debemos expresar nuestros derechos sin dejar pasar la situación. Lo importante es que lo que se diga se haga en un tono de voz firme y con claridad, pero no agresivo.

- c) Respuesta asertiva ascendiente. Elevación gradual de la firmeza de la respuesta asertiva.

Consiste en el aumento gradual y con paciencia la firmeza de nuestra respuesta inicial, sin caer por ello en una respuesta agresiva. Es importante mencionar que, por muy asertiva que sea una persona, si su interlocutor no le deja serlo, poco le valdrán las técnicas que aplique.

- d) Respuesta asertiva con conocimiento o asertividad empática. Planteamiento inicial que transmite el conocimiento hacia la otra persona y un planteamiento posterior sobre nuestros derechos e intereses.

Solemos utilizarla cuando nos interesa que la persona no se sienta herida, pero tampoco queremos ser pasados por alto.

- e) Asertividad subjetiva.

1. Descripción sin condenar, del comportamiento del otro.
2. Descripción objetiva del efecto del comportamiento del otro.
3. Descripción de los propios sentimientos.
4. Expresión de lo que se quiere del otro.

Es una respuesta muy hábil, ya que, bien aplicada, la persona a quien le digamos dicha respuesta no podrá decir nunca que la hemos agredido.

- f) Respuesta asertiva frente a la sumisión o la agresividad.
1. Hacerle ver a la otra persona como se está comportando.
 2. Mostrarle como podría comportarse asertivamente.

Esta respuesta se utiliza como defensa ante ataques agresivos. Consiste en salirnos del contenido de lo que estamos hablando, y reflejar a la otra persona como se está comportando y como su conducta está frenando una comunicación asertiva (Castanyer, 2004).

Es importante para el tratamiento de la esquizofrenia el entrenamiento asertivo para que los pacientes expresen sus emociones, sentimientos, creencias, pensamientos de la forma mejor posible sin dañar a terceros. La asertividad resulta ser la habilidad social principal de los seres humanos. Sin embargo, no es eficaz para todos los pacientes que tienen esquizofrenia, todo va depender del estado de deterioro cognitivo que presente el paciente.

4.3 Solución de problemas.

El modelo de solución de problemas se ha utilizado con niños, adolescentes y adultos, ya sea como un método exclusivo de tratamiento, o bien como una estrategia de mantenimiento, como programa de prevención. Podemos considerar al modelo de solución de problemas como eficaz, extendido y aplicado en poblaciones y trastornos tan diversos como la esquizofrenia, la depresión, problemas relacionados con el estrés y la ansiedad, conductas e ideas suicidas, abuso de sustancias, problemas relacionados con el mantenimiento de peso, problemas de relaciones interpersonales, problemas relacionados con el retraso mental.

Caro (2007), nos menciona que el entrenamiento en solución de problemas se refiere al proceso mediante el cual el individuo identifica o descubre, formas eficaces de afrontar situaciones problemáticas que aparecen en el día a día. En un inicio D´Zurilla y Goldfried (1971) definieron la solución de problemas como un proceso de tipo conductual que posibilita una serie de respuestas alternativas, para manejar una situación problemática y, en segundo lugar, como un proceso que incrementa la probabilidad de seleccionar aquella respuesta más eficaz de entre esas alternativas disponibles. Más reciente, el grupo de Nezu ha definido la solución de problemas como un proceso meta-cognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por:

- 1) Alterar la naturaleza problemática de la situación.
- 2) Sus reacciones ante estas situaciones.
- 3) Ambas cosas a la vez.

Para D´Zurilla (1986) existen tres distintos niveles que reflejan el incremento de los efectos sobre la ejecución de solución de problemas. Estos tres niveles son: los de cogniciones de orientación al problema, habilidades de solución de problemas específicas, y habilidades de solución de problemas básicas.

- a) Cogniciones de orientación al problema. Las variables importantes son la percepción del problema, atribuciones causales, valoración del problema, creencias sobre el control personal.
- b) Habilidades de solución de problemas específicos. Son una tarea de secuencias específicas dirigidas a una meta que deberán realizarse para resolver un problema particular exitosamente. Incluyen las tareas de definir y formular el problema, generar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, implementar la solución y evaluar el resultado de la solución.

- c) Habilidades de solución de problemas básicas. Estas son de sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), pensamiento alternativo (habilidad para generar soluciones alternativas), pensamiento medios-fines (habilidad para conceptualizar que medios se precisan para llegar a una meta), pensamiento consecuencial (habilidad para anticipar consecuencias), y toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona).

El procedimiento básico para la formulación inicial de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (Citado en Olivares y Méndez, 2005) consta de cinco etapas:

- a) Orientación general hacia el problema. Se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada.

Las variables más importantes en la orientación hacia el problema son: la percepción del problema, atribución del problema, valoración del problema, y compromiso tiempo/esfuerzo.

- b) Definición y formulación del problema. Se pretende obtener información relevante sobre el problema, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución de problema, y reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona. Es importante distinguir un problema episódico de los problemas principales y centrales de la persona.
- c) Generación de alternativas. Para la generación de alternativas se utilizan tres principios derivados de la producción de Guildford (1967) y del método de la tormenta de ideas de Osborn (1963, citados en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999): el principio de cantidad, nos dice que cuantas más soluciones alternativas se produzcan, más calidad de ideas estarán

disponibles, por ende más probabilidad de solución; el principio de aplazamiento del juicio nos dice que la persona tomará mejores decisiones después de la situación, es decir, sin tenerla que evaluar en ese momento y el principio de variedad menciona que cuando mayor es el rango o variedad de ideas de solución, mas ideas de buena calidad serán descubiertas.

- d) Toma de decisiones. El objetivo es evaluar las alternativas de solución de problemas disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática.
- e) Verificación. Se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real; primero se hace simbólicamente y después en la vida real (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999).

La técnica de solución de problemas resulta ser eficaz en pacientes esquizofrénicos más funcionales y que no se encuentren en una etapa de deterioro cognitivo considerable, de la misma forma también depende del subtipo de esquizofrenia de la cual se trate (según el DSM-IV-TR) ya que esta técnica requiere de la utilización de las funciones cognitivas superiores o ejecutivas (memoria, pensamiento, juicio, aprendizaje, etc.) por su complejidad, si una persona se encuentra en un estado de deterioro significativo será poco eficaz la utilización de está técnica. Principalmente con los tipos desorganizado o hebefrénico, indiferenciado y catatónico.

4.4 Terapia Racional Emotiva Conductual.

Dryden y DiGiusseppe (1999, citados en Caro, 2007) mencionan que la terapia racional emotiva conductual sería un enfoque estructurado para la resolución de problemas emocionales en el cual el terapeuta adopta un acercamiento activo-directivo a la hora de ayudar a los clientes a resolver sus problemas. Esta

concibe al humano como una persona compleja, como un organismo psico-social, con una fuerte tendencia a establecer e intentar conseguir una amplia variedad de metas y objetivos.

La terapia racional emotiva conductual subraya la importancia de los valores humanos. Sostiene que lo que llamamos personalidad consiste en gran parte en creencias, fundamentos o actitudes; que los hombres y las mujeres tienden a actuar saludablemente cuando tienen valores basados en la razón y la experiencia; y que cuando tienen metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas estos tienden a producir trastornos “emocionales” (Ellis y Abrahams, 2005).

Para el modelo de Ellis lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, por tanto, y que facilita que la gente logre sus metas y propósitos. Por otro lado, lo irracional es aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas.

Ellis clasifica los problemas en dos grandes categorías: externos e internos. Se consideran problemas externos aquellos que dependen de situaciones ambientales. Se incluyen dentro de ellos: a) las preocupaciones profesionales que pueda padecer el cliente, b) los problemas específicos de la vida, y c) las dificultades de la relación con personas concretas. Por otro lado, dentro de los problemas internos se encuentran las perturbaciones emocionales y las conductas que manifiesten, tales como depresión, ansiedad, ira, culpa, adicciones, etcétera (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999).

Entre las distorsiones cognitivas se encuentran procesos cognitivos irracionales tales como: 1) resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento; 2) exagerar lo insoportable de una situación, y 3) condenar a las personas, o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que éste cree que merece.

El concepto A B C es uno de los conceptos básicos del modelo de Ellis y se relaciona, con los principios del pensamiento racional e irracional. Este

esquema representa las reacciones emocionales y las conductas de los individuos, partiendo de la teoría central de que las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones, sino la opinión que las personas tienen sobre ellas.

En principio, A se refiere a los *hechos activadores*, mientras que B correspondería al bloque de pensamientos, *creencias o evaluaciones del paciente*, y finalmente C serían las consecuencias emocionales y conductuales.

Por ende, se trabajará sobre las creencias irracionales B, que generan los problemas emocionales y de conducta que presenta C, hasta que vaya adquiriendo creencias más racionales y se vayan reduciendo sus problemas emocionales y conductuales.

El modelo A B C debe ser considerado como una alternativa más a la hora de explicar la génesis y el mantenimiento de los problemas psicológicos. Su secuencia A B C se completa con el tratamiento o reestructuración cognitiva D y sus resultados o forma más adaptativa de interpretar y valorar los eventos E, dando lugar a nuevas emociones y conductas, como nos muestran Olivares y Méndez (2005) en la siguiente tabla:

FASES	Objetivos
A	Establecer los acontecimientos activadores, los pensamientos o los sentimientos que tienen lugar justo antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o de que actúe de modo contraproducente.
B	Desvelar las creencias irracionales que median entre los elementos activadores y la perturbación emocional o la conducta desadaptativa.
C	Codificar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que tienen lugar como consecuencia de las creencias irracionales.

D	Discutir las creencias irracionales sostenidas en B, bien de modo socrático (demostración <u>lógica</u> para la búsqueda de nuevas <u>ideas</u>) o por otros medios.
E	Poner de relieve las nuevas creencias racionales adaptativas que surgen de la discusión de las creencias irracionales (desadaptativas).
F	Codificar los nuevos sentimientos y conductas que surgen como consecuencia de la reestructuración de las creencias irracionales.

Tabla 1. Fases y objetivos que integran el proceso de la terapia racional emotiva conductual.

En consecuencia, las metas de la terapia se relacionarían con dos aspectos básicos. En primer lugar, que el paciente reconozca lo irracional y las consecuencias que para él tiene esta irracionalidad y, en segundo lugar, que intente cambiar lo irracional, convirtiéndolo en racional (Caro, 2007).

El modelo de Ellis utiliza diferentes técnicas entre las cuales se encuentran: métodos cognitivos, en donde se incluiría la disputa de creencias irracionales; los métodos experienciales, métodos conductuales, donde recoge la aplicación de técnicas como la desensibilización sistemática o las técnicas de exposición; los métodos de solución de problemas de Arthur Nezu y los métodos relacionados con el empleo del humor y la paradoja.

La terapia Racional Emotiva Conductual, resulta ser muy eficaz en los pacientes depresivos, ya que contribuye a modificar las ideas irracionales que el individuo tiene del mundo; y es importante para el tratamiento de la esquizofrenia ya que, presenta comorbilidad con los trastornos depresivos y es de vital importancia que se tenga un tratamiento. Recordemos que la intervención psicológica en un paciente con esquizofrenia debe ser integral, sin dejar de lado algún síntoma que pudiera repercutir en la eficacia del tratamiento.

4.5 Condicionamiento Operante.

Los principios del condicionamiento operante describen la relación entre la conducta y los eventos ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen la conducta. Esta relación a la que se conoce como contingencia, comprende tres componentes: eventos antecedentes (A), conductas (B), y eventos consecuentes (C). La noción de contingencia es importante no sólo para comprender la conducta sino también para desarrollar programas de cambio de la conducta.

Los cambios conductuales suceden cuando ciertas consecuencias son contingentes a la ejecución. Una consecuencia es contingente cuando se entrega sólo después de que la conducta blanco se ha realizado y no está disponible de ninguna otra forma. Los principios del condicionamiento operante se refieren a distintos tipos de relaciones contingentes entre la conducta y los eventos que la siguen. Los principios más importantes son el reforzamiento, castigo y extinción (Kazdin, 1996).

El reforzamiento se refiere a un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. Un evento contingente que incrementa la frecuencia de una conducta se conoce como reforzador. Los reforzadores positivos y negativos constituyen los dos tipos de eventos que pueden utilizarse para incrementar la frecuencia de una respuesta Skinner, 1953; citado en Kazdin, 1996).

El reforzamiento positivo se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta a la que procede un evento favorable (reforzador positivo); éste se define por su efecto sobre la conducta, si un evento sigue a una respuesta y la frecuencia de esa conducta se incrementa, el evento es un reforzador positivo.

El reforzamiento negativo se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta al retirar un evento aversivo inmediatamente después de que se ha realizado la conducta. Es importante señalar que el reforzamiento ya sea positivo o negativo siempre se refiere a un incremento de conducta.

Kazdin (1996) menciona que el castigo, es la presentación de un evento aversivo o el retiro de un evento positivo que procede a una respuesta, lo cual decrementa su frecuencia. El castigo no necesariamente ocasiona dolor o coerción física; en el sentido técnico se define sólo por su efecto sobre la conducta. El castigo resulta efectivo solo si se reduce la frecuencia de una respuesta.

La extinción por otro lado, se refiere al cese de reforzamiento de una respuesta. El no reforzamiento de una respuesta da como resultado su reducción o eliminación. En la extinción, ninguna consecuencia sigue la respuesta; un evento no se retira ni se presenta.

El condicionamiento operante contiene un conjunto de técnicas eficaces para la modificación de conducta tanto para pacientes con una leve alteración en su conducta como para trastornos más severos como la esquizofrenia. Resulta ser un modelo eficiente el cual no importa si el paciente tiene un severo daño neuronal, ya que solo se limita a reforzar las conductas que queremos modificar y emitir un estímulo aversivo o no reforzar las conductas no deseadas. Cabe mencionar que la utilización de estas técnicas ha tenido un éxito considerable en la modificación de conducta a corto plazo.

4.6 Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

Edmund Jacobson en el año 1938 desarrolló la técnica de relajación progresiva, la cual requería que los sujetos discriminasen entre niveles cada vez más bajos de tensión muscular. El sujeto sistemáticamente tensa y suelta los núcleos musculares principales, detectando, reconociendo y concentrándose sobre los sentimientos contrapuestos de tensión y relajación. Por medio de este proceso el sujeto es capaz de conseguir una relajación profunda (Amutio, 1998).

Jacobson describe la relajación como un estado de inactividad de la musculatura esquelética. Además, propuso que como resultado de la reducción

de la actividad muscular aferente y eferente en el sistema motor, la activación en los niveles del sistema nervioso autónomo y el córtex también disminuyó. Como consecuencia Jacobson también sostenía que la relajación neuromuscular podía tener también efectos saludables en diversos trastornos fisiológicos y emocionales.

En la aplicación de los ejercicios de tensión y descarga se deben cuidar las partes del cuerpo donde los órganos, músculos, huesos o tejidos conjuntivos estén dañados, sean débiles, estén afectados por alguna enfermedad o en fase de recuperación de una intervención quirúrgica.

Smith (2001), al presentar la Relajación Muscular Progresiva al paciente se deben tener en cuenta las siguientes reglas procedimentales:

1. Postura. Es preferible practicar con los ojos cerrados; conviene evitar cruzar o extender los brazos y las piernas, posiciones que pueden generar dificultad en la tensión. Está puede practicarse sentado en una silla cómoda y confortable.
2. Doble práctica. Para cada grupo muscular, el ciclo de tensión y descarga se presenta dos veces.
3. Práctica separada del lado izquierdo y lado derecho. En el caso de los brazos, manos, piernas y pies, se practica un ciclo completo dos veces con el lado derecho y otras dos con el izquierdo.
4. Comprobaciones frecuentes de relajación. Tras presentar el ciclo completo de tensar-soltar dos veces, y antes de avanzar hasta el siguiente grupo muscular, se pregunta al cliente si está relajado. Si no está relajado, se repite el ejercicio otras tres veces.
5. La regla de mantener la concentración. La relajación muscular progresiva parece funcionar mejor con clientes que están muy tensos y a quienes les cuesta concentrarse y mantener la atención.

6. La regla 2-4. Conviene repetir dos veces las instrucciones de tensar seguidas por cuatro instrucciones de descarga.
7. La voz de la Relajación Muscular Progresiva (RMP). Es recomendable prestar mucha atención a la velocidad, volumen y calidad de la voz. Las instrucciones de tensión deberían de ser relativamente altas y tensas. Las instrucciones de la fase de soltar la tensión deberían transmitir ese “dejar estar”.
8. Que decir. Las instrucciones de distensión pueden reflejar siete temas: a) proceso de descarga de tensión; b) afirmaciones de control, c) sugerencias de los estados de desconexión relajación física y relajación mental; d) sugerencias de alivio de la tensión cognitiva; e) sugerencias de alivio de la tensión somática y g) frases que expresan el aumento de la generalización de la relajación. Es importante observar las señales no verbales del cliente para comprobar si el ejercicio está produciendo o no el efecto deseado.
9. La Relajación Muscular Progresiva es una técnica muy apropiada para evocar los estados de desconexión y relajación física.
10. Sugerir la generalización de la relajación a medida que progresa la sesión. Cuando haya empezado la sesión es recomendable introducir frases que sugieren la generalización al cuerpo entero.
11. Finalización de la sesión. Se recomienda el uso de una frase o expresión especial para dar por concluida la sesión.

Algunos clientes podrían quejarse por la incapacidad para crear tensión muscular. Se pueden probar formas alternativas de tensión hasta que cree el efecto. Los ejercicios dirigidos a la zona lumbar y al abdomen se resisten más a las sensaciones de tensión. Los clientes podrían manifestar sentirse adormecidos o incluso podrían dormirse durante el entrenamiento.

Cuando el cliente va adquiriendo más destreza, se pueden combinar los grupos musculares.

Cabe mencionar que la eficacia de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, depende del subtipo de esquizofrenia de que se trate (según el DSM-IV-TR), ya que sería imposible lograr que una persona con el subtipo paranoide se sienta en confianza para cerrar los ojos y sentirse relajado, al contrario esto tendría consecuencias negativas para el tratamiento.

4.7 Desensibilización Sistemática.

La desensibilización sistemática es uno de varios métodos que sirven para romper hábitos neuróticos de respuestas de ansiedad de una forma escalonada.

Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) nos mencionan que la desensibilización sistemática es una técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez a eliminar las conductas motoras de evitación. El punto de partida es la consideración de que la aparición de determinadas situaciones, estímulos o personas genera de forma automática respuestas de ansiedad en un sujeto.

Al paciente se le induce un estado fisiológico inhibitorio de la ansiedad, por medio de la relajación muscular. A continuación se le presenta un estímulo que provoca débilmente la ansiedad por unos pocos segundos. La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda capacidad de evocar ansiedad. Siguiendo con la presentación de estímulos más fuertes mediante un tratamiento similar (Wolpe, 2004).

La técnica consiste, en la presentación gradual de estímulos ansiógenos, por lo habitual primero en la imaginación, para pasar posteriormente a situaciones en vivo, una vez que el sujeto ha desarrollado una respuesta alternativa y antagónica a la ansiedad (como la relajación muscular) con el fin de promover

el contracondicionamiento por inhibición recíproca (respuesta alternativa incompatible con la que antes generaba ansiedad) (Farré y Fullana, 2005).

Es importante hacer mención que la eficacia de esta técnica depende del tipo de esquizofrenia de la que se trate, por lo que una persona con el tipo desorganizado o hebefrénica, indiferenciado y catatónico (según el DSM-IV-TR); sería poco probable que tenga efectos benéficos o positivos, ya que el hecho de imaginar las situaciones requiere de un trabajo cognitivo importante para el individuo y en estos tipos de esquizofrenia hay muerte neuronal significativa, por lo que sería complejo que pudieran hacer uso de su imaginación.

4.8 Autocontrol.

Skinner en el año de 1953, hace referencia al hecho de que una persona pueda controlar su conducta de la misma manera que controla la conducta de los demás, siendo este comportamiento de la misma naturaleza que cualquier otro fácilmente accesible. B. F. Skinner cuando hace mención del autocontrol establece la distinción entre conducta controladora y conducta controlada; la primera es una respuesta cuya realización implica variaciones en la probabilidad de ocurrencia de la segunda, por ejemplo: ponerse unos guantes (conducta controladora) para no morderse las uñas (conducta controlada) (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999).

Es por ello que el término autocontrol hace referencia a la aplicación de aprendizajes adquiridos a conductas concretas y situaciones específicas que impliquen el control de respuestas conflictivas.

Las técnicas de autocontrol son un conjunto de procedimientos a través de los cuales el terapeuta enseña a los sujetos estrategias que les permiten diseñar autointervenciones con los objetivos de: a) modificar la frecuencia, intensidad y duración, de sus propias conductas en distintos contextos por medio de la

manipulación de las consecuencias o la reorganización de las situaciones antecedentes (objetivo específico) y b) alcanzar metas a corto y largo plazo (objetivo general) (Olivares y Méndez, 2005).

Las técnicas de autocontrol se dividen en dos grupos: técnicas de control estimular y técnicas de programación conductual. En las primeras se planifica el contexto estimular en que tienen lugar la respuesta controlada de tal manera que su probabilidad sea alterada. En el segundo grupo, la intervención se realiza *a posteriori* manipulando las consecuencias de la respuesta una vez que está ha tenido lugar.

Para alcanzar el objetivo, el sujeto debe adquirir las siguientes habilidades, que dan lugar a las diferentes fases del entrenamiento en autocontrol:

- *Autoobservación*. Saber observar y registrar de forma objetiva su propia conducta.
- *Establecimiento de objetivos*. A partir de los datos recogidos en la fase anterior (línea base), la persona debe establecer unos criterios específicos y realistas para ajustar su conducta en el futuro.
- *Planificación ambiental-control de estímulos*. Debe buscarse o generarse un entorno favorable para hacer más probable la consecución de los objetivos previamente determinados.
- *Autoevaluación*. Saber determinar si su conducta se ajusta a los criterios específicos establecidos con anterioridad.
- *Autorreforzamiento-programación conductual*. Ser capaz de programar consecuencias reforzantes, positivas en el caso de haber alcanzado los objetivos establecidos y negativas para el caso en que la ejecución haya cubierto los criterios comportamentales marcados por el propio sujeto (Farré y Fullana, 2005).

La técnica de autocontrol resulta eficiente para controlar las conductas que generan malestar y problemática en el individuo y al mismo tiempo interfieren con su bienestar individual y social. Esta técnica puede ayudar a los pacientes a controlar y modificar su conducta, sin embargo, no tiene aplicación para todos los subtipos de esquizofrenia ya que, por ejemplo, en el tipo desorganizado o hebefrénico la conducta y el pensamiento son bastante desorganizados por lo que sería complicado aplicarla y no sería eficaz para este tipo de pacientes.

Se puede apreciar que no todas las técnicas resultan ser herramientas eficaces para el tratamiento de esquizofrenia, ya que debido a los diferentes subtipos de esquizofrenia, se deben elegir las técnicas más adecuadas para cada subtipo, al igual que debe depender de las necesidades principales de cada paciente.

En el capítulo 5 y último del trabajo, se presentará la propuesta de intervención que se eligió para la intervención de los pacientes con este tipo de trastorno.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL.

La propuesta de intervención que se presenta a continuación está dirigida a modificar las conductas problemáticas y adquirir algunas conductas que se han ido reduciendo o perdiendo en el paciente debido al trastorno y/o tratamiento farmacológico. Cabe mencionar que esta es una propuesta en general sobre la esquizofrenia, y no para cada subtipo en particular, como ya se mencionó anteriormente se debe utilizar o elegir la que sea más adecuada según las necesidades de cada paciente y en ese caso de acuerdo al subtipo de esquizofrenia.

A continuación se presentará una propuesta de Terapia Cognitiva-Conductual dividida en 12 sesiones:

Sesión 1

Objetivo. Identificar los datos personales del paciente, así como de sus familiares, círculo social, actividades que realiza, ambiente laboral.

Actividades del terapeuta: Se le preguntará al paciente sobre sus datos generales del paciente (nombre, edad, dirección, estado civil, teléfono de casa, trabajo, celular, ocupación, escolaridad, religión), así como la relación e interacción con sus familiares, círculo social, ambiente laboral (si es que trabaja), las actividades que realiza.

Su historia clínica, si tiene alguna enfermedad crónica, algún daño neurológico, si alguna vez ha asistido a terapia, y el motivo por el cual asistió, si toma algún medicamento, si ha asistido con algún especialista. Su motivo de terapia, establecimiento de la queja o problema, establecimiento de metas y objetivos.

Se establecerá el rapport (este término significa simpatía, concordancia) y en esta primera fase de la entrevista lo que se hará será crear un ambiente de

relajación, para disminuir las tensiones que nuestro entrevistado pueda tener, al saber que será cuestionado.

Actividades del paciente: El paciente responderá las preguntas que se le realizarán durante la entrevista, para la formulación del expediente.

Sesión 2

Objetivo 1. Que el paciente aprenda a relajarse por medio de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, para lograr una reducción de ansiedad y tensión.

Actividades del terapeuta: El Terapeuta le explicará en que consiste la técnica y cual es su objetivo; a continuación, se le pedirá al paciente que se siente en una silla, colocando las manos sobre las piernas, se le pedirá que evite cruzarlas, después se le pedirá que cierre los ojos (siempre y cuando el paciente se sienta seguro, cómodo y con la confianza en hacerlo, debemos evitar generar cualquier tipo de estrés ansiedad o angustia), que respire lenta y profundamente. Se le pedirá que tense las piernas y que las relaje, así sucesivamente con todos los grupos musculares, se realizará dos veces con cada grupo en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejillas, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas, el terapeuta le mencionará que debe percibir un estado de tensión y distensión de la zona que este tensando y relajando. El terapeuta le preguntará si se siente relajado que levante un dedo, si no se siente relajado deberá levantar dos, si el grupo muscular no se relaja por completo no se podrá pasar al siguiente grupo de músculos.

Cabe mencionar que la voz del terapeuta debe ser clara, firme y tener un volumen adecuado, que transmita tranquilidad al momento de la relajación.

Actividades del paciente: El paciente se sentará en la silla, cerrará los ojos, respirará lento y profundamente, siguiendo las instrucciones del terapeuta

comenzará a tensar el grupo muscular que se le pida, esto dos veces por cada grupo. Señalará levantando un dedo si se siente relajado y dos cuando no se sienta relajado para comenzar a relajar ese grupo de nuevo.

Tareas a realizar en casa: El terapeuta hará mención de que es necesario que en casa practique el entrenamiento en relajación para lograr un mejor y mas rápido dominio de la técnica al igual que un mayor grado de relajación y tranquilidad.

Objetivo 2. El paciente identificará las conductas y pensamientos que le resultan problemáticos para llevar a cabo una adecuada interacción con las personas que le rodean o que pueden desencadenar alucinaciones (auditivas, visuales o táctiles).

Actividades del terapeuta: Se le pedirá al paciente que recuerde algunas situaciones que le resultaron un tanto penosas o conflictivas y con ayuda del terapeuta identificarán las circunstancias que generaron más conductas y pensamientos negativos, a continuación se le pedirá que los anote en una hoja de papel.

Actividades a realizar entre sesión: Anotar en una hoja tamaño carta las conductas y pensamientos que le resulten problemáticos para llevar a cabo una buena interacción con sus iguales.

Sesión 3

Objetivo 1: El paciente realizará el entrenamiento de RMP de Jacobson sin la ayuda del terapeuta.

Actividades del Terapeuta: El terapeuta indicará al paciente que debe sentarse en una silla, relajado y con los ojos cerrados, así como respirar profunda y

lentamente como en la sesión anterior y a continuación mencionará que ahora tendrá que hacerlo de manera individual sin su ayuda.

NOTA: Es importante señalar que la respiración es muy importante para lograr una relajación integral.

Objetivo 2. Analizar los pensamientos y conductas que le resultan problemáticas para interactuar con las personas de su alrededor o los eventos que desencadenan alucinaciones por medio de Terapia Racional Emotiva Conductual, con el modelo ABCD de Albert Ellis.

Actividades del terapeuta: Siguiendo el modelo ABC, el terapeuta hará un análisis junto con el paciente de los eventos que activan la conducta problema, las creencias o evaluaciones que el paciente hace sobre estos eventos y las consecuencias tanto emocionales y conductuales que se producen.

El terapeuta trabajará con las creencias irracionales que generan los problemas emocionales y conductuales o/y las alucinaciones; con el fin de que el paciente vaya adquiriendo creencias más racionales y se reduzcan sus problemas emocionales y conductuales y/o alucinatorios.

Actividades del paciente: A continuación el paciente seguirá las instrucciones internamente para que vaya tensando cada grupo muscular como anteriormente se realizó en la sesión, hasta que el paciente logre llegar al punto de la relajación.

Este se realizará dos veces (tensión y distensión), antes de pasar al siguiente grupo muscular, y pasar al siguiente grupo; hasta lograr tener cada grupo relajado.

Se le puntualizará al paciente que el proceso de relajación se deberá hacer como en la sesión.

Sesión 4

Objetivo 1. El paciente modificará los pensamientos y conductas problema por medio de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), siguiendo el modelo ABCD de Albert Ellis.

Actividades del Terapeuta: Le explicará al paciente cómo funciona el modelo y sus objetivos. El terapeuta guiará al paciente, para que esté pueda modificar la interpretación que tiene de la realidad, es decir, cambiar las ideas irracionales para aumentar el bienestar en la vida del paciente.

Actividades del paciente: El paciente modificará la interpretación que tiene de los hechos que le generan conflicto en su vida, por pensamiento positivos que aumenten bienestar en todos los ámbitos de su vida (familiar, afectivo, social, laboral, individual).

Objetivo 2: El paciente aprenderá la técnica de ensayo para la adquisición de nuevas Habilidades Sociales que le permitan una mejor interacción.

Actividades del terapeuta: Se le explicará la técnica al paciente así como los objetivos. A continuación el terapeuta le describirá una problemática y le pedirá al paciente que mencione posibles formas de resolverla. Al finalizar el ejercicio comentarán sobre sus dudas el terapeuta mencionará las ventajas y desventajas que genera la manera de responder como lo hace antes ciertas circunstancias.

Actividades del paciente: El paciente haciendo uso de su repertorio conductual enunciará algunas posibles soluciones para resolver las situaciones que le comentará el terapeuta

Tareas para la casa: Que el paciente identifique la forma en la que maneja o soluciona conflictos con las demás personas.

Sesión 5

Objetivo 1. El paciente aprenderá las ventajas y desventajas de tener una conducta asertiva.

Objetivo 2. El paciente identificará situaciones en las que se requiera responder de forma asertiva.

Actividades del terapeuta: Se le explicará al paciente las ventajas y desventajas de tener un comportamiento asertivo; a continuación el terapeuta modelará cada uno de los componentes de la conducta asertiva, verbales y no verbales (volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal y selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva). Al igual que las conductas no verbales centrales en la identificación de una persona como no asertiva son: distancia física durante la interacción, postura, movimientos corporales, contacto visual y expresión facial o gesticulaciones.

El terapeuta mencionará algunos ejemplos de comportamiento asertivo y no asertivo y el paciente tendrá que identificar que tipo de conducta es y mencionará como resolvería la situación con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales.

Actividades del paciente: El paciente identificará la diferencia entre comportamiento asertivo y no asertivo, así como las ventajas y desventajas que generan ambos tipos de conductas.

Objetivo 3. El paciente practicará la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, en un periodo de 15 minutos.

Actividades del terapeuta: El terapeuta le indicará al paciente que en 15 minutos deberá realizar la técnica de relajación, como tarea final de la sesión terapéutica.

Actividades del paciente: El paciente comenzará a realizar la técnica poco a poco hasta lograr relajarse, sin ayuda del terapeuta, como en las sesiones anteriores.

Sesión 6

Objetivo 1. Que el paciente aprenda la técnica de desensibilización sistemática con el fin de eliminar fobias o ansiedad que interfieran con su bienestar.

Actividades del terapeuta: El terapeuta le explicará el objetivo de la técnica y en que consiste. Así como ambos realizarán una lista de las situaciones o eventos que le causan más estrés (de 10 a 15 situaciones aproximadamente), comenzando por el de menor intensidad, hasta el de mayor intensidad.

Cuando esté concluido el listado, se proseguirá con la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, realizándola como anteriormente se ha hecho. Cuando el paciente se encuentre en estado de relajación se le pedirá que imagine el evento que le produce menor ansiedad (según el listado), solo por cinco segundos y dejará de imaginarlo. Si el paciente se encuentra tranquilo se proseguirá a continuar con el listado, continuando de menor a mayor, es decir, se comenzará con las situaciones que evoquen menor ansiedad hasta las que generen mayor número de ansiedad y estrés. Cada que se le de la instrucción al paciente, se le preguntará si se encuentra relajado al imaginar el evento estresante, si está relajado se pasará con la siguiente situación según el listado. Sin embargo, si la técnica produce un exceso de ansiedad se interrumpirá hasta que el paciente se encuentre más relajado.

Actividades del paciente: El paciente con ayuda del terapeuta realizarán un listado evocando las situaciones que le generen menor ansiedad, hasta las que le generan mayor ansiedad (10 a 15 situaciones aproximadamente). El paciente realizará la técnica de RMP de Jacobson como anteriormente se ha realizado, posteriormente siguiendo las instrucciones del terapeuta se realizará la técnica

de desensibilización sistemática. Se le pedirá que si al imaginar el evento, esté le genera estrés o ansiedad que levante un dedo para volver a comenzar o interrumpir la técnica.

Objetivo 2. El paciente practicará la técnica de ensayo conductual sin ayuda del terapeuta.

Actividades del terapeuta: El terapeuta mencionará algunas situaciones conflictivas y por medio de una improvisación, el paciente intentará solucionar las situaciones que le generan conflicto haciendo uso de sus habilidades sociales que previamente se habían trabajado. Al terminar el ejercicio comentarán lo sucedido y el terapeuta hará algunas observaciones en relación con la ejecución.

Actividades del paciente: El paciente utilizará sus habilidades sociales para resolver las situaciones problemáticas (que requieren interacción con las demás personas) que le menciona el terapeuta, por medio de una improvisación. Al final del ejercicio comentarán lo sucedido.

Tareas para casa: Que el paciente practique la manera de relacionarse con los demás, al mismo tiempo caiga en la cuenta de aquellas fallas que presente en su interacción.

Sesión 7

Objetivo 1. El paciente responderá de manera asertiva ante diferentes circunstancias que requieran interacción social por medio de la técnica de ensayo conductual.

Actividades el terapeuta: El terapeuta mencionará algunas situaciones problemáticas (una discusión con alguna persona cercana, interactuar con personas en la calle) y el paciente por medio de la técnica de ensayo conductual tratará de responder de la manera más asertiva posible; realizando

una improvisación. Después de concluir el ejercicio comentarán sus dudas y se discutirá acerca de la ejecución. Es importante mencionar que esta actividad no solo servirá para practicar la asertividad, sino también para la adquisición de habilidades sociales.

Actividades del paciente: El paciente seguirá las instrucciones del terapeuta y con base en lo trabajado en la sesión anterior (sobre que es una conducta asertiva y su importancia), responderá de la manera más asertiva posible, a las situaciones que el terapeuta le vaya planteando. Después de concluido el ejercicio el paciente comentará sus dudas y el terapeuta hará mención de algunos errores con referencia a la ejecución.

Tareas para casa: Se le pedirá al paciente que de y reciba cumplidos, de la misma forma que se enfrente a diversas problemáticas poniendo en práctica sus habilidades sociales y su asertividad.

Sesión 8

Objetivo 1. El paciente aplicará la técnica de desensibilización sistemática con el fin de reducir o/y eliminar fobias y ansiedad que interfieran con su bienestar.

Actividades del terapeuta: El terapeuta le pedirá al paciente que tenga a vista la lista que previamente se había elaborado, que se siente cómodamente y comenzará a dar las instrucciones para realizar la Técnica de RMP de Jacobson, cuando el paciente se encuentre relajado se le pedirá que imagine (con base en la lista) las situaciones que le generen menos ansiedad, hasta llegar a las que le produzcan mayor ansiedad. Es importante mencionar que se continuará la técnica dependiendo en donde se haya concluido la sesión anterior con el fin de que tenga seguimiento, y así ir eliminando las situaciones que causan menos estrés, ansiedad o tensión, para centrarse en las que generan más ansiedad.

Actividades del paciente: El paciente seguirá las instrucciones del terapeuta para realizar la técnica de RMP de Jacobson, para continuar con la Técnica de desensibilización sistemática. El paciente levantará un dedo si se siente relajado al imaginar el evento que el terapeuta vaya mencionando, para pasar al siguiente (que le genera mayor ansiedad) o volver a comenzar con el mismo.

Tareas para casa: Se le pedirá al paciente que practique la técnica para que tenga un mayor dominio de está.

Sesión 9

Objetivo 1. El paciente identificará las situaciones que le generan problemas en su vida (solo las que interfieran u obstaculicen con su interacción social).

Objetivo 2. El paciente identificará el origen de los eventos problemáticos.

Actividades del terapeuta: El terapeuta le explicará la técnica de solución de problemas y los objetivos de ésta. A continuación le pedirá al paciente que identifique las situaciones que le generan conflicto para llevar a cabo una buena interacción y que las anote en una hoja.

Con la guía del terapeuta, el paciente logrará identificar el origen o génesis del los eventos que generan el conflicto, cuándo y cómo es que se da; es decir, bajo que circunstancias se origina el conflicto.

Actividades del paciente: El paciente podrá identificar los eventos que le generan conflicto en su vida y los anotará en una hoja y logrará identificar la génesis de esos eventos.

Actividades para casa: Se le pedirá al paciente que alternativas serán las más viables para resolver las dificultades que se le presenten.

Sesión 10

Objetivo 1. El paciente generará alternativas para resolver los eventos conflictivos es decir, las situaciones que le generan conflicto para llevar a cabo una buena interacción con las personas, en todos los ámbitos de su vida, por medio de la técnica de solución de problemas.

Actividades del terapeuta: El terapeuta (con base en la identificación y el origen de los diversos problemas), junto con el paciente generarán soluciones alternativas para que el paciente adquiriera de una forma más eficaz y efectiva los eventos problemáticos (evitar conflictos, tomar una decisión, hablar con alguien) que se le presenten en su vida cotidiana. Con el fin de que tenga una idea más clara de qué alternativa sería más viable utilizar.

Actividades del paciente: El paciente con ayuda del terapeuta generara soluciones alternativas, con el fin de que le resulten las más eficaces y efectivas para resolver problemas.

Objetivo 2. Que el paciente lleve a la práctica las alternativas de solución de problemas disponibles, con el fin de elegir cuáles de las alternativas son las más adecuadas.

Actividades del terapeuta: Se evaluarán todas las alternativas que se generaron en la sesión anterior, tomando en cuenta sus ventajas y desventajas, con el fin de elegir las que le resulten más benéficas al paciente.

Actividades del paciente: El paciente junto con el terapeuta evaluarán las alternativas que se generaron en la sesión anterior tomando en cuenta ventajas y desventajas con el fin de elegir las que son más positivas para su bienestar.

Sesión 11

Objetivo 1. El paciente elegirá las soluciones más efectivas a fin de ponerlas en práctica ante un evento conflictivo (evitar conflictos, tomar una decisión, hablar con alguien).

Actividades del terapeuta: Se seleccionarán las mejores alternativas y se pondrán en práctica ante un evento conflictivo, con el fin de verificar si las soluciones que se seleccionaron lograron ser las más efectivas.

Actividades del paciente: Con la guía del terapeuta el paciente seleccionará las mejores alternativas y las pondrá en práctica con el fin de verificar si las soluciones que se escogieron fueron las más viables.

Objetivo 2. El paciente verificará la efectividad de la estrategia de solución de problemas.

Actividades del terapeuta: El terapeuta le mencionará un evento problemático y junto con el paciente hará una representación de la situación utilizando las alternativas que previamente había seleccionado y se verificará si fueron las alternativas más viables para la problemática.

Actividades del paciente: El paciente junto con el terapeuta hará una representación de una situación que genera conflicto y el paciente haciendo uso de habilidades sociales y tomando en cuenta las alternativas que se habían elegido con anterioridad tratará de solucionar el conflicto.

Tareas para casa: Se le pedirá al paciente que realice un ejercicio igual como en la sesión, pero que tendrá que ser en la vida real, utilizando las alternativas que se seleccionaron.

CONCLUSIONES

La terapia Cognitivo-Conductual suele ser efectiva y eficaz para tratar diversos trastornos, así como problemas conductuales (aunado a esto el tratamiento farmacológico, solo que la situación lo requiera), sin embargo, el tratamiento de un paciente esquizofrénico no resulta simple, ya que existen diferentes subtipos de esquizofrenias y por ende su sintomatología varía por ello, el tratamiento es diferente para cada una de ellas. Por lo que es importante tener en cuenta que la intervención debe ser diferente y adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Es importante mencionar que debido a la complejidad del tema el terapeuta debe tener conocimiento y habilidades acerca de las técnicas de terapia, como del trastorno. También es importante no dejar de lado el tratamiento farmacológico, aunque uno como psicoterapeuta no puede medicar es importante no olvidar la relevancia que éstos tienen en el tratamiento del paciente, y es necesario que el tratamiento sea conjunto, tanto farmacológico como psicoterapéutico para lograr una mejora considerable en todos los aspectos de la vida del individuo. Cabe destacar que las sesiones que se

propusieron en este trabajo pueden ser modificadas, o extenderse dependiendo de las necesidades de cada persona. Como en su momento se mencionó, se expuso una propuesta que al ser susceptible de cambio da la oportunidad de considerar aquellas características particulares de cada usuario y avanzar, agregar u omitir algunas de las diversas técnicas cognitivo-conductuales mencionadas.

La oportunidad de que las técnicas puedan modificarse de acuerdo a las necesidades del usuario, se debe a la naturaleza metodológica de las técnicas cognitivo-conductuales, cuyo propósito es potenciar las destrezas o desarrollar ciertas conductas y reforzar ciertas cogniciones para alcanzar los objetivos-meta que se trazan desde el comienzo de cada programa de intervención.

Esta susceptibilidad de las técnicas también favorece el crecimiento personal del paciente, ya que el usuario puede ver el avance de acuerdo a sus destrezas demostradas y que esto sirva de un estímulo y gratificación de su participación en el programa de intervención.

Se estima que no obstante que la esquizofrenia se puede tratar con terapia cognitivo conductual en lo individual como se ha puntualizado en el presente trabajo, se pueden implementar también para el tratamiento de este trastorno psiquiátrico alternativamente la terapia grupal y familiar, para lograr el mejoramiento integral del sujeto, las cuales puedan modificar y mejorar otras sintomatologías propias del padecimiento y acorde a las necesidades de cada paciente.

Sugerimos en futuras investigaciones relacionadas al tema, considerar otros factores que puedan resultar relevantes, uno de ellos en particular es la participación de la familia durante todo el proceso de intervención (Jiménez, 2003).

Nuestra propuesta inicial no va encaminada a esta modalidad de terapia, es decir, con la participación de la familia. Sin embargo, es importante que la familia se involucre en la problemática del paciente (que es un hecho que está

involucrada), pero que en una investigación científica sería de gran utilidad contar con datos sobre la influencia de su participación sobre la intervención del paciente, así como de otras variables que se puedan considerar como el entorno social, cultural, laboral, etc.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, R., Mazzoti, G., Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría*. Ed. Manual Moderno: México.
- Albarrán, L, A, J., Macías, T, M, A. (2007, agosto). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del hospital civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. (54 párrafos). *Investigación en Salud*. Vol. 9: (2), 118-124. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx.
- Aldaz, J. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. Siglo veintiuno: España.
- Álvarez, G, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. (54 párrafos). *Anales de Psiquiatría*. Vol. 18: (1), 18-26. Disponible en: www.psiquiatriasur.cl.
- Amutio, K, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre relajación*. Ed. Descleé de Brouwer: España.
- Arévalo, F, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. (72 párrafos). *Estudios de Psicología*. (43-44), 169-193. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es.
- Bandura, A. (1971). *Teoría sobre el Aprendizaje Social*. Ed. General Learning Press: Nueva York.
- Caballo, V., Buena-Casal, G., Carrobes, J, A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Ed. Siglo veintiuno: España.
- Caro, G, I. (2007). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Ed. Descleé de Brouwer: España.
- Castanyer, O. (2004). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Ed. Descleé de Brouwer: España.
- Cuevas, C. y Perona, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. (61 párrafos). *Revista de psicopatología y psicología clínica*. Vol. 2: (3), 275-291. Disponible en: www.e-spacio.uned.es
- Davidson, L., Lambert, S., McGlashan, T, H. (2004). Tratamientos psicoterapéuticos y cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: desarrollo de una forma de psicoterapia específica del trastorno para personas con psicosis. (cáp. 1, pp.19-41). En: C. Perris y D. McGorry.

Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Ed. Descleé de Brouwer: España.

- De la Higuera, R, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. (30 párrafos). *Apuntes de Psicología*. Vol. 23: (3), 275-292. Disponible en: www.cop.es.
- Delgado, S, F. (1983). *La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas*. Ed. Trillas: México.
- Díaz, A. y Ortega, H. (Coord.) (2006). *Guía para el diagnóstico y manejo del paciente esquizofrénico. 1er Consenso Nacional de Esquizofrenia 2006*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. ELSEVIER MASSON: Barcelona.
- Durham, R, C., Guthrie, M., Morton, R, V., Reid, D, A., Treliving, L, R., Fowler, D. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medicating-resistant psychotic symptoms: Results to 3-months follow-up. *The British Journal of Psychiatry*. Vol.182: 303-311. Disponible en: www.bjp.rcpsych.org
- Ellis, A., Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. Ed. Pax, México.
- Espina, A. (1991). Terapia familiar en esquizofrenia. (86 párrafos). *Revista de Psicoterapia II*. (8), 13-33. Disponible en: www.centrodepicoterapia.es.
- Espina, A., González, P. (2003). Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. (36 párrafos). *Salud Mental*. Vol. 26: (1), 51-58. Disponible en: www.medigraphic.com.
- Farré, M, J., Fullana, R, M, A. (2005). *Técnicas de terapia cognitivo-conductual. Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Ed. Ars Médica: España.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. (77 párrafos). *Apuntes de Psicología*. Vol. 24: (1-3), 223-244. Disponible en: www.cop.es.
- Florit, R, A., Mieres, T, R. (2001). Afrontamiento de la ansiedad en esquizofrenia a través de la relajación. (40 párrafos). *Informaciones psiquiátricas*. (163), 21-34. Disponible en: www.revistahospitalarias.org
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R, E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. (30 párrafos). *Salud Mental*. Vol. 24: (4), 36-40. Disponible en: www.medigraphic.com.

- Fresán, A. Y Robles, R. (2009). Esquizofrenia: definición, epidemiología y tratamiento integral (cáp. 2, pp. 27-38). En: M.E. Medina-Mora y R. Robles (Eds). *El manejo de la depresión y la esquizofrenia en México. Un estudio de costo efectividad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz.
- García-Cabeza, I., González de Chávez, M. (2011). Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos. (28 párrafos). *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 31: (110), 243-253. Disponible en: www.scielo.isciii.es.
- García-Merita, M. (2005). *Tratando esquizofrenia ese desconocido mal*. Ed. Pirámide: Madrid.
- Gastó, C., Vallejo, J. (1992). *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría*. Ed. MASSON: España.
- Gil, R, F., León, R, J, M., Jarana, E, L. (1995). *Habilidades sociales y salud*. Ed. Pirámide: Madrid.
- González de Chávez, M. (2008). Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. (cáp. 18, pp. 293-311). En: J. Cullberg. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectiva*. Madrid: Autor-Editor.
- González, P, H. (2007, mayo-agosto). Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿Avance terapéutico o más de lo mismo? (15 párrafos). *Revista Redalyc*. Vol. 28: (2), 111-116. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx.
- Gutiérrez, C, C., Ocampo, S, M, V., Gómez, F, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. (40 párrafos). *Revista Colombiana psiquiátrica*. Vol. 37: (1), 164-174. Disponible en: www.psiquiatria.org.co.
- Jiménez, D. (2003). Importancia de la familia en el proceso de la enfermedad del paciente crónico. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Kazdin, A, E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Ed. Manual Moderno: México.
- Kelly, J, A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Ed. Desclée de Brouwer : Bilbao.
- Labrador, F, J., Cruzado, J. A., Muñoz, M. (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Ed. Pirámide: Madrid.
- Muñoz, M, F, J., Ruiz, C, S, L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. (43 párrafos). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 36: (1), 98-110. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx.

- Olivares, R, J., Méndez, C, F, X. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Ed. Biblioteca nueva: España.
- Organización Mundial de la Salud (1993). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed Meditor: Madrid.
- Pérez, A, M., Fernández, H, J, R., Fernández, R, C., Amigo, V, I. (Coord.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. adultos*. Ed. Pirámide: Madrid.
- Perona-Garcelán, C. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. (66 párrafos). *Psicothema*. Vol. 14: (1), 26-33. Disponible en: www.psicothema.com
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., DeSimone, L. (1999, julio). Cognitive behavioral therapy and clozapine for clients with treatment refractory schizophrenia. *Psychiatry Serv*. Vol. 50: (7), 901-904. Disponible en: www.psychservices.psychiatryonline.org
- Postel, J., Quéstel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. Ed. Fondo de Cultura Económica: México.
- Puente, G, R., Chinchilla, M, A., Riaza, B, S, C., Correas, L, J., Quintero, G, F, J. (2004). Concepto de esquizofrenia. (64 párrafos). *Revista Psiquis*. Vol. 25: (5), 185-195. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es.
- Rojas, R, A, M. (2011). Eficacia de la terapia grupal orientada a la superación de la esquizofrenia. (62 párrafos). *Revista de Psicología*. Vol. 1: (1), 72-87. Disponible en: www.sitios.uvm.cl/revistapsicologia.
- Sammonstra, M, T., Schmidt, N, B. (2004). *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Ed. Descleé: Bilbao.
- Schaub, A. (2004). Terapia cognitivo-conductual orientado al afrontamiento en la esquizofrenia: un nuevo tratamiento para el uso clínico y científico. (cáp. 6, pp. 129-149). En: C. Perris y D. McGorry. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Ed. Descleé: España.
- Sensky, T., Turkinggon, D., Kingdom, D., Scott, J, L., Scott, J., Siddler, R. (2000, febrero). A randomized Controlled Trial of intensive cognitive-behavior therapy for persistent symptoms on schizophrenia resistant to medication. *Arch. Gen Psychiatry*. Vol. 57: (2), 165-172. Disponible en: www.archpsyc.ama-assn.org
- Smith, J, C. (2001). *Entrenamiento ABC en relajación. Una guía práctica para los profesionales de la salud*. Ed. Descleé de Brouwer: Bilbao.

- Terrier, N., Beckett, T., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 162: 524-532. Disponible en: www.bjp.rcpsych.org
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinner, C., McCarthy, E., Gladhill, A., Haddock, G. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*. Vol. 17, 303–307. Disponible en: www.bmj.com.
- Turkington, D., Kingdon, D. (2000). Cognitive behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *The British Journal Psychiatry*. Vol. 177:, 101-116. Disponible en: www.bjp.rcpsych.org
- Valencia, C, M. (1999, abril). Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del instituto mexicano de psiquiatría. (42 párrafos). *Salud Mental*. Vol. 22: (2), 31-40. Disponible en: www.inprf-cd.org.mx.
- Vallina, F, O., Lemos, G, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. (93 párrafos). *Psicothema*. Vol. 13: (3), 345-364. Disponible en: www.sid.usal.es
- Valmaggia, L, R., Van Der Gaag, M., Terrier, N., Pijnenborg, M., Sloof, C, J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant atypical antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 186:, 324-330 Disponible en: www.schizostroller.com
- Van Os, J. (2001). Factores de riesgo para el inicio y la persistencia de la psicosis. (Cap. 7, pp. 83-93). En: J.E. Obiols (Dir.) *Neurodesarrollo y esquizofrenia. Aproximaciones actuales*. Barcelona: Ars Medica
- Wolpe, J. (2004). *Práctica de la terapia de la conducta*. Ed. Trillas: México.