

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Facultad de Psicología
Programa de Maestría en Psicología Clínica

**Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en
pacientes de ambos sexos con edades entre 35 y 59 años con
esquizofrenia en remisión**

Por:
Alexander Yu Cheung

**Tesis para optar por el título de
Magister en Psicología Clínica**

Panamá, 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Número de Código: CE-PT-327-14-06-17-145

Nombre del estudiante: Alexander Yu Cheung

Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de tesis: Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en pacientes de ambos sexos con edades entre 35 y 59 años con esquizofrenia en remisión.

Resumen ejecutivo: El trabajo consiste en un estudio cuasi-experimental de tipo exploratorio en el que se aplicó la Terapia Psicológica Integrada (TPI) a un grupo de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud de Alcalde Díaz con el propósito de mejorar sus funciones cognitivas. De esta manera se evaluó la efectividad de la terapia.

Nombre del Asesor: Dra. Graciela Mabel Álvarez

Firma del Asesor: _____

Firma del estudiante: _____

Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Fecha: _____
Director del Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

DEDICATORIA

A mis padres, mis hermanos, cuñada y sobrinas por ser un apoyo en todo este proceso de crecimiento académico y profesional

AGRADECIMIENTO

Existen muchas personas a quien debo agradecer y que me han acompañado y ayudado en mi desarrollo profesional y en la culminación de esta tesis.

A Dios, por darme vida y la oportunidad de servir a los demás a través de esta carrera, por la sabiduría para tomar buenas decisiones y por su guía en cada paso que doy.

A mis padres, por apoyarme en todo momento y por enseñarme el valor del trabajo responsable y constante. Son un gran ejemplo a seguir de perseverancia y lucha por lo que se quiere.

A mis hermanos, Alexis, Elizabeth y Rosa, por comprender la importancia que tiene para mí esta maestría. Estoy seguro que seguirán apoyándome en las decisiones que tome más adelante.

A mis sobrinas, Sophia y Grace, por brindarme muchas alegrías y risas. Con ellas he aprendido mucho sobre la niñez, hasta más que lo que enseñan los libros.

A mis hermanos en Cristo, por recordarme en sus oraciones y alentarme a hacer todas las cosas para el Señor. Espero seguir trabajando con ustedes para la extensión del Reino de Dios.

A mis amigos y compañeros, por acompañarme en todo este camino y enseñarme que no todo es estudio sino que también podemos reír y disfrutar de las experiencias.

A los pacientes que participaron de las terapias grupales. Su ánimo y ganas de seguir adelante fue muy importante.

A mi Directora de tesis, Dra. Graciela Álvarez, por estar ahí, disponible cuando la necesitaba y por creer en mis ideas. Su guía y experiencia dieron gran empuje para la finalización de este trabajo.

Al Dr. Alguis Torres, por permitirme realizar este proyecto de tesis en el CS Alcalde Díaz y por darme libertad para trabajar con sus pacientes.

A la profesora Elsa Fajardo, por su cooperación y guía en el análisis estadístico de los resultados.

Al Dr. Abdel Solís, por su apoyo durante el inicio del proyecto. Su conocimiento y experiencia con la MCCB y la atención de pacientes clínicos fue fundamental.

A la Mgtra. Vanessa Alguero, por realizar un trabajo pionero en esta área y permitirme tener el programa de tratamiento traducido al español.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue aplicar un programa de tratamiento a un grupo de pacientes con esquizofrenia en remisión para mejorar las funciones cognitivas en estos pacientes. Se utilizó un diseño cuasi experimental de tipo exploratorio con pre-test y post-test. La muestra fue de 6 sujetos, entre los 35 a 55 años, de ambos sexos y pacientes del Centro de Salud de Alcalde Díaz; esta fue obtenida de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la Terapia Psicológica Integrada desarrollada por Brenner y cols. (1988, 2007) en un formato grupal, durante un periodo de tres meses con dos sesiones semanales; esta terapia se compone de cinco subprogramas. Las funciones cognitivas fueron evaluadas antes y después de la aplicación del programa de tratamiento con la batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS. Los resultados muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del post-test en las funciones cognitivas después del tratamiento; a pesar de esto, en algunos pacientes su desempeño mejoró en algunas funciones cognitivas. Estos pacientes se pueden beneficiar de un tratamiento en el que se trabajen cada una de las funciones cognitivas de manera más específica.

ABSTRACT

The objective of the present research was to apply a treatment program in a group of patients with schizophrenia in remission phase, in order to improve the cognitive functions in these patients. An exploratory, quasi- experimental design with pre-test and post-test was used. The sample was composed by 6 subjects, between 35 and 53 years old and from both sexes; these are patients of the Centro de Salud (Health Care Center) Alcade Díaz and was obtained according to inclusion and exclusion criteria. The Integrated Psychological Therapy developed by Brenner & cols. (1988, 2007) was applied in a group format within a three months period with two weekly sessions; this therapy is composed of five subprograms. Cognitive functions were evaluated using the MATRICS Consensus Cognitive Battery, before and after the application of the treatment program. Results show that there were no statistically significant differences in the post-test scores for the cognitive functions after treatment; despite this, in some patients their achievement in some cognitive functions was improved. They can benefit from a treatment in which each of the cognitive functions is worked in a more specific way.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1. Antecedentes	6
2. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia.....	15
3. Tipos de esquizofrenia	17
4. Modelos explicativos de la esquizofrenia	18
4.1. Perspectiva biológica	18
4.2. Modelos multifactoriales	21
5. Déficit cognitivos en la esquizofrenia.....	25
CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (TPI)	31
1. La Terapia Psicológica Integrada (TPI).....	32
2. Fundamentación teórica de los subprogramas de la TPI	33
2.1. Procesamiento de la información.....	33
2.2. Cognición social.....	36
2.3. Comportamiento social	37
3. Descripción de los cinco subprogramas de la TPI	40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	45
1. Planteamiento del Problema.....	46
2. Hipótesis	47

3. Objetivos.....	47
4. Diseño de investigación	47
5. Variables	48
5.1. Variable Independiente	48
5.2. Variable dependiente	51
6. Población y muestra.....	54
6.1. Población	54
6.2. Muestra.....	54
7. Instrumento de medición.....	57
8. Limitaciones.....	58
9. Análisis estadístico	58
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	60
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla no. 1	Sexo, edad, estado civil, nivel educativo y grupo étnico de la muestra	62
Tabla no. 2	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva velocidad de procesamiento por sujeto	63
Tabla no. 3	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva atención/vigilancia por sujeto	64
Tabla no. 4	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva memoria de trabajo por sujeto.....	65
Tabla no. 5	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva aprendizaje verbal por sujeto	66
Tabla no. 6	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva aprendizaje visual por sujeto.....	67
Tabla no. 7	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva razonamiento y resolución de problemas por sujeto	68
Tabla no. 8	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva cognición social por sujeto	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica no. 1	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva velocidad de procesamiento.....	63
Gráfica no. 2	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva atención/vigilancia.....	64
Gráfica no. 3	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva memoria de trabajo	65
Gráfica no. 4	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva aprendizaje verbal.....	66
Gráfica no. 5	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva aprendizaje visual.....	67
Gráfica no. 6	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva razonamiento y resolución de problemas.....	68
Gráfica no. 8	Puntuaciones Pre-test y Post test de la función cognitiva cognición social.....	69

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Áreas neurocognitivas de la MATRICS.....	28
Cuadro No. 2 Áreas socio-cognitiva de la MATRICS.....	29
Cuadro No. 3 Distribución de las sesiones.....	51
Cuadro No. 4 Pruebas que miden los dominios cognitivos MATRICS.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura no. 1	Modelo heurístico de vulnerabilidad–estrés.....	23
Figura no. 2	Modelo de penetración.....	25
Figura no. 3	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva velocidad de procesamiento.....	70
Figura no. 4	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva atención/vigilancia	70
Figura no. 5	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva memoria de trabajo.....	71
Figura no. 6	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva aprendizaje verbal	71
Figura no. 7	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva aprendizaje visual.....	72
Figura no. 8	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognitiva razonamiento y resolución de problemas	72
Figura no. 9	Resumen de la prueba de hipótesis de la función cognición social	73

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo, de acuerdo a datos proporcionados por la ONU (2015). Las personas que padecen de esquizofrenia experimentan una percepción distorsionada de la realidad y déficits en el pensamiento, comportamiento, afecto y la motivación. Este es un trastorno mental que tiene un potencial impacto en la habilidad del individuo para vivir una vida productiva y plena.

Con los nuevos cambios en la definición de la esquizofrenia dentro del DSM-V. Los síntomas negativos y positivos no son los únicos síntomas característicos en este trastorno, también lo son las funciones cognitivas. Las personas con esquizofrenia presentan déficits en las funciones cognitivas incluyendo la cognición social; esto afecta su funcionamiento social y personal. Un intento por identificar las funciones cognitivas afectadas en la esquizofrenia ha sido realizado por el equipo de investigación de la MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia); han establecido siete funciones afectadas en estos pacientes.

Existen diferentes tipos de tratamientos para la esquizofrenia, entre estos están tratamientos psicofarmacológicos y los tratamientos psicológicos. La cognición como objetivos de tratamiento se ha desarrollado, en parte, gracias a una mayor conciencia en que los tratamientos clínicos que sólo se enfocan en los síntomas psiquiátricos han hecho poco para promover una recuperación funcional. Un tipo de tratamiento que se enfoca en trabajar aspectos cognitivos y sociales en pacientes con esquizofrenia es la Terapia Psicológica Integrada desarrollada por Brenner y colegas y está fundamentada en los avances de la psicología cognitiva y del procesamiento de la información.

En nuestro país, la esquizofrenia es la cuarta causa de morbilidad médica en el servicio de psiquiatría de acuerdo a datos del MINSA (2014). A pesar que en el servicio de psiquiatría de Hospitales y Centros de Salud, se ofrece atención a estos pacientes. Muchos ofrecen tratamientos psicofarmacológicos y realizan algunos tipos de terapias grupales. Aún no se llevan a cabo programas de tratamiento psicológicos como la Terapia Psicológica Integrada.

Por tal razón, el tema de esta investigación es: “Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en pacientes de ambos sexos con edades

entre 35 y 59 años con esquizofrenia en remisión”. A través de ésta, se podrá evaluar la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia. La investigación se realizó con un grupo de pacientes externos con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud de Alcade Díaz, ubicado en el corregimiento Alcalde Díaz.

Este estudio ha sido dividido en cinco capítulos. En el capítulo I, se expone el Marco Teórico. En éste se explican los antecedentes de la investigación, los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, los tipos de esquizofrenia y los modelos explicativos de la esquizofrenia.

En el capítulo II, se expone el fundamento teórico de la Terapia Psicológica Integrada. Se realiza una explicación general de la terapia y su fundamento teórico. También se explica cada uno de los subprogramas que la conforman: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Esto se encuentra también en el manual de terapia desarrollado por Brenner y colegas.

En el capítulo III, se desarrolla el marco metodológico de la investigación. Este incluye el planteamiento del problema, se establecen los objetivos e hipótesis, se describe el diseño de investigación, las variables y su operacionalización. También se describe la muestra de pacientes que participó en el tratamiento. Por último se describe el instrumento de medición, el análisis estadístico utilizado y las limitaciones de la investigación.

El capítulo IV, presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos de la aplicación pre y post del instrumento de medición, estos se muestran a través de gráficas y cuadros. Se hace además la prueba de la hipótesis para cada una de las siete funciones cognitivas evaluadas.

El capítulo V, presenta las conclusiones a las que se llegó como resultado de la investigación y las recomendaciones para futuros estudios relacionados con este tema.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos. Se incluye una lista de las fuentes bibliográficas consultadas y otros documentos importantes utilizados en la investigación.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, el tratamiento de la esquizofrenia se ha enfocado desde el ámbito médico - farmacológico. Instituciones como el INSAM, policlínicas y centros de salud como el de Alcalde Díaz en el que se atiende a estos pacientes poseen los medicamentos necesarios y se realizan intervenciones de tipo psicosocial como parte de su tratamiento; pero carecen de tratamientos psicológicos estructurados que han demostrado ser eficaces. Es importante reconocer que para que el paciente logre un mejor funcionamiento personal y social, generalmente se requiere trabajar en los déficits cognitivos que presentan.

Por tal razón, esta investigación pretende mejorar las funciones cognitivas de los pacientes con esquizofrenia en remisión, utilizando los recursos que ofrece la psicología y basado en un programa de tratamiento que ha demostrado eficacia en otros estudios. Además se pretende dar mayor importancia al tratamiento psicológico de una enfermedad en la que el paradigma de atención ha sido generalmente médico. La finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará la investigación es lograr mayor relevancia a la atención integral de los pacientes con esquizofrenia, basado en evidencia empírica y en la que se tome en cuenta no sólo la parte médica, también la psicológica. No se pretende demostrar la ineficacia de la medicación, sino que ésta debe estar acompañada - tomando en cuenta las necesidades del paciente- del tratamiento psicológico para los déficits cognitivos.

Los resultados de este estudio se diseminarán principalmente a través de la base de datos de Tesis de Maestría que ofrece la Universidad de Panamá. De esta manera otros investigadores tanto nacionales como internacionales podrán tener acceso a los resultados. También se enviarán los resultados a los creadores de la Terapia Psicológica Integrada (Roder, Muller, Brenner, & Spaulding), para que los evaluén y, si aplica, sea publicada ya sea en una edición próxima de su libro "Integrated Psychological Therapy (TPI) for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients" o en artículos científicos. Los resultados se utilizarán para dar mayor evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia para promover la aplicación de este programa de tratamiento por parte de psicólogos y terapeutas idóneos que ofrecen atención a esta población en los servicios de hospital de día y centros de salud, centros de rehabilitación o

en el INSAM. Por lo tanto, los beneficiarios finales serán los pacientes con esquizofrenia que presentan déficits cognitivos que desean participar de estas intervenciones grupales.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

La esquizofrenia es un trastorno mental con una variedad de síntomas. Los pacientes pueden exhibir diferentes cuadros sintomatológicos que van desde perturbaciones en la forma y contenido del pensamiento, la percepción, el afecto, la motivación, el sentido del yo, el comportamiento y el funcionamiento personal.

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como otros trastornos mentales (OMS, 2015). Este diagnóstico es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana. Además, según la OMS (2015), las personas que padecen de esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el resto de la población; esto se debe, por lo general, a enfermedades físicas, como enfermedades infecciosas, metabólicas o cardiovasculares.

Benedict Morel (1809-1873), un médico francés, fue el primero en identificar este trastorno como una enfermedad. Más adelante Emil Kraepelin (1856-1926) la definió sistemáticamente, fue considerada como demencia precoz ya que era una degeneración del cerebro (*demencia*) que iniciaba en una edad relativamente temprana (*precoz*) y esto llevaba a la desintegración de la personalidad. Kraepelin consideraba que las alucinaciones, los delirios y perturbaciones en la conducta podrían deberse en última instancia hasta alguna anomalía o enfermedad física (Halgin & Whitbourne, 2009).

Más adelante, el psicólogo suizo Eugen Bleuler (1857-1939) refutó los planteamientos de Kraepelin que la demencia precoz era una enfermedad del cerebro. En 1911, propuso un cambio en el nombre y en la comprensión que se tenía del trastorno. Acuñó el término diagnóstico: *esquizofrenia*. Este incluía una idea fundamental para la comprensión del trastorno: una escisión (*schizo*) o falta de integración entre las funciones psicológicas de la persona.

A diferencia de Kraepelin, Bleuler consideraba que era posible que aquellas personas con esquizofrenia podían recuperarse. También consideraba que la esquizofrenia era un grupo de trastornos en lugar de una sola entidad. Identificó cuatro características fundamentales de este trastorno (Halgin & Whitbourne, 2009):

1. Asociación: trastorno del pensamiento
2. Afecto: trastorno de la experiencia y expresión de la emoción
3. Ambivalencia: incapacidad para tomar o continuar con las decisiones
4. Autismo: tendencia a manifestar comportamientos egocéntricos y un estilo idiosincrático de pensamiento.

El psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967), no estuvo de acuerdo con las cuatro características que definió Bleurer sobre la esquizofrenia. En cambio, consideró que para el diagnóstico de esquizofrenia deben presentarse síntomas de primer orden. Estos síntomas incluyen las alucinaciones auditivas experimentadas en forma de voces que pronuncian los propios pensamientos; percepciones delirantes; voces que discuten y voces que comentan las propias acciones; y 7 tipos de delirios: inserción de pensamiento, robo de pensamiento, difusión de pensamiento, pasividad somática, creencia que las acciones y/o impulsos son controlados por una fuerza externa y creencia que las emociones propias no son de uno mismo (Schneider, 1959).

Los síntomas de primer orden se consideran características primarias de la esquizofrenia en la actual conceptualización diagnóstica - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2014) y han aparecido en la tercera y cuarta edición de este manual diagnóstico (APA, 2003). Estas se describen en el criterio A; en la que se incluyen cinco tipos de síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje incoherente o desorganizado, conducta psicomotriz con anomalías intensas y síntomas negativos (Morrison, 2015). Estas se explicaran con mayores detalles más adelante.

Desde comienzos de los años 80', los modelos más aceptados que explicaban la enfermedad incluían múltiples factores etiológicos. Hoy en día el inicio de la enfermedad no se explica por el efecto de una sola causa biológica o psicosocial, sino por el efecto de muchos factores individuales. Esto ha permitido el desarrollo de modelos sistémicos y circulares; que se caracterizan en que no hay una relación unidireccional entre las causas de la enfermedad y su manifestación. Se parte del hecho que distintos factores interaccionan entre sí, y a al mismo tiempo interaccionan con la enfermedad (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007). Entre estos modelos se encuentra el modelo de penetración. Según este modelo propuesto por Brenner (1986), los déficits en el procesamiento de la información repercuten en el ámbito de la conducta social.

Las investigaciones reconocen que los déficits en cualquier área del comportamiento (atencional, perceptivo, cognitivo, microsocioal, macrosocioal) pueden disminuir la capacidad funcional en áreas superiores.

Los déficits en la cognición son características fundamentales en los pacientes con esquizofrenia. Estos se relacionan con los déficits laborales y vocacionales. Pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta. También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención (APA, 2014).

Resultados empíricos de las investigaciones en esquizofrenia de los últimos 20 años describen que entre el 75 – 85% de los pacientes con esquizofrenia tienen persistentes déficits en medidas de desempeño neuropsicológicas, independientemente de la edad del paciente (Roder, Muller, Brenner, & Spaulding, 2011).

Además, algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social. Esta se refiere a la manera en que las personas piensan acerca de sí mismas y los demás en el mundo social. Pueden prestar atención a sucesos o estímulos irrelevantes y posteriormente interpretarlos como significativos, lo que puede conducir a delirios explicativos (APA, 2014).

Cabe destacar que en los inicios del siglo 21, el NIHM (Instituto Nacional de Salud Mental) de los Estados Unidos dirigió la iniciativa MATRICS (Investigación de la medición y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia). Uno de sus objetivos era definir y medir la cognición. El primer éxito de esta iniciativa fue en las áreas de la neurocognición. También se empezó a considerar que la cognición social es también un factor crucial para las personas afectadas con esquizofrenia. Esto permitió que enfoques terapéuticos asociados al tratamiento de estas áreas de la cognición empezaran a desarrollarse (Roder & Muller, 2015).

Como resultado, la MATRICS identificó 7 dominios cognitivos que se deben incluir en la evaluación de la cognición en la esquizofrenia (Roder, Muller, Brenner, & Spaulding, 2011):

1. atención/vigilancia
2. velocidad de procesamiento
3. memoria de trabajo
4. aprendizaje y memoria verbal y visual
5. Razonamiento y resolución de problemas
6. Cognición social

El tratamiento de la esquizofrenia se ha enfocado en los tratamientos farmacológicos para tratar los trastornos psicóticos (Wright, Turkington, Kelly, Davies, Jacobs & Hopton, 2014). Sin embargo, al menos 50% de los individuos diagnosticados con esquizofrenia experimentan de manera persistente experiencias psicóticas a pesar de tener la adecuada medicación y adherencia, surge la necesidad de tratamientos adicionales (Robinson, Woerner, McMeniman, Mendelowitz, & Bilder, 2004).

Los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces para una mejor recuperación de la esquizofrenia y, junto a las estrategias farmacológicas, son las siguientes (Pérez Á., Fernández H., Fernández R., & Amigo V., 2011):

a. Las intervenciones familiares psicoeducativas

Según Lam (1991), estas intervenciones comparten elementos comunes esenciales para alcanzar eficacia terapéutica, aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias; proporcionan estructura y estabilidad a través de un plan terapéutico con contactos regulares; se centran en el aquí y el ahora al trabajar los problemas; utilizan conceptos familiares que establecen límites interpersonales e intergeneracionales y una visión de la familia como un todo; dando a la familia un modelo que le dé sentido a la conducta y sentimiento del paciente. Se trabaja bajo una estructura de solución de problemas; y mejora la comunicación entre los familiares y el enfermo.

Estas intervenciones combinadas con medicación antipsicótica, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada por los familiares, en la sintomatología clínica, las recaídas y hospitalizaciones de los pacientes, así como su rentabilidad económica para los servicios sanitarios (Dixon et al, 2000)

b. El entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica central para

remediar el pobre funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia y para potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social. En ésta se evalúan una serie de interacciones sociales, para posteriormente, entrenar aquellas que se presenten deficientes en el paciente. Dichas interacciones serían: habilidades básicas de conversación, habilidades intermedias de comunicación, declaraciones positivas, declaraciones negativas, solución de conflictos, manejo de la medicación, relaciones de amistad y compromiso, solución de problemas y habilidades laborales.

La mayoría de los pacientes que reciben entrenamiento en habilidades sociales demuestran una gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario independiente (Heinssen et al., 2000; Smith et al., 1996).

c. Los tratamientos cognitivo - conductuales dirigidos hacia los síntomas positivos

La terapia cognitiva aporta técnicas de ayuda a los pacientes para manejar sus experiencias psicóticas, enseñándoles no sólo a reetiquetar o a cambiar las creencias sobre la naturaleza de estas experiencias, sino a dar sentido psicológico a sus síntomas psicóticos (Yusupoff, Haddock, SellWood y Tarrier, 1996).

Algunos modos de intervención cognitiva para las alucinaciones son técnicas operantes, parada de pensamientos, procedimientos distractivos o de supresión verbal, autoobservación, terapia aversiva, entre otras. También se trabaja con los delirios identificando los pensamientos y creencias, revisando las evidencias que fundamentan las creencias, fomentando el auto monitoreo de las cogniciones, relacionando los pensamientos con el afecto y la conducta e identificando los sesgos en el pensamiento.

Los hallazgos más consistentes indican beneficios significativos en la reducción de la gravedad y cantidad de los síntomas psicóticos, especialmente los positivos; aunque también los negativos como la anhedonia; en la mejora de la adherencia al medicamento, en la disminución del número de recaídas y en la disminución del tiempo de estancia en unidad de agudos.

d. Los paquetes integrados multimodales

A lo largo del pasado siglo, se han desarrollado tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces para una mejor recuperación de las distintas áreas en que la esquizofrenia afecta a la persona como los descritos en los puntos anteriores. También existen paquetes integrados multimodales que han demostrado su eficacia en el tratamiento de estos pacientes (Pérez Á., Fernández H., Fernández R., & Amigéio V., 2011)

Estos paquetes parten de la concepción de que los pacientes con esquizofrenia muestran deficiencias en diferentes niveles funcionales de la organización de la conducta (nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel microsocioal y nivel macrosocioal) y que las deficiencias en un nivel pueden afectar funciones de otros niveles y que los diferentes niveles guardan relación entre sí.

Brenner y colegas (1986) desarrollaron el modelo de penetración que explica la conducta del paciente con esquizofrenia y permitió el desarrollo de la Terapia Psicológica Integrada (TPI) en los años 80s. Este fue el primer enfoque integrado de psicoterapia estructurado sistemáticamente y con un manual detallado para su implementación para tratar a pacientes con esquizofrenia (Roder, Muller, Brenner, & Spaulding, 2011).

Con el desarrollo y aplicación de la TPI, se fueron produciendo nuevos avances en modalidades terapéuticas integradas para la esquizofrenia. Estos son: el entrenamiento en el manejo de emociones (EMT), el programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales (WAF) y programa de tratamiento orientado al afrontamiento (Pérez Á., Fernández H., Fernández R., & Amigo V., 2011). Además de la Terapia Integrada Neurocognitiva o INT por sus siglas en inglés (Roder & Muller, 2015)

Actualmente, 37 estudios internacionales en la que se ha involucrado unos 1632 pacientes han probado el éxito de la implementación de la Terapia Psicológica Integrada. Además el manual de tratamiento de la TPI ha sido traducido en 13 idiomas y actualmente es utilizado en Europa; Norte, Centro y Sur América; Asia y Australia (Roder & Muller, 2015).

Los distintos estudios incluyen tanto pacientes internos (hospitales o centros) como pacientes externos; en contextos tanto académicos como no académicos, utilizando distintos tamaños de muestra y rigor metodológico. Dos tercios de los

pacientes eran hombres, la edad promedio fue de 35 años. El promedio de duración de la terapia fue de más de 40 horas. Además los resultados empíricos demuestran que dos sesiones semanales tienen mayor efecto en el tratamiento (0.51) comparado a una sola sesión por semana (0.34); tres o más sesiones semanales (0.55), por otro lado, no tienen un efecto adicional decisivo (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011).

De acuerdo a estudios de metanálisis realizado por los autores Roder, Muller, Brenner, & Spaulding (2011), el promedio del tamaño del efecto en grupos en la que se aplica el TPI es de 0.52, indicando un mejoramiento significativo de los pacientes durante la terapia. Los efectos de la TPI se mantuvieron después de un periodo de seguimiento de 8.1 meses, lo que da mayor evidencia a la generalización de las intervenciones con la TPI a través del tiempo.

Se han realizados distintos estudios en la que se aplica la Terapia Psicológica Integrada. Entre estos estudios se encuentra el de De la Higuera (2002). En este se analizaron los efectos de los subprogramas cognitivos de la TPI en diversas variables cognitivas, memoria verbal, atención y funciones ejecutivas. La muestra estuvo formada por 20 pacientes y la intervención duró entre 9 meses y un año. Se obtuvieron resultados significativos en variables como la memoria y la atención, no sucediendo lo mismo con las puntuaciones obtenidas en variables psicopatológicas, relacionadas con los síntomas de la enfermedad.

Penadés et al. (2003) realizaron un estudio titulado: "Mecanismos cognitivo, función psicosocial y rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia". El objetivo de este estudio fue probar el modelo de Brenner sobre la función cognitiva en los pacientes con esquizofrenia. Se utilizaron los primeros dos programas de la TPI. La muestra estuvo conformada por dos grupos, uno experimental formado por 24 pacientes y uno control formado por 10 pacientes. Los resultados demostraron una mejoría significativa después de la intervención en las variables cognitivas en el grupo experimental, no sucediendo lo mismo en el grupo control. De igual manera se obtuvo una mejoría en el funcionamiento diario. La presencia de cambios en las funciones cognitivas más elementales (codificación y atención) se correlacionaron con cambios en las funciones cognitivas superiores (recuperación y función ejecutiva). Estas últimas asociadas a cambios en el funcionamiento psicosocial (autonomía y funcionamiento general).

García, Fuentes, Gallach, Ruiz, & Roder (2003) realizaron una investigación con el segundo subprograma de la TPI, Percepción Social. Los participantes en el estudio se dividieron en dos grupos, 11 formaron parte del grupo experimental y 9 el grupo control. Los resultados de esta investigación demostraron que los pacientes que participaron en el programa mejoraron su capacidad de recoger e interpretar la información procedente de situaciones sociales. Esta mejoría se mantuvo en el seguimiento a los seis meses. No hubo diferencias en las medidas atencionales ni en cambios en síntomas psiquiátricos. Estos resultados son explicados por los autores debido a la brevedad de la intervención y ya que sólo se aplicó un sub programa de la IPT. Además encontraron correlaciones entre la cognición social y funcionamiento social.

Lemos, Vallina, Alonso, & Ortega (2004) aplicaron los cuatro últimos sub programas de la TPI. Además de aplicar los subprogramas de la TPI, se realizaron sesiones psicoeducativas para los pacientes y los familiares y terapia conductual familiar. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes en el grupo experimental y 15 pacientes en el grupo control. En esta investigación se evaluaron a los pacientes en cuatro ocasiones durante los 12 meses que duró la intervención. Los resultados de la intervención fueron mejorías significativas del grupo experimental en los síntomas psiquiátricos, en el funcionamiento interpersonal, en el número de conductas perturbadoras, la carga familiar y la necesidad de solucionarlas; así como en el estilo de afrontamiento positivo demostrado por los familiares. Estos resultados se mantuvieron a los cuatro años. Cabe destacar que una vez finalizada la intervención, se llevó a cabo un programa de intervención psicosocial (que no formaba parte de la investigación inicial) desarrollada por el Servicio de Salud Mental de Torrelavega (Cantabria, España).

Alguero (2006) de la Universidad de Panamá y su tesis de maestría titulada: "Intervención cognitivo-conductual basada en la terapia psicológica integrada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en remisión parcial". Realizó un estudio de diseño experimental cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la TPI para mejorar la percepción sobre el estado de las funciones cognitivas básicas y de la cognición social y las habilidades de la vida cotidiana. Se seleccionaron a 12 pacientes que – se encontraban internados en un centro de recuperación y rehabilitación- y fueron asignados a uno de los dos grupos: control y experimental. En cuanto a las funciones cognitivas y de cognición social, se encontró una disminución del deterioro percibido por los participantes

en el grupo experimental; no hubo cambios significativos en el grupo control.

También se puede mencionar la tesis doctoral realizada por Tomás Martínez (2009) de la Universidad de Valencia en España, titulada: "Entrenamiento cognitivo en la esquizofrenia". El objetivo de esta investigación experimental fue evaluar comparativamente la eficacia de tres programas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: programa de diferenciación cognitiva de la TPI frente a este mismo programa pero aplicado de forma individual y frente al programa GRADIOR. En este estudio participaron 31 pacientes que fueron asignados a uno de los 3 grupos experimentales. Se encontró que los programas de entrenamiento cognitivo utilizados son eficaces para mejorar la capacidad atencional, obteniéndose mejores resultados en el grupo que recibió la TPI. Además los efectos de los tratamientos en la mejora del funcionamiento ejecutivo no son tan evidentes como en el caso de la atención; el programa que ha producido mayores cambios en función ejecutiva es el programa de entrenamiento que utiliza un formato grupal (TPI). En cuanto a la memoria, ninguno de los programas de entrenamiento cognitivo mejoró esta función cognitiva en los pacientes.

Existen estudios que exploran la relación entre la cognición social y el funcionamiento social a través de programas de entrenamiento en cognición social; como el realizado por Sanz, Modamio, Seco, Rodríguez, & Fuentes en el 2009. Este estudio fue realizado en España y el objetivo fue examinar la eficacia del sub programa de Cognición Social de la TPI en adultos con diagnóstico de esquizofrenia. La muestra estuvo conformada por 44 pacientes no hospitalizados con un diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV-R y 39 pacientes sanos. Los pacientes fueron divididos en un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental recibió tratamiento y el grupo control (pacientes sanos) no recibieron tratamiento. Como resultados, los pacientes del grupo experimental mostraron un mejor desempeño en comparación con los pacientes en el grupo control en la prueba "Hinting task test" (prueba de teoría de la mente) y en el reconocimiento de sentimientos de tristeza, rabia, temor y disgusto.

En una investigación realizada en el 2015 por Taksal, Sudhir, Janakiprasad, Viswanath, & Thirthalli; se evaluó la efectividad de la TPI en la neurocognición y la cognición social en pacientes con esquizofrenia del sub continente Indio. Participaron 29 pacientes externos que se encontraban estables y con un diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo; estos fueron atendidos

de manera individual. La estructura y el contenido del programa fue modificado para hacerlo culturalmente apropiado para los participantes del estudio. Los resultados demostraron una mejora significativa, después de la intervención, en la función social, la severidad de los síntomas y algunos dominios de la neurocognición; además se demostró el mantenimiento de estas mejorías al ser evaluados a los 3 meses de concluido el tratamiento.

2. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno con una gama de síntomas que comprenden perturbaciones en el contenido y la forma del pensamiento, la percepción, el afecto, el sentido del yo, la motivación, el comportamiento y el funcionamiento personal (Halgin & Whitbourne, 2009).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son:

- A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 - 1. Delirios
 - 2. Alucinaciones
 - 3. Discurso desorganizado
 - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
 - 5. Síntomas negativos

- B. Disfunción social y laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más de los ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- C. Duración: Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A

(síntomas de la fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (como creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activos y residual de la enfermedad.
- E. Exclusión de consumo de sustancia y enfermedad médica: El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga o medicamento) o a otra enfermedad médica.
- F. Relación con trastornos del neurodesarrollo: Si existe antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones son notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Es importante mencionar que los síntomas descritos en el punto A pueden pertenecer a dos categorías: los positivos y los negativos (APA, 2003). Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales; estos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (delirios), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento desorganizado).

Mientras que los síntomas negativos son aquellos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Dos síntomas negativos se destacan en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia –

disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia- (APA, 2014).

3. Tipos de esquizofrenia

Los tipos de esquizofrenia se definen por la sintomatología predominante al momento de la evaluación. De acuerdo al DSM-IV-TR estos son:

- a. Tipo paranoide. La característica principal consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, sin que haya un discurso desorganizado o comportamiento perturbador.
- b. Tipo desorganizado. Las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad plana o inapropiada.
- c. Tipo catatónico. La característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- d. Tipo indiferenciado. La característica principal es la presencia de un complejo de síntomas como delirios, alucinaciones, incoherencias y comportamiento perturbador, que no cumplen con los criterios de los tipos de esquizofrenia paranoide, catatónica o desorganizada.

Es importante mencionar que los autores del DSM-5 realizaron grandes cambios en la manera de diagnosticar la esquizofrenia; ellos eliminaron los subtipos de esquizofrenia (APA, 2014). En vez de esto, los clínicos deben asignar un diagnóstico de esquizofrenia agregando una evaluación de gravedad de los síntomas del individuo. Al eliminar los subtipos de esquizofrenia, los autores del DSM-5 buscan mejorar la confiabilidad y validez del sistema diagnóstico. También le permiten a los clínicos e investigadores monitorear a los individuos a través del tiempo.

La escala de gravedad se encuentra en la sección 3 del DSM-5. Los ocho dominios de la escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de la psicosis son: alucinaciones, delirios, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos (expresión emotiva disminuida y abulia), déficits cognitivos, depresión y manía. Los autores decidieron incluir los déficits cognitivos debido a la importancia de los déficits cognitivos en la comprensión de las habilidades del individuo para realizar actividades sociales y ocupacionales y

realizar las tareas de la vida diaria (APA, 2014). Este tema será tratado más adelante.

4. Modelos explicativos de la esquizofrenia

4.1. Perspectiva biológica

La variabilidad del cuadro sintomatológico en los pacientes con esquizofrenia genera un problema ante la idea de que la esquizofrenia es un solo trastorno. "Esto sugiere que lo que se refiere en singular como esquizofrenia de hecho es un grupo de trastornos con diferentes etiologías y, en consecuencia, diferentes anormalidades neurobiológicas subsecuentes" (Rains, 2004). A continuación, se revisarán los factores neurobiológicos de la esquizofrenia.

4.1.1. Explicaciones genéticas

Existe evidencia de que factores genéticos contribuyen a la esquizofrenia. Uno de los métodos más informativos en la exploración de estos factores son los estudios de gemelos (Rains, 2004). Los gemelos humanos pueden surgir del mismo óvulo (gemelos idénticos o monocigóticos) o de dos óvulos diferentes (gemelos fraternos o dicigóticos). Además, muchos gemelos tienen también otro hermano. En estos tipos de estudios, la tasa de concordancia de la esquizofrenia para los gemelos idénticos es comparada con la tasa para los gemelos fraternos. La tasa de concordancia es la probabilidad de que si uno de los gemelos tiene una condición particular el otro miembro también la tendrá. Cuando ambos individuos de una pareja de gemelos tienen esquizofrenia, se dicen que son concordantes para este rasgo. Si sólo uno de sus miembros es esquizofrénico, la pareja se describe como discordante. Se presentan tasas de concordancia para esquizofrenia superiores en gemelos idénticos que en gemelos fraternos o simples hermanos (Rains, 2004).

Entre gemelos idénticos, la concordancia para la esquizofrenia es inferior al 100%; aunque la constitución genética es la misma en ambos gemelos idénticos, uno de ellos puede ser "normal" aunque el otro tenga esquizofrenia (Rosenzweig & Leiman, 1992). En una investigación realizada por Wong, Gottesman y Petronis (2005), los gemelos idénticos tienen la concordancia más elevada,

cercana a 48%; es decir, que entre más cercano sea un pariente a un individuo con esquizofrenia, mayor es la probabilidad de concordancia.

Mayor evidencia para los factores genéticos de la esquizofrenia proviene de los estudios de adopción, en los cuales son estudiados los niños que están en riesgos de padecer alguna condición y que han sido adoptados poco después de su nacimiento (Rains, 2004). La razón para los estudios de adopción es que si al remover a un individuo de un ambiente familiar que está correlacionado con una condición (en estos casos, desarrollar la enfermedad), resulta una incidencia de la condición que es mayor que la línea base, entonces dicho ambiente por sí mismo no puede explicar la condición.

En un estudio realizado en un país escandinavo por Kety y colaboradores (1975), se identificaron los padres biológicos y adoptivos de cada niño pequeño entregado en adopción en un determinado periodo de tiempo, y se realizó una determinación de los que habían sido hospitalizados por problemas psiquiátricos. En los hijos de padres esquizofrénicos se encontraron más trastornos psiquiátricos que en un grupo control de adoptados hijos de padres no esquizofrénicos.

Además, al cambiar el punto de referencia comparando los padres biológicos y adoptivos de los adoptados con esquizofrenia; era mucho más probable que padecieran de esquizofrenia sus padres biológicos. Es importante recalcar que la educación de estos niños adoptados había sido realizada casi por completo por sus padres adoptivos, y por lo tanto, las influencias sociales de un padre con esquizofrenia eran prácticamente nulas. Estos hallazgos ofrecen evidencias de los factores genéticos que predisponen a la esquizofrenia.

Las investigaciones en los patrones de herencia familiar apoyan la idea que la esquizofrenia es, al menos en parte, un trastorno causado genéticamente, con tasas de herencia estimadas que van del 64% al 81% (Lichstenstein et al, 2009; Kendler y Neale, 2003). Una vez que se establecieron una elevada relación entre la genética y la esquizofrenia, los investigadores han procedido a identificar los genes específicos que participan en el desarrollo de la esquizofrenia. Después de casi 1200 estudios, parece claro que no hay ningún gen que cause la esquizofrenia (Allen et al, 2008). Al momento presente, los investigadores han identificado al menos 19 posibles genes dispersados sobre los cromosomas 1,2,5,6,8,11,13,14 19 y 22 (Whitbourne, 2017).

Un gen que ha atraído atención es el cromosoma 22. Horowitz et al. (2005), trataron de establecer la existencia de la relación entre la esquizofrenia y el síndrome de supresión del cromosoma 22. Quienes padecen de esto carecen de información genética en un área cercana a la región intermedia del cromosoma 22. Es posible que este síndrome se relacione con síntomas psicóticos, deterioros en la cognición y deficiencias en la comunicación que son característicos de la esquizofrenia (Zinkstock y Van Amelsvoort, 2005).

Estas anomalías genéticas pueden afectar el cerebro, las transmisiones sinápticas, la función inmune y la producción de proteínas importantes involucradas en la neurotransmisión (Tiwari, Zai, Muller y Kennedy, 2010).

4.1.2. La hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia

A medida que ha aumentado el conocimiento sobre la neuroquímica del encéfalo, se han desarrollado enfoques que mantienen que la esquizofrenia surge de errores en procesos metabólicos que producen un exceso o insuficiencia de sustancias neuroquímicas. A mediados del siglo 20, basada en las observaciones del efecto calmante de la clorpromacina (una droga usada para relajar a los pacientes en cirugías); por lo tanto, los doctores franceses empezaron a experimentar su uso en pacientes con trastornos psicóticos. Los doctores creían que la clorpromacina tenía su efecto al bloquear los receptores de dopamina, lo que permitió el desarrollo de la hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia.

Este conocimiento permitió el desarrollo de medicamentos conocidos como antipsicóticos y ahora llamados neurolépticos, como el haloperidol. Estos permiten un significativo control de los síntomas de la esquizofrenia en muchos pacientes, aunque de ninguna manera el trastorno es curado con estos fármacos. Estos fármacos bloquean los receptores de dopamina y, por lo tanto, alivian los síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) de la esquizofrenia.

La hipótesis apunta a una superabundancia de receptores de la dopamina más que a la presencia de mucha dopamina. En estudios realizados, como el de Zigmond et al. (1999), no se ha encontrado que los niveles de dopamina sean elevados, ni lo han sido los niveles de metabolismo de la dopamina. En vez de esto, los estudios que han marcado los receptores de la dopamina, han

demostrado un número anormalmente elevado en los cerebros de los individuos con esquizofrenia, incluyendo individuos que nunca han recibido medicación antipsicótica (Andreasen, 1988). La mayoría de los investigadores han estudiado la posibilidad que en la membrana postsináptica de las sinapsis dopaminérgica estén presente demasiados receptores de la dopamina; esta abundancia de receptores incrementaría la liberación de dopamina sobre las neuronas postsinápticas (Carlson, 1996).

Davis et al (1991) encontraron que los receptores de la dopamina estaban distribuidas en distintas partes del cerebro, caracterizados como D1 predominantemente cortical y D2 predominantemente subcortical; esto sugiere que los efectos de las anomalías en la función de la dopamina puede variar dependiendo de la región del cerebro. Los investigadores ahora creen que uno de esos receptores de la dopamina, D2, está involucrado en la esquizofrenia (Hirvonen et al, 2005).

Estos avances, permitieron el desarrollo de los llamados antipsicóticos atípicos, como la clozapina, risperidona y la olanzapina. Estos antipsicóticos atípicos parecen actuar mediante el bloqueo de los receptores tanto de la dopamina como de la serotonina, son más efectivos que los neurolepticos clásicos al tratar a muchos pacientes, en particular a aquellos con síntomas predominantemente negativos. Es posible que los antipsicóticos atípicos ejerzan sus efectos mediante el bloqueo de tipos específicos de receptores de dopamina que sólo son bloqueados de manera mínima por los neurolepticos clásicos (Rains, 2004).

4.2. Modelos multifactoriales

4.2.1. Modelo de vulnerabilidad-estrés

Las vulnerabilidades (disposición o propensión) son anomalías o desajustes en procesos sistémicos específicos. Estas vulnerabilidades no causan directamente la enfermedad, pero interactúa con otras vulnerabilidades y circunstancias ambientales (o estrés) para producir la enfermedad. Este modelo provee una completa descripción de las vías en la que factores de vulnerabilidad (de tipo biológico, psicológico y psicosociales) pueden interactuar entre sí para producir el trastorno – la esquizofrenia-.

El modelo propuesto por el psicólogo Joseph Zubin en 1977, diferencia entre las vulnerabilidad como algo relativamente estable (rasgos) y los episodios de la enfermedad como circunstancias (estados) inestables y transitorias. La persona que padece de esquizofrenia presenta una vulnerabilidad premórbida determinada, que se explica por una combinación de diferentes factores etiológicos (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

Según este modelo un episodio de esquizofrenia se produce cuando una persona vulnerable se ve expuesta a un nivel de estrés que sobrepasa sus habilidades o capacidades de afrontamiento. El episodio de esquizofrenia agudo se considera una crisis del aparato psíquico en una situación de máxima sobrecarga para el individuo. Cuando una persona tiene una vulnerabilidad muy alto, bastará un nivel de estrés bajo para desencadenar un episodio; mientras que si la vulnerabilidad es baja, el episodio sólo se desencadenará si el nivel de estrés es alta.

En 1984, Nuechterlein y Dawson propusieron un modelo algo más detallado (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011). En este modelo un estado de vulnerabilidad relativamente estable es producido por factores biológicos, especialmente una disfunción del sistema dopaminérgico. Otras características de un estado de vulnerabilidad pueden incluir rasgos de comportamiento-social no adaptativos, déficits cognitivos y una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo. También existen factores protectores que pueden, al menos parcialmente, compensar las deficiencias causadas por las vulnerabilidades y/o mitigar los efectos del estrés; ejemplos de estos factores son tener buenas habilidades de resolución de problemas, tener una familia que apoya, ser auto-eficiente y los medicamentos antipsicóticos.

La expresión de una esquizofrenia diagnosticable ocurre cuando la red de influencias de todas las vulnerabilidades sobrepasa las contribuciones de los factores protectores. Finalmente, este modelo incluye déficits de las funciones cognitivas y autonómicas, que son intermediarios entre la estabilidad e inestabilidad; estos son los mecanismos en la que la esquizofrenia se expresa. En la próxima página se ilustra el modelo de vulnerabilidad estrés.

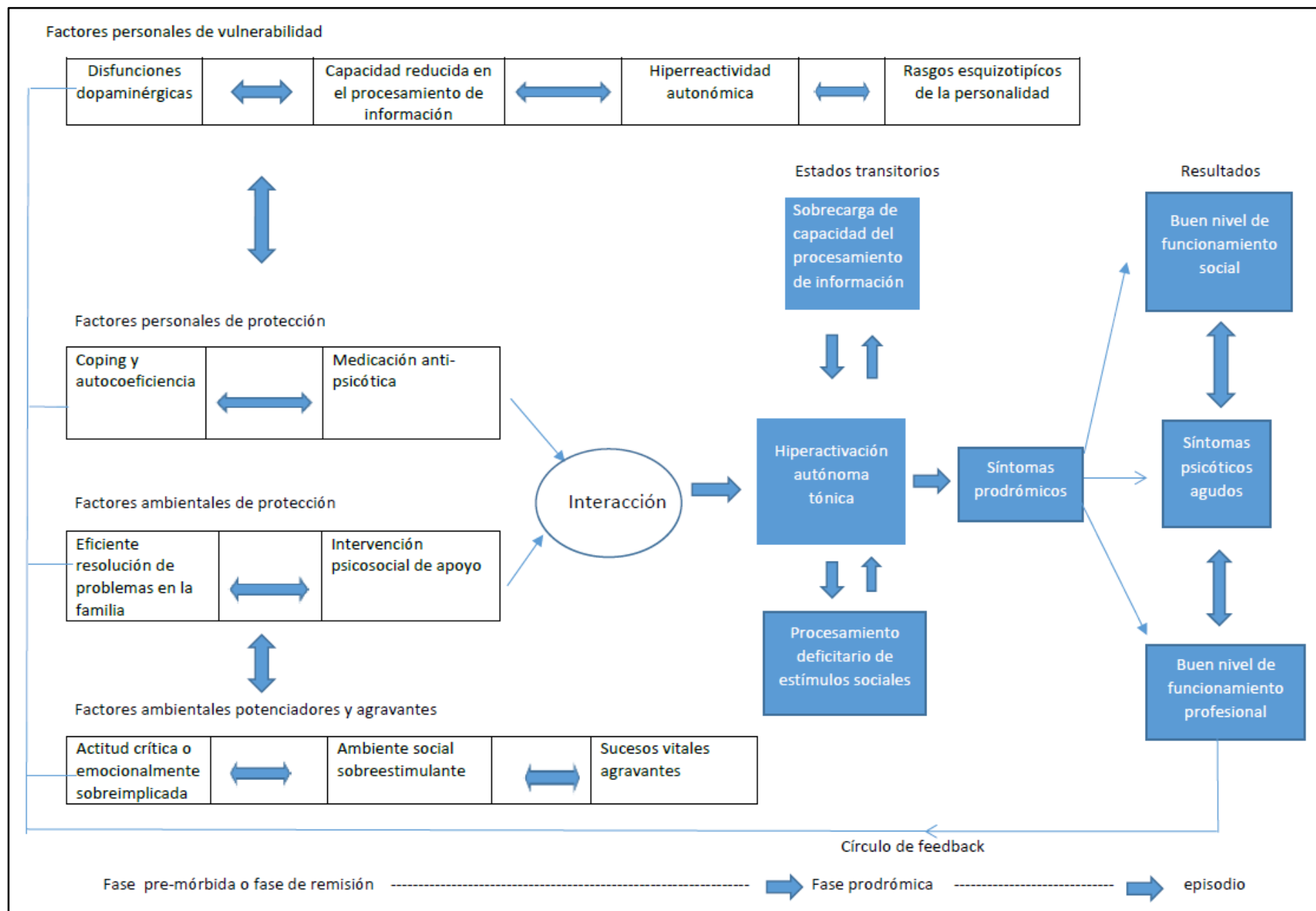


Figura No. 1. Modelo heurístico de vulnerabilidad-estrés

4.2.2. Modelo de penetración

Este modelo fue propuesto por Hans D. Brenner en 1986 (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007). Establece un puente que conecta el deterioro de las funciones cognitivas con el ámbito microsocioal y macrosocioal. El microsocioal se refiere a habilidades sociales en áreas específicas del comportamiento, tales como la comunicación verbal y no verbal dentro de las interacciones sociales. En cambio, el macrosocioal se refiere al desempeño de determinados roles funcionales en la familia, el trabajo y en general en la comunidad.

De esta forma una persona que presente trastornos en las funciones mentales de la atención y percepción, tendrá dificultad en el manejo del control, intensidad y el procesamiento de la información (nivel de funcionamiento molecular); como consecuencia, tolerará peor las situaciones interpersonales estresantes (nivel microsocioal), especialmente cuando éstas puedan ser interpretadas de varias formas y son ambiguas. Por ejemplo, un conflicto crítico en el grupo familiar puede causar en el paciente con esquizofrenia una reacción de estrés, aumentando así la posibilidad de una descompensación psicótica.

Por el contrario, los déficits de orden superior (nivel de funcionamiento molar) también pueden afectar las funciones elementales. Por ejemplo, una conducta que se desvía de la norma en una situación social (nivel macrosocioal) puede producir sorpresa en la mayoría de las personas. En cambio, en las personas con esquizofrenia puede provocar una serie de atribuciones inadecuadas y paranoides (nivel cognitivo).

Los trastornos en el procesamiento de la información típicos en la esquizofrenia obstaculizan, por un lado, el desarrollo de habilidades sociales adecuadas y disminuyen las posibilidades de utilización efectiva de apoyo social existente. Por otro lado, dificultan o imposibilitan la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento efectivos ante situaciones estresantes actuales.

Brenner et al. mostraron los efectos del modelo de penetración como un círculo vicioso (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007). La primera parte de este círculo estaría formada por la interacción entre los trastornos cognitivos. La segunda parte se refiere a la disminución de la competencia social como consecuencia de la primera parte del círculo vicioso. Por lo tanto, existe una relación bidireccional entre los déficits en el procesamiento de la información (a

nivel cognitivo, atencional/perceptual) y la conducta social (habilidades sociales y funcionamiento social).

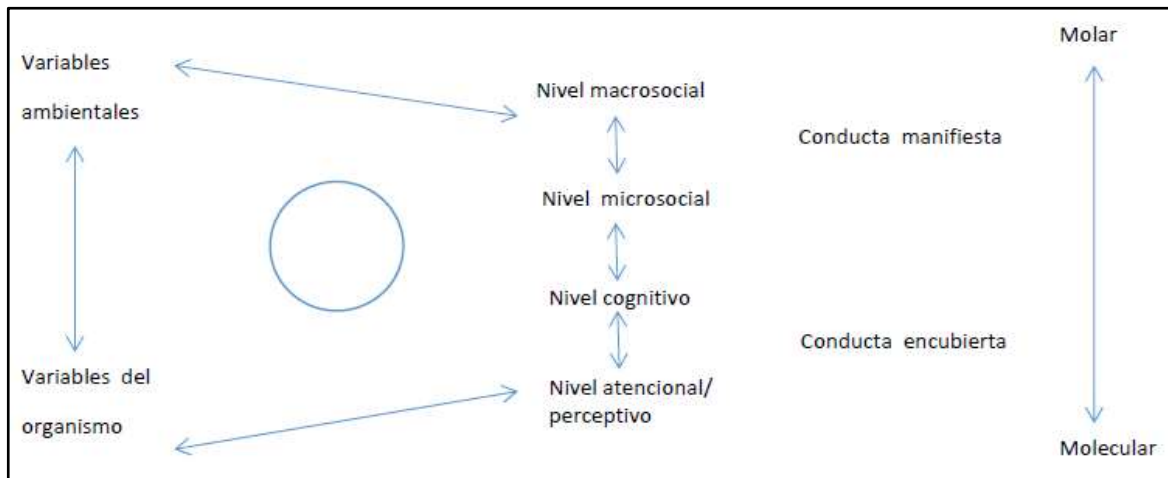


Figura No. 2. Modelo de penetración

5. Déficit cognitivos en la esquizofrenia

En las últimas décadas, las enfermedades mentales en general, y la esquizofrenia, han sido estudiadas desde el campo de la cognición. Actualmente la definición de la esquizofrenia no sólo se basa en la identificación de síntomas positivos y negativos; con los cambios que se dieron en el DSM-5, la detección de déficits cognitivos son tratados como criterio central.

El concepto de déficit cognitivo fue descrito por Kraepelin a principios del siglo XX, aunque fue en las décadas de los años 50 y 70 del siglo pasado cuando se produjo el gran desarrollo en las exploraciones neuropsicológicas en los pacientes con trastornos mentales (Pino, Guilera, Rojo, Gómez-Benito, & Purdon, 2014). Las funciones cognitivas han demostrado ser factores cruciales que afecta los niveles de funcionamiento psicosocial en los pacientes, estos representan una importante meta terapéutica en tratamientos de tipo cognitivos (Roder & Muller, 2015).

A pesar de los diferentes resultados encontrado en varios estudios, hoy en día se considera como confirmado empíricamente que el 75% al 85% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia poseen déficits cognitivos (Gray y Roth, 2007; Palmer et al, 2009). Estudios meta-analíticos han llegado a las

conclusiones que el desempeño promedio de los pacientes con esquizofrenia en pruebas estandarizadas se encuentra al menos a una desviación estándar por debajo del desempeño de los grupos controles sanos en la mayoría de las áreas cognitivas (Dickinson et al., 2007; Mesholam-Gately et al., 2009).

La esquizofrenia se caracteriza por ser un trastorno en la que se presentan una disfunción neurocognitiva generalizada, que incluye dominios específicos que están adversamente más afectadas que otras (Roder & Medalia, 2010). En muestras de pacientes crónicos de consulta externa, se han encontrado diferencias clínicamente significativas entre los pacientes y controles sanos a través de un amplio rango de dominios neurocognitivos con tamaños de efecto que van entre 0.75 y 1.5 (Heinrichs et Zakzanis, 1998).

El nivel de déficit neurocognitivo permanece relativamente estable durante los años adultos (21 a 55 años), y persiste hasta finales de la vida cuando pueden haber otros declives a nivel cognitivo (Roder & Medalia, 2010). Es importante destacar, que los déficits neurocognitivo parecen ser relativamente independientes de los síntomas clínicos del trastorno. Puede ser algo intuitivo esperar que las funciones neurocognitivas sean afectadas adversamente por los síntomas positivos de psicosis (ejemplos, alucinaciones, delirios); aunque existe poca evidencia para apoyar esta relación. Existen estudios que revelan la persistencia de déficits neurocognitivos en estados psicóticos y de remisión (Nuechterlein et al., 1998).

Los déficits neurocognitivos muestran una mayor y más consistente relación con los síntomas negativos y desorganizados (ejemplo: abulia, alogia, apatía, anhedonia), pero la cantidad de varianza compartida se mantiene relativamente estable (5-10%) (Addington, 2000).

El alcance y la severidad de los déficits neurocognitivos observadas en personas con esquizofrenia no parecen ser secundaria al tratamiento con medicación antipsicótica. En general, los medicamentos antipsicóticos de segunda generación no están asociados con efectos negativos en la neurocognición y, de hecho, pueden que traigan ciertos beneficios neurocognitivos (Woodward, et al., 2005).

Las evidencias indican que la función neurocognitiva de los individuos con esquizofrenia está relacionada con el funcionamiento en el mundo real (Roder &

Medalia, 2010). Se han encontrado relación entre áreas selectas de función neurocognitiva y áreas de consecuencias funcionales, incluyendo funcionamiento en la comunidad (ejemplo: aspectos del funcionamiento social y trabajo), habilidad para desarrollar roles instrumentales y éxito psicosocial. Cuando múltiples dominios neurocognitivos son incluidos en una puntuación general, un 30% de la varianza en las consecuencias funcionales pueden ser explicadas (Green, 2000).

El perfil de desempeño neuropsicológico en pacientes con esquizofrenia se caracteriza típicamente por déficits prominente en la atención, memoria de trabajo, memoria declarativa, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento (Reichenberg, 2010). En otras funciones como la velocidad motora y la habilidad visoespacial, la magnitud del déficit en estas es menor que la que se presenta en la memoria y las funciones ejecutivas. En cambio, el lenguaje está relativamente preservado en la esquizofrenia.

Evidencias que provienen de reportes independientes y meta-análisis indican que las deficiencias de un aspecto del funcionamiento de la memoria (como el aprendizaje), comunmente evaluado con tareas en la que deben memorizarse una lista de palabras, están más severamente afectadas que otras áreas de la neurocognición (Saykin, et al., 1991).

Los estudios recientes sugieren un déficit general en el procesamiento de la información (Roder & Muller, 2015). La memoria episódica y declarativa y la velocidad de procesamiento parecen ser los más afectados. Por otro lado, la memoria implícita y las habilidades viso-espaciales se mantienen relativamente intactas. Cuando se comparan el desempeño con personas diagnosticadas con trastorno esquizoafectivo o bipolar, aquellos que sufren de esquizofrenia tienen desempeños cuantitativos más bajos.

Más recientemente, con estudios de neuroimagen que utilizan IRMf (imagen por resonancia magnética funcional), se ha encontrado que las personas con esquizofrenia tienen una amplia variedad de déficits, incluyendo dificultades en la memoria de trabajo, pobre desempeño en tareas motoras, reducida fluidez verbal, atención disminuida, un procesamiento de información deficiente y dificultades para la toma de decisiones (Gur et Gur, 2010).

El procesamiento de la información se ha convertido en un foco central en los modelos explicativos de la esquizofrenia y como un posible marcador fenotípico para la detección temprana de la esquizofrenia. Esto es apoyado por el hecho que las personas que reciben un diagnóstico de esquizofrenia a temprana edad poseen déficits cognitivos durante la niñez, durante la adolescencia (Osler et al 2007) y en la fase prodrómica (Carrion et al, 2011).

Importante ha sido la contribución del equipo de investigación de la MATRICS sobre las áreas cognitivas más importantes a evaluar en la esquizofrenia, todas relativamente independientes unas de las otras (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011):

Área neurocognitiva	Descripción	Déficits
Velocidad de procesamiento de la información	Velocidad de la información que debe ser procesada	Menos información por unidad de tiempo
Atención/Vigilancia	Filtro de la información; Atención selectiva/sostenida (vigilancia)	Carencia de filtro o supresión de estímulos irrelevantes; Tiempo de reacción más largo, incremento de la distracción y carencia de reacción para enfocarse en el estímulo
Aprendizaje verbal y visual y memoria	Entrada y almacenamiento de información verbal y no verbal	Deficiencia en el desempeño de aprendizaje y recuerdo. Memoria procedimental implícita relativamente intacta
Memoria de trabajo	Memoria a corto plazo verbal, visual y espacial	Deficiencia en el mantenimiento y manipulación de información viso-espacial y verbal
Razonamiento y resolución de problema	Estrategias complejas de planeación y toma de decisiones	Deficiencias en la flexibilidad cognitiva; Déficit en la planeación de acciones

Cuadro No. 1: Áreas neurocognitivas de la MATRICS

Las personas con esquizofrenia también demuestran déficits en el área de la cognición social. Este déficit es particularmente problemático cuando se le da la tarea de reconocer ciertas emociones como el miedo, ira y el disgusto. En cambio, pueden identificar mejor la felicidad en la expresión facial de otros. Estos

pacientes también presentan dificultades en la comunicación no verbal (Whitbourne, 2017).

La MATRICS también desarrolló el concepto de la cognición social y actualmente distingue cinco áreas socio-cognitivas afectadas en la esquizofrenia (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011):

Áreas socio-cognitiva	Descripción	Déficits
Percepción emocional	Percepción y uso de las emociones	Reconocimiento más lento y menos preciso de estímulos emocionales; Dificultad en la regulación de reacciones emocionales
Percepción social	Reconocimiento y evaluación de roles sociales y reglas en situaciones interpersonales	Dificultad en el reconocimiento de pistas sociales; Deficiencia en el procesamiento de información contextual
Teoría de la Mente (ToM)	Habilidad para empatizar con otras personas e inferir sus intenciones	Dificultad para comprender falsos supuestos, engaños, ironías, metáforas y pistas.
Esquema social	Conocimiento de representaciones sobre las normas sociales y roles	Conocimiento de representaciones defectuoso; Dificultad para acceder a o implementar esta información
Atribución social	Atribución causal seguida de experiencias de éxitos o fracasos	Forma excesiva de atribución interna para eventos positivos; Atribución externa en el caso de fracaso.

Cuadro No. 2: Áreas socio-cognitiva de la MATRICS

Como se ha explicado, las deficiencias en las funciones cognitivas pueden crear un círculo vicioso que puede afectar la situación de la persona con esquizofrenia. Problemas con la memoria, la planeación y la velocidad de procesamiento, por ejemplo, pueden interferir con la habilidad para realizar trabajos mentalmente desafiantes. Las limitaciones que estos individuos poseen en la cognición social y la comunicación pueden hacer que les sea difícil trabajar en empleos en la que deban mantener relaciones con otros.

Al no ser capaz de mantener un empleo, las personas con esquizofrenia pueden llegar a la pobreza, que más adelante puede estresar sus habilidades para llevar vidas productivas. Vivir en área de mucha pobreza puede ponerlos en riesgos de abuso de sustancias, lo que puede contribuir al empeoramiento de los síntomas que experimentan (Whitbourne, 2017).

CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (TPI)

1. La Terapia Psicológica Integrada (TPI)

La Terapia Psicológica Integrada (TPI) fue desarrollada por el equipo de Brenner y colegas en los años 80'; este es uno de los abordajes terapéuticos que consideró la importancia de la cognición para el tratamiento de la esquizofrenia, mucho antes de que iniciara "la ola de la esquizofrenia cognitiva" (Roder & Muller, 2015).

La Terapia Psicológica Integrada considera el enlace entre el área cognitiva básica relacionada con la cognición social y las habilidades sociales. La TPI contiene subprogramas que incluyen intervenciones dirigidas a las siguientes áreas: cognitiva, percepción socio-emocional, comunicación verbal, diferentes áreas complejas de la conducta social y resolución de problemas interpersonales (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

Estas intervenciones son apropiadas para pacientes que manifiestan al menos una de las siguientes características clínicas: déficit cognitivo grave, larga duración de la hospitalización, sintomatología negativa, grandes temores sociales y escasa motivación para la terapia. La alta estructuración y la escasa carga emocional en la primera parte del programa dan a estos pacientes la posibilidad de poder involucrarse en interacciones sociales en un marco terapéutico no sobreestimulante (Roder, Muller, Brenner, & Spaulding, 2011).

Las intervenciones se desarrollan en cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011). Para lograr una mayor efectividad de la terapia, primero se deben atender los procesos básicos de atención, de percepción y cognitivos, antes de poder trabajar otras formas de conductas interactivas más complejas.

Los primeros subprogramas (diferenciación cognitiva y percepción social) se concentran en las funciones cognitivas básicas, como central del trabajo terapéutico. Una vez que el paciente haya logrado desarrollar estas funciones cognitivas, la terapia puede continuar con tareas (subprogramas de comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas) más complejas que involucran adquirir habilidades sociales y modificar la conducta de interacción alterada.

Cada subprograma está desarrollado de manera que, en la medida que aumenta la duración en la terapia, aumentan de manera gradual las exigencias al individuo y al grupo; se avanza de tareas más simples y previsibles hacia tareas más difíciles y complejas. Por tal razón, es importante avanzar lentamente a través de pequeños pasos de aprendizaje y, si es necesario, tomar más tiempo en una tarea que someter al grupo a una excesiva presión. Además los distintos ejercicios de los subprogramas se realizarán, en primer instancia, con material terapéutico neutro y orientado a la tarea, ya que se supone que no representa estrés emocional. A medida que se va avanzando en la terapia, se introducen contenidos emocionalmente estresantes. Esto se realiza para desarrollar habilidades que logren un equilibrio más adecuado en las emociones y los afectos; que aparecen afectados en estos pacientes (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

2. Fundamentación teórica de los subprogramas de la TPI

Los fundamentos teóricos del programa terapéutico TPI, proceden de los resultados empíricos de los estudios que se ocupan del desarrollo de las enfermedades esquizofrénicas. A partir de estos trabajos, específicamente desde la perspectiva del modelo de vulnerabilidad-estrés, se demostró que los problemas en el procesamiento de la información y en el comportamiento social, juegan un papel importante en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad.

Aunque no se ha podido demostrar una penetración directa de las funciones cognitivas sobre el comportamiento social, se puede partir de una interacción entre estas dos importantes áreas. Un tratamiento integrado, que considera tanto los déficits cognitivos, como los trastornos del comportamiento social, tal como lo hace la TPI, parece un formato de intervención imprescindible dentro de los tratamientos multidimensionales de la esquizofrenia.

Para comprender la estructura conceptual de la TPI, es necesario explicar los tres ámbitos de funcionamiento: procesamiento de la información, cognición social y comportamiento social (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

2.1. Procesamiento de la información

Las teorías sobre el procesamiento de la información en humanos intentan seguir el curso de la información desde su recepción, pasando por su procesamiento hasta su transformación en conducta observable. Los trastornos o

las dificultades en las distintas fases del procesamiento de la información son una característica importante de la esquizofrenia. Generalmente, son parte de las dificultades cognitivas: la capacidad disminuida de dirigir los procesos de atención, percepción y pensamiento hacia aspectos relevantes o irrelevantes de la tarea, la capacidad para ordenar lo percibido en categorías adecuadas y más abstractas, la capacidad para unificar distintos patrones de pensamientos y manejar esquemas de pensamiento de modo flexible (Burrows et al.,1986).

La gran cantidad de estudios experimentales sobre el procesamiento de la información en pacientes con esquizofrenia, se pueden ordenar teóricamente con ayuda de un modelo del "procesamiento de la información". Este modelo permite diferenciar los procesos implicados en la recepción de la información, como son los procesos atencionales y perceptuales, de los procesos implicados en la planificación y de aquellos implicados en la conducta manifiesta. Los tres momentos del procesamiento de la información: la recepción del estímulo, la planificación y la reacción, deben entenderse como un proceso continuo.

Los procesos atencionales y perceptuales se relacionan con todos los procesos involucrados en la percepción de las impresiones sensoriales. Estas impresiones permanecen durante unos milisegundos en un almacén sensorial. Rápidamente se selecciona la información, de forma que sólo una pequeña parte podrá ser procesada. Esta información se coloca en una memoria a corto plazo, en la que la información permanecerá accesible por unos segundos o pocos segundos. De esta forma se están produciendo procesos perceptuales a diferentes niveles.

Según Marr (1982) en este proceso se forman una serie de representaciones, que contienen información de la configuración a estimular cada vez más detallada. Estas representaciones van desde un reconocimiento de patrones simples y bidimensionales hasta un reconocimiento de los objetos tridimensionales. En este proceso perceptual se activan al mismo tiempo las informaciones almacenadas en la memoria a largo plazo. En el cerebro se produce un proceso de búsqueda para reconocer la existencia previa de impresiones o imágenes similares.

Una condición para que se produzca el filtrado y la discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, se encuentra en el almacenamiento y la accesibilidad de la información en la memoria a corto plazo. Rund y Landro

(1995), estudiaron las capacidades de la memoria a corto plazo de pacientes con esquizofrenia. Los resultados indican que existe una disminución en el rendimiento en tareas que exigen poco esfuerzo. Sin embargo, cuando aumenta el número de distractores se observa una disminución en el rendimiento mayor que en las personas sanas. Aquí se pone de manifiesto la importante función que juega la atención en el almacenamiento de la información en la memoria.

Los trastornos en la memoria de trabajo son también característicos de la enfermedad (Baddley, 1986). Según este autor, existe una estructura "ejecutiva central" que funciona como un almacén a corto plazo. Este contiene representaciones de patrones de acción relevantes y se encarga del control consciente de las acciones. De acuerdo al modelo del procesamiento de la información, no se trata sólo de un proceso perceptual del estímulo. También se trata de funciones ejecutivas, que involucran la planificación de la acción, la resolución de problemas, el control de la acción. En estos pacientes se ven afectados estos aspectos; es posible que las dificultades en la accesibilidad a la información relevante para la acción resulte en dificultades en la planificación y en el mantenimiento de los patrones de acción en tareas cotidianas, lo que finalmente dará lugar a una conducta desorganizada.

Los pacientes con esquizofrenia además de déficits en la memoria a corto plazo y de trabajo, presentan déficits en la memoria verbal a largo plazo o declarativa. Estudios realizados demuestran déficits en la capacidad de recuerdo de lista de palabras, mientras que en la capacidad de reconocimiento de estas listas parecía no verse afectada (Saykin et al., 1991).

Existe un área intermedia del procesamiento de la información que se refiere a cómo se almacena la información en la memoria y cómo se accede a esta información. Esta se relaciona con la formación de conceptos en personas con esquizofrenia. Se pueden describir dos modelos como base explicativa para este proceso. El primero es el modelo de la concretización desarrollada por Goldstein (1939). La concretización se refiere a la pérdida de la capacidad para formar conceptos abstractos, clases o categorías; es decir, enfocarse en cosas concretas. Los objetos se perciben solamente en unicidad o singularidad. No se pueden establecer conexiones, y si se establecen, éstas no se pueden verbalizar. Las consecuencias de esto son las deficiencias en el reconocimiento de las relaciones cercanas (simples) entre conceptos y dificultades para encontrar categorías de nivel superior.

El segundo modelo fue desarrollado por Cameron (1951), llamado el modelo de la sobreinclusión. En la formación del concepto, se incluyen contenidos del pensamiento (significados), que sólo tienen relevancia periférica. Este modelo puede explicar algunos fenómenos como la sobrevaloración de algunas relaciones irrelevantes (entre conceptos) o los pensamientos secundarios. Un mecanismo fundamental de estas características del pensamiento es un trastorno en la formación de asociaciones. Esto se puede explicar por una disfunción de base en la modulación neuronal; esta se refiere a la regulación supraordenada en la activación o inhibición en la red neuronal del cerebro que se produce por los neurotransmisores. En las personas con esquizofrenia los núcleos de la red semántica no contrastan suficientemente entre sí, por lo que, la activación del significado de una palabra se deslinda demasiado poco de los significados cercanos. Es decir, cuando se activa el significado de una palabra no se diferencia lo suficiente de los significados vecinos.

2.2. Cognición social

La cognición social ocupa un lugar intermedio entre el área del procesamiento de la información y el área de comportamiento social.

Un elemento esencial para la intervención social es la percepción e interpretación correcta de la expresión no verbal y emocional de las personas. Existen tres aspectos implicados en los trastornos del proceso emocional en los enfermos de esquizofrenia. En primer lugar, los problemas de la percepción emocional se manifiestan en forma de interpretaciones erróneas o negaciones de las emociones mostradas en el ámbito social. Los pacientes con esquizofrenia no parecen mostrar trastornos en la percepción y en el reconocimiento de rostros (Feinberg et al., 1986). Los rostros y la mímica en especial contienen en relación a otros estímulos una diversidad de configuraciones estimulables en continuo cambio. Como consecuencia de una capacidad de atención selectiva distorsionada, se pueden crear interpretaciones erróneas, que pueden producir otro tipo de dificultades. La capacidad de los pacientes con esquizofrenia para valorar las emociones empeora cuando la información contextual es compleja o estresante (Bellack, 1996); parece existir problemas en la decodificación de estímulos clave, que son importantes para la identificación de la intensidad de las emociones, especialmente las negativas.

En segundo lugar, los trastornos en el procesamiento emocional que presentan las personas con esquizofrenia se deben a los trastornos en el nivel de

activación del sistema nervioso central. Gjerde (1983) postuló que los pacientes con esquizofrenia sometidos a estrés (como presión de tiempo, exceso de estímulos, otros) reaccionan con un aumento en la activación del sistema nervioso central por encima de lo normal. Feinberg et al. (1986) señalan que lo que resulta estresante para el paciente no es sólo la cantidad de estímulos y los cambios en una situación social, sino también el alto contenido emocional de estos estímulos. Estos hechos aumentan los trastornos del procesamiento de la información. Las dificultades cognitivas de los pacientes se intensifican, cuando su implicación afectiva aumenta a causa del estrés (Andreasen, 1990). Esto podría explicar el lugar intermedio que ocupa la cognición social entre la neurocognición y el área del comportamiento social.

En tercer lugar, los trastornos del procesamiento emocional se entienden como el resultado de una vulnerabilidad ya existente desde la infancia. Investigaciones como las realizadas por Nuechterlein (1992,1994), indican que en las personas vulnerables expuestas a un clima emocional estresante, éste puede desencadenar episodios psicóticos o intensificarlos y que existe un umbral de tolerancia general más bajo ante los estresores externos de carácter social.

2.3. Comportamiento social

Uno de los síntomas principales de la esquizofrenia que se puede observar en la práctica clínica, es la disfunción de la conducta social. Los deterioros sociales son un correlato comportamental del síntoma negativo (como: aplanamiento afectivo, lentitud, limitación de la actividad social, empobrecimiento del lenguaje y dificultades en el uso de los aspectos no verbales de la comunicación).

Rey et al. (1992) encuentran una relación entre las dificultades para adaptarse social y profesionalmente con una reducción de la red social y una intensificación de la sintomatología negativa. Deister y Marneros (1994) encontraron que en los pacientes con esquizofrenia con sintomatología negativa inicial tienden a presentar, sobre todo en el área social, una mala evolución.

Böker y Brenner (1983), llegan a la conclusión que las situaciones de aislamiento social y disminución de las redes sociales se producen como una estrategia de autoprotección del paciente. Debido a que las personas con esquizofrenia tienen déficit en el procesamiento de la información, cuya función es protegerse de la sobreestimulación, se podría entender la evitación del

contacto social como un intento compensatorio de defensa. Por otro lado, se puede afirmar que el creciente aislamiento social de los pacientes es una consecuencia de la propia experiencia o una anticipación de la estigmatización producida por el contacto (Angermeyer, 1997).

Hay que mencionar que en el ámbito del deterioro social existe poco consenso con respecto a la definición de diferentes conceptos; entre estos la competencia social y las habilidades sociales. Liberman et al. (1986), describen las habilidades sociales como un conjunto de competencias conductuales específicas de la persona, orientadas a ayudarla a afrontar efectivamente las demandas interpersonales; estas habilidades contienen tanto cogniciones como conductas motoras, verbales y no verbales. Por otro lado, la competencia social sería la capacidad resultante (se construye sobre las habilidades) para desenvolverse en el contexto social de una forma adecuada. Esto incluye la habilidad para resolver problemas cotidianos de forma independiente y alcanzar los objetivos que uno se proponga.

Como consecuencia de la carencia de habilidades, las demandas cotidianas constituyen para los pacientes con esquizofrenia una tarea difícil. Algunos estudios indican que al aumentar la complejidad del problema la tendencia a cometer errores es mucho mayor que las personas normales (Pishkin y Williams, 1984). Al comparar a los pacientes con esquizofrenia con personas sanas, parecen tener mayores problemas para identificar indicios claves para resolver el problema de forma clara y adecuada. Así mismo están menos capacitados para utilizar información almacenada en la memoria, que podría ser importante en la solución.

Estos resultados podrían estar relacionados con el hecho de que los problemas pueden resolverse mejor cuando se tiene un conocimiento específico acerca de cómo solucionar problemas y de cuándo se pueden utilizar estrategias rutinizadas. Tanto la utilización del conocimiento previo, como la utilización de estrategias rutinarias, liberan la capacidad limitada de la memoria de trabajo. Sobre todo en situaciones nuevas y desconocidas, de las que se tiene poco conocimiento previo, se utiliza toda la capacidad de la memoria de trabajo (que se encuentra disminuida en estos pacientes). A esto se añade que la cantidad de pasos que hay que dar para solucionar el problema ocupa lugar en la capacidad limitada de la memoria de trabajo. De esta forma se puede explicar que la disminución de las funciones cognitivas es responsable de las dificultades que

presentan estos pacientes para resolver problemas adecuadamente (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

Es importante considerar en el área de las habilidades sociales, las respuestas verbales, no verbales y motoras (Lieberman et al. 1986). En la comunicación se diferencia al "emisor", que en la interacción humana da una información, y un "receptor", que recibe la información. Aquí se enfocará en aquellos aspectos relacionados con el emisor.

Hay investigaciones que muestran la existencia de trastornos en los procesos comunicativos en pacientes con esquizofrenia (Käsermann, 1983,1986). Estos problemas están muy relacionados con los síntomas negativos, y puede verse afectada la capacidad para expresarse verbalmente, el empobrecimiento del lenguaje y del contenido del mismo y una latencia de respuesta alta.

Se formula la hipótesis que muchos de los trastornos en esta área se pueden explicar de la siguiente manera: los contenidos específicos de la conversación que resultan desagradables para el paciente producen un aumento de la implicación emocional y un aumento del nivel de activación psicofisiológica general. Debido a los trastornos cognitivos junto con los déficits atencionales/perceptivos, la cantidad de información a procesar por el paciente no puede ser afrontada adecuadamente siguiendo un orden (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007). Por tal razón, el paciente sólo recibe ciertos aspectos de la comunicación, que en algunos casos no están relacionados entre sí. La comunicación verbal del paciente se convierte en inadecuada y patológica. De esto, se da cuenta el propio paciente y los demás; estos pueden realizar observaciones despreciativas y peyorativas, lo que repercute en que el paciente viva estas situaciones con una fuerte carga emocional. Como resultado, estas situaciones incrementan los trastornos del paciente.

Las investigaciones también demuestran que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits en la expresión y en el procesamiento de la información no verbal. Argyle (1981), demostró que estos pacientes presentan déficits en ciertas habilidades específicas como expresiones mímicas, gesticulación o postura corporal inadecuadas. Pitman et al (1987) valoraron la capacidad de expresión emocional en un grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide, otro no paranoide y un grupo control. Encontró que los pacientes con esquizofrenia no paranoide mantenían un menor contacto ocular y el grupo de personas con

esquizofrenia paranoide mostraban menos expresiones faciales. En otra investigación que se realizó en 1990 por Schneider et al., se encontró que estos pacientes mostraban una actividad más reducida durante la interacción social que los pacientes depresivos.

Todos estos resultados expuestos indican la necesidad de tomar en cuenta las dimensiones del deterioro social en estos pacientes y de delimitar estos deterioros entre sí. Estos pueden afectar las habilidades sociales básicas, dificultando la regulación de las demandas sociales. Pero también pueden presentarse a nivel de competencia social, lo que impediría la elaboración y realización de planes de acción a largo plazo, es decir, la adaptación a las expectativas sobre el rol social normativo. Lo que afectaría el grado de ajuste social (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007).

3. Descripción de los cinco subprogramas de la TPI

La TPI consiste de cinco sub programas tal como lo describen Roder, Muller, Brenner y Spaulding (2011). Este programa ha sido traducido en unos 13 idiomas, entre estas el español. A continuación se explican cada subprograma y sus fases (Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes, 2007):

a) Diferenciación Cognitiva: este sub programa tiene como objetivo mejorar el funcionamiento neurocognitivo a través de diversos ejercicios. Estos se organizan en tres fases:

- Fase 1: Ejercicios de clasificación de cartas. Todos los miembros se sientan alrededor de una mesa. Luego a cada miembro del grupo se le entrega una cierta cantidad de cartas (10 a 15), que tienen impresos diseños que varían en forma, números, días de la semana y color. Seguido a esto, el terapeuta les dice a los miembros del grupo que encuentren todas las cartas con un criterio específico como color (del grupo de cartas que les fue entregada) y las pongan sobre la mesa. Cuando todos hayan realizado esto, cada miembro del grupo revisa las cartas de su compañero para verificar que la tarea ha sido realizada de forma correcta. El terapeuta puede pedir que las cartas sean clasificadas con más de un criterio como color, forma y número.

- Fase 2: esta incluye ejercicios de jerarquía conceptual (a los participantes se le muestran palabras o frases y se les piden que digan palabras relacionadas con

estas), ejercicios de sinónimos y antónimos (los miembros dicen palabras con el mismo significado o con significados opuestos a una palabra particular dada por el terapeuta. Luego hacen oraciones con las mismas y deciden si existen diferencias en el significado o significan lo mismo), ejercicios de definición de palabras (los miembros del grupo se les pide que expliquen una palabra al terapeuta y deberán tratar de determinar aspectos importantes que les permitan describir la palabra), ejercicios de pistas (a un miembro del grupo se le da una tarjeta con dos palabras impresas, en la que está subrayada una y se le pide que lea ambas en alto sin decir cuál está subrayada. Luego él o ella piensan en una palabra que le permita al otro miembro del grupo identificar la palabra subrayada); y los ejercicios de palabras en contexto (los miembros del grupo explican y discuten los diferentes significados de una palabra).

- Fase 3: ejercicio de estrategia de búsqueda. Un miembro del grupo escoge un objeto en la sala (o el espacio donde se desarrolle la terapia). El nombre del objeto es apuntado en una tarjeta, pero no se le comparte con los demás miembros del grupo. La tarea del resto del grupo es determinar qué objeto escogió el miembro del grupo a través de una serie de preguntas que sólo pueden ser contestadas con un "no" o "sí". Los miembros del grupo practican haciendo preguntas, desde preguntas muy concretas a preguntas más conceptuales.

b) Percepción Social: este sub programa está diseñado para mejorar la interpretación de situaciones sociales. Utiliza una serie de imágenes (40 en total) que contienen situaciones sociales; también contienen expresiones faciales o gestos (comunicación no verbal) que se deben obtener de los autores. Estas imágenes varían en su complejidad visual (número de estímulos presentes) y carga emocional. Los miembros del grupo deben completar las tres fases en cada imagen, estas son:

- Fase 1: reuniendo información. Se les pide a los miembros del grupo que describan la imagen lo más precisa y detalladamente. La discusión se debe enfocar en dos preguntas principales: ¿qué puedes ver en esta imagen? y ¿me la puedes describir con mayor detalle?

- Fase 2: interpretación y discusión. Se les pide a los miembros del grupo que expresen sus puntos de vistas de las posibles interpretaciones de la situación social representada en la imagen. El grupo se enfoca principalmente en las

siguientes tres preguntas: ¿cuál es el significado de esta imagen?, ¿cómo puedes justificar su interpretación? y ¿Qué piensan los demás miembros del grupo sobre esa interpretación?

- Fase 3: Después de realizar las dos fases anteriores, el terapeuta le pide a los miembros del grupo que escojan un título para la imagen. El título debe ser corto y reflejar los aspectos más importantes de la situación social representada en la imagen.

Cada sesión de terapia necesita ser planeada por anticipado. Se debe prestar atención a las dificultades experimentadas en la sesión pasada. Para esto es necesario contestar preguntas al final de cada sesión como: ¿estaba algún miembro del grupo fatigado por las actividades?; ¿estaban motivados?; ¿qué recursos y déficits demuestran?; ¿qué puntos deben ser practicados en particular? y realizar los ajustes necesarios para la próxima sesión.

c) Comunicación verbal: este subprograma es una fase de transición entre la práctica de las funciones cognitivas básicas y las más complejas habilidades relacionadas con la competencia social. El completar los primeros dos subprogramas es un requisito para la primera parte de este subprograma (fase 1 y 2). Las cinco fases de este sub programa son:

- Fase 1: repetición literal de frases dadas previamente. Un paciente recibe una tarjeta en la que hay escrita una frase que debe leer en voz alta. Otro miembro repite esta frase al pie de la letra.

- Fase 2: Repetición de frases de acuerdo al sentido. Se usan tarjetas en la que hay sólo una o dos palabras, para que el paciente realice una o dos frases que luego hay que repetir conforme al sentido.

-Fase 3: Formulación de preguntas y respuestas. El grupo escoge una serie de temas o lo propone el terapeuta. Se reúnen palabras sobre ese tema y se escribe en unas tarjetas. Un paciente debe tomar una tarjeta y formular una pregunta con la palabra escrita a otro miembro del grupo, el cual responde.

-Fase 4: El grupo pregunta a uno o dos miembros sobre un tema determinado. Uno o dos miembros del grupo son interrogados por otros miembros sobre un tema.

-Fase 5: comunicación libre. Al grupo se le da previamente un tema a tratar. Este tema debe ser discutido entre los miembros del grupo y el terapeuta evalúa el contenido de las interacciones, las habilidades de comunicación y el lenguaje no verbal.

d) Habilidades sociales: este emplea ciertas técnicas de la terapia conductual como la instrucción, el modelado, el desempeño de papeles, la retroalimentación y el refuerzo. Los contenidos de este subprograma hacen referencia a situaciones sociales como la vida en la unidad, la búsqueda de trabajo y vivienda, trato con las autoridades y órganos de la organización, conducta en el grupo de convivencia, conducta en el lugar de trabajo, el tiempo libre y las relaciones sociales relevantes para los pacientes. El procedimiento terapéutico a seguir en cada una de las situaciones a practicar se puede presentar en dos fases:

- Fase 1: Elaboración cognitiva (preparación del desempeño de papeles). En esta se lleva a cabo lo siguiente: entrega previa de la situación a practicar, definición de los objetivos, elaboración del diálogo, asignación de un título, anticipación de dificultades, entrega previa de funciones de observación y estimación del nivel de dificultad percibido.

- Fase 2: Ejecución del desempeño de papeles. En esta se realiza lo siguiente: demostración del desempeño de papeles por parte del terapeuta, feedback por parte de los miembros del grupo, desempeño de papeles por los miembros del grupo, feedback por parte del terapeuta y transferencia a la vida real.

e) Resolución de problemas interpersonales: esta es la etapa final del programa de terapia. Las estrategias de resolución de problemas deben ser aplicadas a situaciones de la vida real cada vez que sea posible; además plantea demandas bastante altas a los pacientes. Esta se compone de siete fases:

- Fase 1: Identificación y análisis del problema. El terapeuta elige el área de problema a ser trabajado, lo define y evalúa cuidadosamente.

- Fase 2: elaboración cognitiva del problema: el terapeuta intenta ayudar a que el grupo logre consenso en relación a lo que es y lo que debería ser, con respecto al problema que se está tratando.

- Fase 3: generación de soluciones alternativas. El terapeuta alienta al grupo a ofrecer tantas soluciones como sea posible y refuerza todas las sugerencias hechas y las anota.
- Fase 4: Evaluación de las soluciones alternativas: se hace una comparación y balance de las ventajas y desventajas de varias alternativas.
- Fase 5: Decisión por una solución. El grupo debe elegir una solución apropiada. Cada paciente debe decidir qué solución responde a sus necesidades.
- Fase 6: Puesta en práctica.
- Fase 7: Sesiones de feedback (retroalimentación).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

1. Planteamiento del Problema

Como se ha descrito anteriormente, el tratamiento farmacológico no es suficiente para tratar a los pacientes que padecen de esquizofrenia, y con el creciente interés en el tratamiento cognitivo de pacientes; esto es en gran parte debido al que diversos estudios han demostrado que las cogniciones son una parte central para enfrentar los desafíos de la vida de manera exitosa y para la reintegración social - que es una de las metas en cuanto al tratamiento de los pacientes con trastornos mentales- (Roder & Muller, 2015). Esta fue una de las razones principales por la que se desarrolló la Terapia Psicológica Integrada (TPI) que forma parte de los paquetes integrados multimodales que ha demostrado eficacia en distintos estudios.

En Panamá, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en el 2014 se registraron 9140 casos de pacientes con trastorno mental en el servicio de psiquiatría. De estos 1027 (11.2%) casos representaban a pacientes con esquizofrenia; la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia no especificada y tipo paranoide (87%). Los otros poseen esquizofrenia de tipo residual, hebefrénica, indiferenciada, catatónica o simple. De acuerdo a estos datos, la esquizofrenia constituye la cuarta causa de morbilidad médica en el servicio de psiquiatría en el país.

De las 1,027 personas diagnosticadas con esquizofrenia, 523 casos representan hombres y 504 son mujeres. El grupo de edad a la que pertenecen el mayor número de casos con esquizofrenia es el de 35 a 49 años, con un total de 312 casos; de estos 166 son hombres y 146 son mujeres (Ministerio de Salud, 2014).

Por lo tanto, dado el número de casos de esquizofrenia que se presenta en el país y la importancia de trabajar no sólo en base a tratamientos farmacológicos; sino también en los déficits cognitivos a través de tratamientos psicológicos basados en paquetes multimodales como la TPI, se plantea el problema de investigación de la siguiente manera: ¿Qué influencia tiene la Terapia Psicológica Integrada en las funciones cognitivas de pacientes con esquizofrenia en remisión?

2. Hipótesis

Hipótesis de investigación:

La Terapia Psicológica Integrada mejorará las funciones cognitivas en los pacientes con esquizofrenia.

Hipótesis estadísticas:

H₀: La Terapia Psicológica Integrada no mejorará de forma estadísticamente significativa (90%) las funciones cognitivas de los pacientes.

H_i: La Terapia Psicológica Integrada mejorará de forma estadísticamente significativa (90%) las funciones cognitivas de los pacientes.

3. Objetivos

El objetivo general de la investigación es:

Mejorar las funciones cognitivas de pacientes con esquizofrenia en remisión a través de la Terapia Psicológica Integrada

Los objetivos específicos de la investigación son:

- 1- Evaluar las funciones cognitivas en los pacientes antes del tratamiento y así determinar la línea base.
- 2- Comparar los resultados obtenidos en las mediciones de las funciones cognitivas antes y después del tratamiento.
- 3- Identificar las funciones cognitivas que mejoran al finalizar el tratamiento grupal con la Terapia Psicológica Integrada.

4. Diseño de investigación

El diseño de investigación es cuasi-experimental de tipo exploratorio. En este estudio la asignación aleatoria no es posible ya que se recurrirá al uso de grupos naturales o preexistentes en este caso, pacientes con esquizofrenia en una institución. En este diseño, se manipula la variable independiente (Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia) para analizar el efecto que tiene sobre las variables dependientes (Funciones cognitivas).

Una vez firmaron el consentimiento informado, se les realizó una entrevista y después se le administró una batería de prueba para conocer la línea base. Se aplicó el tratamiento por unos 3 meses. Finalmente, se aplicó la batería de pruebas que se usó al principio.

5. Variables

5.1. Variable Independiente

5.1.1. Definición conceptual de la variable independiente

La Terapia Psicológica Integrada (TPI) es un programa de intervención grupal de orientación conductual diseñada para mejorar las habilidades cognitivas y sociales de pacientes con esquizofrenia. Combina intervenciones neurocognitivas y socio cognitivas con un enfoque de solución de problemas interpersonales y sociales; por tal razón es una terapia de enfoque integrativa. Los cinco sub programas que la conforman son: diferenciación cognitiva, cognición social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales; cada una contiene pasos concretos que involucran tareas terapéuticas.

5.1.2. Definición operacional de la variable independiente

Se aplicó la Terapia Psicológica Integrada en un formato grupal. Esta constó de 28 sesiones con una frecuencia de dos sesiones semanales (martes y viernes) por un periodo de tres meses; cada sesión duró entre unos 60 a 90 minutos. Se llevaron a cabo los cinco sub programas de la TPI: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de conflictos. Cada subprograma está conformada por fases que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades cognitivas y sociales. Estas fueron descritas en el capítulo II: Marco teórico.

El psicólogo (terapeuta) dirigió las actividades que se desarrollaron durante el tratamiento. Para el desarrollo de las mismas, se solicitó a la institución que ofreciera un espacio adecuado; además se necesitaron sillas y mesas en algunas sesiones. También se utilizaron materiales de terapia que se obtuvieron de los autores del programa para su uso en el sub programa de diferenciación cognitiva (tarjetas con formas geométricas, colores, números y días de la semana) y percepción social (40 diapositivas contenidas en un CD); en el anexo

se mostrarán algunos de estos materiales. Todo el material necesario para llevar a cabo las fases del subprograma de diferenciación cognitiva, comunicación, habilidades sociales y resolución de problemas están descritas en el manual desarrollado por Roder, Brenner, Kienzle, & Fuentes (2007). Otros recursos que se utilizaron son un computador, proyector, tablero de marcador, tarjetas de notas, pedazos de papel blanco y lápices de carbón. A continuación en el cuadro se especificarán los subprogramas que se llevaron a cabo en cada sesión:

Sesión	Sub-programa
1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los miembros del grupo a la primera sesión de terapia. • Presentación de cada uno de los miembros del grupo. • Discusión sobre los objetivos de la terapia grupal. • Explicación general de la TPI. • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
2	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
3	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
4	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
5	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
6	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de tarjetas (fase 1) del subprograma 1 • Subprograma 2: Percepción social
7	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio con tarjetas (etapa 1) del subprograma 1 • Subprograma 2: Percepción social
8	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 2: Percepción social • Ejercicio conceptuales verbales - antónimos del subprograma 1
9	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 2: Percepción social • Ejercicio de tarjetas con palabras del subprograma 1.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 2: Percepción social • Palabras con diferentes significados, de acuerdo al contexto del subprograma 1.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 3: Comunicación verbal

12	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 3: Comunicación verbal • Se realiza la elección de los temas a tratar en el subprograma
13	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 4 y 5 del Subprograma 3: Comunicación verbal • Subprograma 2: Percepción social
14	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 4 y 5 del Subprograma 3: Comunicación verbal • Ejercicio con tarjetas (etapa 1) del subprograma 1: Diferenciación cognitiva.
15	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Etapa 1 y etapa 2 (jerarquía conceptuales) • Etapa 1 y 2 del subprograma 3: comunicación verbal
16	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva • Etapa 3 y 4 del subprograma 3: comunicación verbal
17	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 4: habilidades sociales
18	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 4: habilidades sociales
19	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva • Subprograma 4: habilidades sociales
20	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 2: percepción social • Subprograma 4: habilidades sociales
21	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 5: Resolución de problemas • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva
22	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 5: Resolución de problemas • Etapa 1 y etapa 2 (jerarquía conceptuales) del subprograma 1: Diferenciación cognitiva
23	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1 y 2 Subprograma 3: comunicación verbal • Subprograma 5: Resolución de problemas
24	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 3: Comunicación verbal
25	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1 y 2 (definición de palabras) del subprograma 1: Diferenciación cognitiva. • Subprograma 5: Resolución de problemas
26	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1 y 2 (sinónimos) del subprograma 1:

	diferenciación cognitiva <ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 2: Percepción social
27	<ul style="list-style-type: none"> • Subprograma 1: Diferenciación cognitiva • Subprograma 4: Habilidades sociales
28	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1 y 2 (jerarquías conceptuales) del subprograma 1 • Subprograma 5: resolución de problemas interpersonales • Asignación de fechas para la evaluación • Cierre del tratamiento grupal. Agradecimiento al grupo.

Cuadro No. 3: Distribución de las sesiones

5.2. Variable dependiente

5.2.1. Definición conceptual de la variable dependiente

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que permiten llevar a cabo distintas tareas. Esto involucra procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información (NEURONUP, 2016).

Las siete funciones cognitivas que se evaluaron fueron:

1. Velocidad de procesamiento. Es la rapidez de respuesta en tareas que requieren procesamiento cognitivo. Se relaciona con la velocidad con la que se capta y reacciona a la información que se recibe, ya sea por vía visual (letras y números) o auditiva (lenguaje). Tal dominio incluye componentes perceptuales y motores con los que la información es procesada.
2. Atención. Es un proceso cognitivo que permite centrarse y concentrarse selectivamente en un aspecto de un estímulo sin tener en cuenta los demás. El mantenimiento de la atención por un periodo largo de tiempo se refiere a la vigilancia.
3. Memoria de trabajo (no verbal y verbal). Conjunto de procesos que permiten el almacenamiento y manipulación temporal de la información para la realización de tareas cognitivas complejas. Ambas son funciones ejecutivas y son prerequisites de procesos cognitivos complejos como la planificación de acciones. Cuando los pacientes con esquizofrenia se encuentran bajo mucho estrés, experimentan limitaciones en la memoria de trabajo.

4. Aprendizaje verbal. Es el aprendizaje que se produce cuando el contenido adquirido por el sujeto consiste en palabras o conceptos que pertenecen a una serie de categorías taxonómicas.
5. Aprendizaje visual. Es la capacidad de retener en la memoria una serie de estímulos que deben ser reproducidos en la manera que se presentaron los estímulos anteriormente. Involucra la recepción y el almacenamiento a largo plazo de información verbal y no verbal.
Es importante destacar que la memoria verbal y visual – presentadas de forma separada por la MATRICS- se asocian con memoria secundaria y a largo plazo.
6. Razonamiento y solución de problemas. Es la aptitud para formar y ejecutar un plan para lograr un objetivo; se relaciona con la adaptación social.
7. Cognición social. Se refiere a lo que las personas piensan de sí mismas y los otros, en distintas situaciones sociales.

5.2.2. Definición operacional de la variable dependiente

Las siete funciones cognitivas se evaluaron utilizando la Batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS (MCCB, por sus siglas en inglés). Las pruebas que conforman la MCCB son normalmente administradas juntas en una sesión de 60-90 minutos (Nuerchterlein & Green, 2009). En el siguiente cuadro se muestra el dominio cognitivo y las pruebas que utilizan para medirla:

Dominio Cognitivo	Prueba
Velocidad de procesamiento	Evaluación breve de procesos cognitivos en la esquizofrenia: Codificación de símbolos. Fluencia semántica: Nombres de animales Prueba de trazado: Parte A
Atención/Vigilancia	Prueba de ejecución continua - Pares idénticos
Memoria de trabajo (no verbal)	Escala de Memoria de Wechsler-III: Amplitud de recuerdo espacial
Memoria de trabajo (verbal)	Amplitud de letras y números

Aprendizaje Verbal	Prueba de aprendizaje verbal de Hopkins – Versión revisada
Aprendizaje Visual	Prueba breve de memoria visoespacial- Versión revisada
Razonamiento y solución de problemas	Batería de evaluación neuropsicológica: Laberintos
Cognición Social	Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso : Manejo de emociones

Cuadro No. 4: Pruebas que miden los dominios cognitivos de la MATRICS

A continuación se realiza una descripción breve de cada una de las pruebas. Es importante recordar que se utilizan tres pruebas en el dominio de velocidad de procesamiento y el dominio de memoria de trabajo tiene una parte verbal y no verbal (Nuechterlein & Green, 2009):

Evaluación breve de procesos cognitivos en la esquizofrenia: Codificación de símbolos: es una prueba cronometrada de lápiz y papel en la que los que examinados usan una clave para escribir dígitos que corresponden con símbolos sin sentidos.

Fluencia semántica: Nombres de animales: es una prueba oral en la que los examinados nombran todos los animales que puedan en un minuto.

Prueba de trazado: Parte A: es una prueba cronometrada de lápiz y papel en la que los examinados dibujan una línea para conectar de forma consecutiva círculos enumerados situados de manera irregular en una hoja de papel.

Prueba de ejecución continua - Pares idénticos: una medida informatizada de la atención sostenida administrada con una computadora en la que los examinados presionan una tecla cuando dos estímulos (números) consecutivos son idénticos.

Escala de Memoria de Wechsler-III: Amplitud de recuerdo espacial (no verbal): usando un tablero de cubos que están enumerados y situados de manera irregular, los examinados debe tocar los cubos en el mismo orden (o en reversa) a como los toca el examinador.

Escala de Memoria de Wechsler-III: Amplitud de letras y números (verbal): es una prueba oral en la que los examinados ordenan mentalmente una serie de números y letras y luego se los repite al examinador.

Prueba de aprendizaje verbal de Hopkins – Versión revisada: es una prueba oral en la que una lista de 12 palabras que pertenecen a tres categorías taxonómicas son presentadas al examinado y luego se le pide que mencione todas las palabras posibles en cada uno de los ensayos de aprendizajes.

Prueba breve de memoria visoespacial- Versión revisada: una prueba que involucra reproducir seis figuras geométricas en una hoja en blanco después de estudiar cada una durante 10 segundos.

Batería de evaluación neuropsicológica: Laberintos: es una prueba de lápiz y papel en la que el examinado debe resolver siete laberintos en un tiempo estipulado.

Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso - Manejo de emociones: una prueba de lápiz y papel en la que el examinado debe responder a una serie de situaciones escogiendo una respuesta de una lista de posibles respuestas.

6. Población y muestra

6.1. Población

La población estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en el Centro de Salud de Alcade Díaz. Este centro de salud atiende a diversos grupos de pacientes con distintos trastornos; el médico psiquiatra que atiende a esta población es el Dr. Alguis Torres. Actualmente existen cuatro grupos de esquizofrenia, cada grupo está conformado por aproximadamente 25 a 30 pacientes. Cada grupo es atendido una vez por mes, en fechas distintas.

6.2. Muestra

Una vez identificada la población objetivo, se procedió con la selección de la muestra. Dado que los autores del programa Roder, Muller, Brenner, & Spaulding

(2011) recomiendan que los grupos deben tener entre 5 y 8 personas. Se usa un tipo de muestreo no probabilístico (por conveniencia o intencional) ya que los sujetos se seleccionan siguiendo una serie de criterios de inclusión y exclusión. Estos se detallan a continuación:

Criterios de inclusión:

- Ser usuarios del Centro de Salud de Alcade Díaz
- Estar en el rango de edad entre los 35 y 59 años, sexo masculino o femenino
- Poseer un diagnóstico primario de esquizofrenia
- Capacidad para leer y escribir
- Estar bajo un tratamiento farmacológico proporcionado por el médico psiquiatra.
- Presentar remisión de síntomas de la esquizofrenia al momento de participar en la Terapia Psicológica Integrada
- Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- No cumplir con los rangos de edad
- Padecer enfermedades cerebrales-orgánicas o trastornos psicógenos severo
- Tener historia de abuso de sustancias psicoactivas
- Padecer problemas visuales o auditivos
- Presentar conductas disruptivas
- No saber leer o escribir
- Presentar retraso mental

Además es importante mencionar los criterios de exclusión del tratamiento:

- Tener un 85% de asistencia a la terapia (unas 20 sesiones). La terapia se realizará en un lapso de tres meses, dos veces por semana; con un total de 24 sesiones.
- Presentar conductas y actitudes que no favorezcan el desarrollo adecuado de las terapias.
- No mantener adherencia al tratamiento farmacológico

Se solicitó a la secretaria del Dr. Torres que proporcionara las fechas de atención de los cuatro grupos de esquizofrenia. Los días de cita en el mes de abril fueron 5, 6, 21 y 25. Se asistió a cada uno de estos días de atención.

Durante la reunión grupal, el doctor presentó al psicólogo y se escogieron los posibles participantes; se le tomaron los datos básicos. Luego el doctor permitió que se entrara en la consulta con los pacientes y se explicó a los posibles participantes sobre el tratamiento y si estaban interesados en participar. Incluso si algún paciente que no había sido escogido por el doctor antes, se le sugería al doctor la posibilidad de incluirlo(a). A continuación la fecha de atención y la cantidad de pacientes que asistieron en cada grupo:

Abril 5 asistieron 27 pacientes (grupo 1)
Abril 6 asistieron 12 pacientes (grupo 2)
Abril 21 asistieron 22 pacientes (grupo 3)
Abril 25 asistieron 11 pacientes (grupo 4)

De estos grupos de pacientes, 13 pacientes aceptaron participar en el estudio. A pesar que se recomienda que los grupos para realizar la TPI sean entre 5 a 8 participantes; se decidió reclutar a más pacientes por si alguno de los pacientes no decidieran participar o salieran antes de finalizar el tratamiento. Se les tomó sus datos de contacto y luego se les llamó para que acudieran a una reunión grupal de inducción, esta se realizó el 25 de abril; en esa fecha sólo asistieron 11 pacientes. En la reunión se les proporcionó una hoja informativa sobre el estudio. Se les solicitó a los participantes que las leyeran el documento y se contestaron las dudas que presentaron. Luego se les entregó el consentimiento informado y se les pidió que lo firmaran, de aceptar participar en el tratamiento. También se le asignaron fechas para sus evaluaciones individuales.

Se evaluó a los pacientes en los días asignados. Se les hizo una entrevista siguiendo el protocolo y el examen mental. Luego se les aplicó la MCCB. Al final de la evaluación se les agradeció la participación y se les dio un refrigerio. El tiempo de evaluación fue de una hora y media a dos horas, aproximadamente. En total se evaluó a ocho pacientes, de los 11 planificados. Dos pacientes no pudieron ser evaluados, ya que decidieron al final no participar y uno de ellos decidió no continuar con la evaluación.

7. Instrumento de medición

La Batería Consensuada sobre Procesos Cognitivos MATRICS (Nuechterlein & Green; 2006, 2009) consiste de 10 pruebas individuales. Estas pruebas fueron escogidas para su inclusión en el MCCB de acuerdo a los criterios detallados por el comité neurocognitivo MATRICS (Investigación de la medición y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia). Esta responde a la necesidad de una batería estándar de pruebas confiables para medir los cambios en los déficits cognitivos que caracterizan la esquizofrenia y otros trastornos relacionados. La creación de la MCCB fue llevada a cabo por un proceso colaborativo que involucró la comunidad académica, the National Institute of Health (U.S.), the United States Food and Drug Administration y la industria farmacéutica con la cooperación de distintos publicadores de pruebas psicológicas.

La administración y la calificación requieren sólo los materiales encontrados en el kit de la prueba. Las respuestas de los sujetos son escritas en formularios o protocolos que ofrece la prueba con la excepción de una prueba que se aplica usando un computador. Las pruebas miden el desempeño cognitivo a través de siete dominios ya descritas en un apartado anterior.

El desarrollo de los datos normativos de la MCCB se obtuvieron de una muestra clínica y una muestra de la comunidad, recolectado en cinco diversos lugares geográficos en los Estados Unidos. La muestra clínica de la MCCB fue usada para evaluar la confiabilidad y validez. Esta muestra estuvo compuesta por 176 pacientes externos que habían sido diagnosticados con esquizofrenia basados en una entrevista clínica estructurada del DSM-IV. A los participantes de la muestra clínica se les aplicó la MCCB en dos ocasiones, con una separación de 4 semanas.

La muestra de la comunidad estuvo conformada por 300 personas que fueron reclutados a través de un muestreo científico y estratificado de acuerdo a su edad, género y educación (Nuechterlein & Green, 2009).

Para desarrollar normas para la versión Latinoamericana de la MCCB, los publicadores de la prueba seleccionaron tres países en los que los niveles de educación de los ciudadanos son muy diferentes: Colombia, México y Argentina. Cerca de unos 100 sujetos de esas comunidades fueron evaluados en cada uno de estos países representativos y los datos fueron compilados en una única tabla

de datos normativos (Nuerchterlein & Green, 2006).

Las pruebas neuropsicológicas que están incluidos en el MCCB están científicamente validadas. La confiabilidad test-retest para la MCCB fue medida en un periodo de cuatro semanas. En todas las pruebas individuales y los dominios, la correlación producto-momento de Pearson (r) y el coeficiente de correlación intraclase mostró una estabilidad mínima de aproximadamente 0.70. Muchas de las pruebas y dominios demostraron alta estabilidad. La MCCB también demostró efectos umbrales y de techo no significativos, indicando que puede ser utilizado para medir cambios cognitivos a través del tiempo; como mejoramiento asociado a la medicación o a otras intervenciones (Nuerchterlein & Green, 2006).

8. Limitaciones

Dada las características de la población con la que se deseaba trabajar, fue difícil al inicio de la investigación conseguir una población con estas características. Se deseaba una población cautiva ya que esto permitiría que los pacientes estuvieran en las sesiones y no sería necesario que los mismos se transportaran al lugar de atención. La institución en la que se pretendía realizar no ofrecía las condiciones necesarias para realizar la misma, por la que se tuvo que ir a hospitales o centros de salud en los que se atiende a pacientes externos. Por esta razón, se tuvo que postergar el plazo para realizar el estudio.

Otra limitación de esta investigación fue la muerte experimental, 13 pacientes aceptaron participar del programa de tratamiento. Al final sólo 8 pacientes decidieron venir a las evaluaciones y participar del grupo de tratamiento. Durante la terapia, dos pacientes tuvieron que salir de la terapia debido a problemas de salud. Al final, seis pacientes culminaron la terapia.

9. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 20). Dado el número pequeño de casos (6) se utilizó una prueba no paramétrica para muestras relacionadas, la prueba de Wilcoxon de los rangos con signos de muestras relacionadas. Esta permite rechazar o no rechazar la hipótesis nula de la investigación. Las variables que se utilizaron para el análisis estadístico son de tipo cuantitativo (numérico) y se midieron antes y

después de la aplicación del tratamiento; estas fueron las puntuaciones que se obtuvieron del instrumento aplicado (MCCB). Estos valores se ingresaron en una base de datos para así realizar los análisis pertinentes.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se basan en los puntajes obtenidos en las mediciones pre y post tratamiento; se utilizó la prueba MCCB. Ya que las puntuaciones directas obtenidas en la aplicación del instrumento son difícilmente interpretables en sí mismas, es necesario realizar una transformación a una escala directamente interpretable.

Se ingresaron las puntuaciones directas en un programa de corrección de la MCCB que incluye los baremos obtenidos en países latinoamericanos y esta arrojó puntuaciones T y en percentiles. El método que se utilizó para derivar las puntuaciones normalizadas fue con corrección por edad y sexo. Las puntuaciones T poseen una media de 50 y una desviación típica de 10. En cambio, los percentiles indican el porcentaje de la muestra de referencia que obtiene un valor igual o inferior al dado.

Los resultados que obtuvieron cada uno de los pacientes en las 7 funciones cognitivas medidas con la MCCB antes y después del tratamiento, se presentan en tablas separadas. En las tablas, se muestran las puntuaciones T y su correspondencia en percentiles. Debajo de cada tabla se encuentra una gráfica, en la que se tomó solo en cuenta la puntuación T. Esto va acompañado de una descripción de esos resultados.

Más adelante se muestran los resultados de la prueba de Wilcoxon de los rangos con signos de muestras relacionadas que se aplicó a las puntuaciones pre-test y post-test que obtuvieron los pacientes en cada una de las 7 funciones cognitivas evaluadas. Para estos análisis, se utilizaron las puntuaciones T y se ingresaron al programa estadístico SPSS (versión 20). Las puntuaciones T deben ser usadas en investigaciones debido a razones estadísticas porque su distribución se aproxima a la curva normal que es asumida en la mayoría de los procesos estadísticos. Los percentiles correspondientes se muestran, ya que por lo general son más fáciles de comprender cuando se consideran la posición relativa del sujeto con individuos a los que se le ha administrado la prueba.

Ocho pacientes iniciaron el programa de tratamiento, pero sólo seis culminaron el mismo. Se presentan los resultados pre-test y post-test de estos seis pacientes; para proteger su identidad se identifican como sujeto 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Tabla No.1

Sexo, edad, estado civil, nivel educativo y grupo étnico de la muestra

Sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Grupo Étnico
Sujeto1	Masculino	53	Separado	8 ^{vo}	Latino
Sujeto 2	Masculino	45	Soltero	11 ^{vo}	Latino
Sujeto 3	Femenino	39	Soltera	12 ^{vo}	Latino
Sujeto 4	Femenino	36	Viuda	6 ^{to}	Latino
Sujeto 5	Femenino	35	Soltera	Técnico	Latino
Sujeto 6	Masculino	35	Soltero	4 ^{to}	Latino

Fuente: Alexander Yu, 2017

El 50% de la muestra estuvo conformado por sujetos del sexo femenino y los otros 50% por sujetos del sexo masculino. Hubo una homogeneidad en cuanto al sexo de la muestra. Las edades de los sujetos fue heterogénea, entre los 35 a 53 años de edad; 4 sujetos se encuentran en la década de los 30's, mientras que un sujeto se encuentra en la década de los 40's y 50's, respectivamente.

En cuanto al estado civil, 4 sujetos son solteros, un sujeto está separado y otra es viuda. En cuanto al nivel educativo, un sujeto tiene un título de técnico, un sujeto alcanzó el 12vo grado, un sujeto culminó el 4to grado y los otros 3 no culminaron el bachillerato. La muestra fue homogénea en que los sujetos de la muestra son latinos y cumplieron los criterios de inclusión (descritos en el capítulo III).

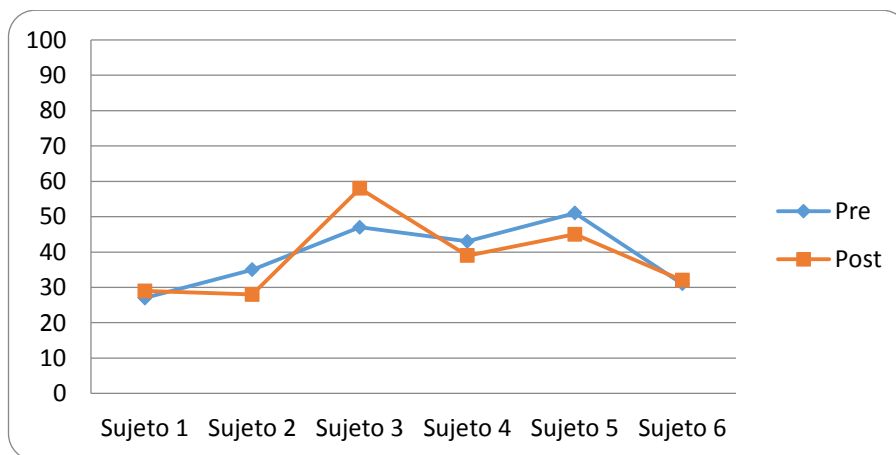
Tabla No.2
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva velocidad de procesamiento por sujeto

Sujeto	Pre- test		Post- test	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	27	1	29	2
Sujeto 2	35	7	28	1
Sujeto 3	47	38	58	79
Sujeto 4	43	24	39	14
Sujeto 5	51	54	45	31
Sujeto 6	31	3	32	4

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo velocidad de procesamiento se obtuvieron de la combinación de las puntuaciones de las pruebas: pruebas de trazado (parte A), codificación de símbolos y nombre de animales. En la tabla 1 se observa que tres de los sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post- test, los otros sujetos presentaron una disminución en las puntuaciones T en el pos-test.

Gráfica No.1
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva velocidad de procesamiento



Fuente: Alexander Yu, 2017

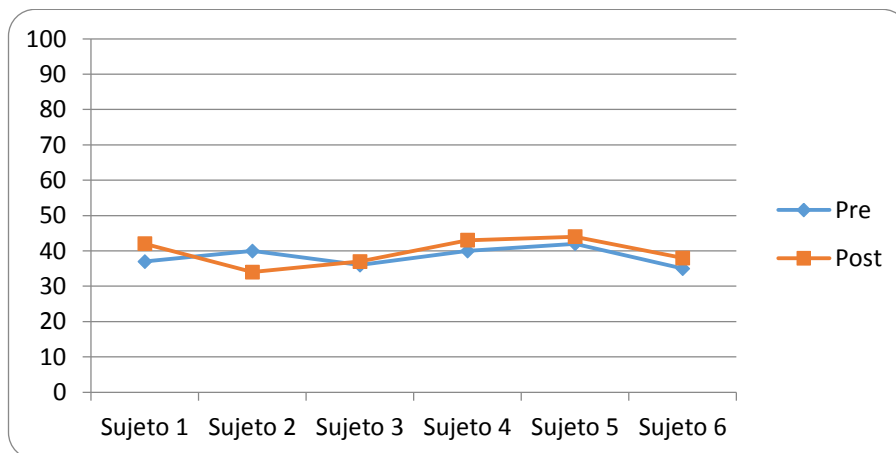
Tabla No. 3
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva Atención / Vigilancia por sujeto

Sujeto	Pre- test		Post-test	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	37	9.7	42	21.2
Sujeto 2	40	15.9	34	5.5
Sujeto 3	36	8.1	37	9.7
Sujeto 4	40	15.9	43	24.2
Sujeto 5	42	21.2	44	27.4
Sujeto 6	35	6.7	38	11.5

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo atención/vigilancia se obtuvieron de las puntuaciones en la prueba CPT- IP. En la tabla No. 3 se observa que cinco de los sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test; en cambio, un sujeto presentó una disminución en la puntuación T.

Gráfica No. 2
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva Atención / Vigilancia



Fuente: Alexander Yu, 2017

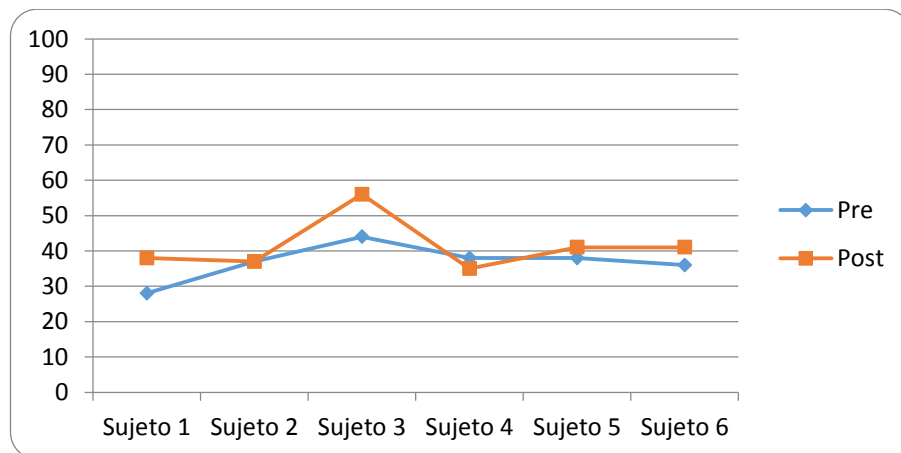
Tabla No. 4
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva memoria de trabajo por sujeto

Sujeto	Pre-test		Post-test	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	28	1.4	38	11.5
Sujeto 2	37	9.7	37	9.7
Sujeto 3	44	27.4	56	72.6
Sujeto 4	38	11.5	35	6.7
Sujeto 5	38	11.5	41	18.4
Sujeto 6	36	8.1	41	18.4

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo memoria de trabajo se obtuvieron de la combinación de las puntuaciones de las pruebas: amplitud de recuerdo espacial y amplitud de letras y números. En la tabla No. 4, se observa que cuatro sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test, un sujeto no presentó diferencias y un sujeto presentó una disminución en la puntuación T.

Gráfica No. 3
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva memoria de trabajo



Fuente: Alexander Yu, 2017

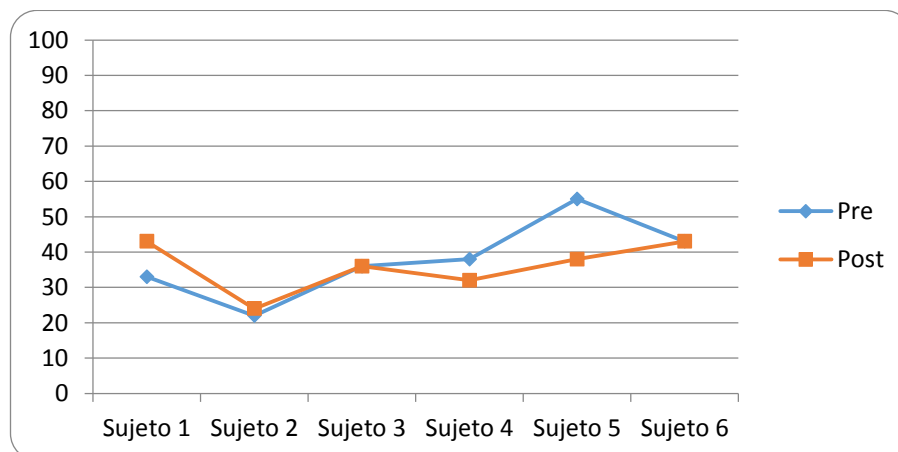
Tabla No. 5
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva aprendizaje verbal por sujeto

Sujeto	Pre-test		Post-test	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	33	4.5	43	24.2
Sujeto 2	22	0.3	24	0.5
Sujeto 3	36	8.1	36	8.1
Sujeto 4	38	11.5	32	3.6
Sujeto 5	55	69.1	38	11.5
Sujeto 6	43	24.2	43	24.2

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo aprendizaje verbal se obtuvieron de las puntuaciones en la prueba de aprendizaje verbal de Hopkins -revisada. En la tabla No. 5 se observa que dos sujetos presentaron un aumento en la puntuación T en el post-test, dos sujetos no presentaron diferencias y los otros dos presentaron una disminución en las puntuaciones T.

Gráfica No. 4
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva aprendizaje verbal



Fuente: Alexander Yu, 2017

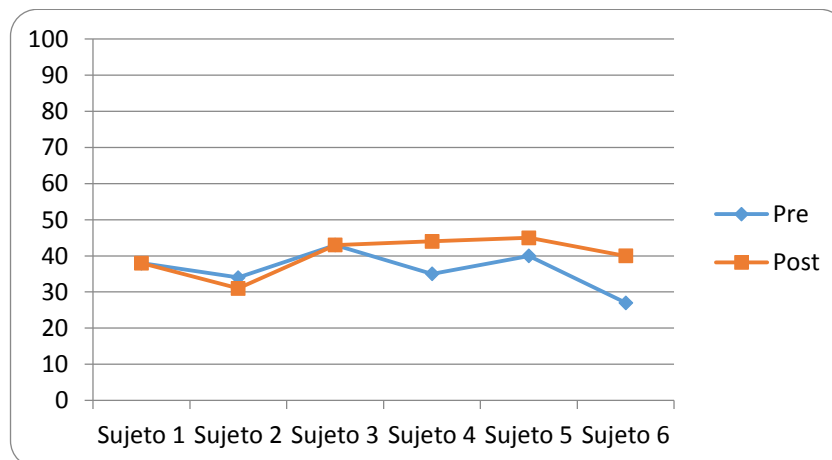
Tabla No. 6
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva aprendizaje visual por sujeto

Sujeto	Pre-test		Post-test	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	38	11.5	38	11.5
Sujeto 2	34	5.5	31	2.9
Sujeto 3	43	24.2	43	24.2
Sujeto 4	35	6.7	44	27.4
Sujeto 5	40	15.9	45	30.8
Sujeto 6	27	1.1	40	15.9

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo aprendizaje visual se obtuvieron de las puntuaciones en la prueba breve de memoria viso espacial-revisada. En la tabla No. 6 se observa que tres sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test, dos sujetos no presentaron diferencias en las puntuaciones y un sujeto presentó una disminución en la puntuación T.

Gráfica No. 5
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva aprendizaje visual



Fuente: Alexander Yu, 2017

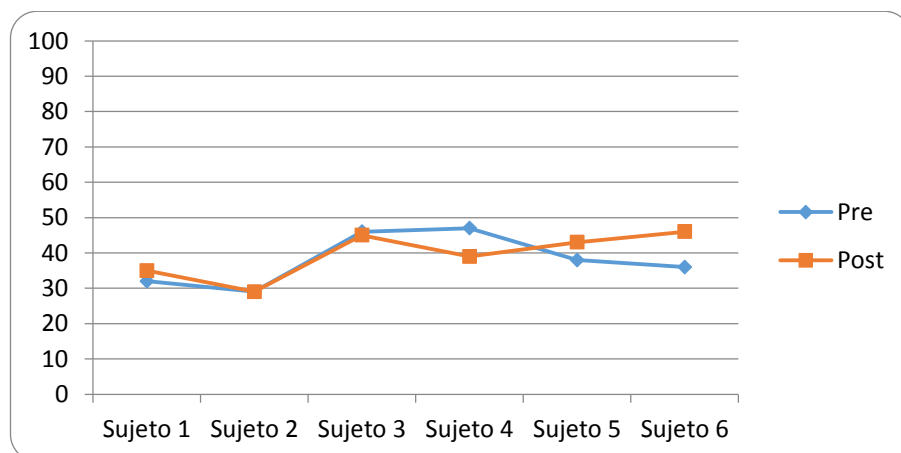
Tabla No. 7
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva razonamiento y resolución de problemas por sujeto

Sujeto	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	32	3.6	35	6.7
Sujeto 2	29	1.8	29	1.8
Sujeto 3	46	34.4	45	30.8
Sujeto 4	47	38.2	39	13.6
Sujeto 5	38	11.5	43	24.2
Sujeto 6	36	8.1	46	34.4

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio razonamiento y resolución de problemas se obtuvieron de las puntuaciones en la batería de evaluación neuropsicológica: laberintos. En la tabla No. 7 se observa que tres sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test, un sujeto no presentó diferencias y dos sujetos presentaron una disminución en las puntuaciones T.

Gráfica No. 6
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva razonamiento y resolución



Fuente: Alexander Yu, 2017

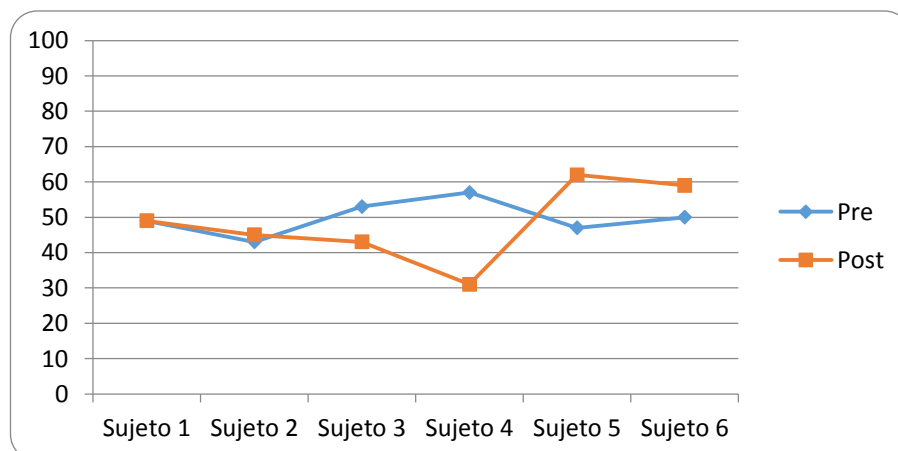
Tabla No. 8
Puntuaciones Pre-test y Post-test de la función cognitiva cognición social por sujeto

Sujeto	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	T	Pc	T	Pc
Sujeto 1	49	46	49	46
Sujeto 2	43	24.2	45	30.8
Sujeto 3	53	61.8	43	24.2
Sujeto 4	57	75.8	31	2.9
Sujeto 5	47	38.2	62	88.5
Sujeto 6	50	50	59	81.6

Fuente: Alexander Yu, 2017

Las puntuaciones pre-test y post-test del dominio cognitivo cognición social se obtuvieron de las puntuaciones en el test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso: Manejo de emociones. En la tabla No. 4 se observa que tres sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test, dos sujetos presentaron una disminución en las puntuaciones y un sujeto no presentó diferencia en las puntuaciones T.

Gráfica No. 7
Puntuaciones T en el Pre-test y Post-test de la función cognitiva cognición social



Fuente: Alexander Yu, 2017

A continuación, se muestra el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el programa estadístico SPSS para las puntuaciones pre-test y post-test para cada una de las funciones cognitivas evaluadas. Se aplicó la prueba de Wilcoxon de los rangos con signos de muestras relacionadas. El nivel de significancia utilizado fue de 0.10

Figura No. 3
Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva velocidad de procesamiento

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Velocida_Pre y Velocida_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.753	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.753) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa la velocidad de procesamiento. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva velocidad de procesamiento obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 4
Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva Atención/Vigilancia

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Atención_Pre y Atención_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.344	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.344) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa la atención/vigilancia. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva atención/vigilancia obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 5

Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva Memoria de trabajo

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre MemoriaTRA_Pre y MemoriaTRA_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.104	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.104) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa la memoria de trabajo. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva memoria de trabajo obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 6

Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva Aprendizaje Verbal

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre AprendizajeVer_Pre y AprendizajeVer_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.715	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.715) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa el aprendizaje verbal. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva aprendizaje verbal obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 7

Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva Aprendizaje Visual

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre AprendizajeVis_Pre y AprendizajeVis_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.144	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.144) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa el aprendizaje visual. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva aprendizaje visual obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 8

Resumen de prueba de hipótesis de la función cognitiva Razonamiento y resolución de problemas

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre ResoProb_Pre y ResoProb_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.500	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.500) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa el razonamiento y resolución de problemas. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva razonamiento y resolución de problemas obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Figura No. 9
Resumen de prueba de hipótesis de la función cognición social

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CognSocial_Pre y CognSocial_Post es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.893	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

Como la significancia asintótica (pruebas de dos caras= 0.893) es mayor al nivel de significancia (0.10), se acepta la hipótesis nula. La TPI no mejoró de forma estadísticamente significativa la cognición social. Las puntuaciones post-test de la función cognitiva cognición social obtenidas con la MCCB no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Las hipótesis planteadas al inicio de la investigación:

H₀: La Terapia Psicológica Integrada no mejorará de forma estadísticamente significativa (90%) las funciones cognitivas de los pacientes.

H_i: La Terapia Psicológica Integrada mejorará de forma estadísticamente significativa (90%) las funciones cognitivas de los pacientes.

Conclusión:

Con un nivel de significancia de 0.10, las puntuaciones post-test obtenidas con la aplicación de la prueba MCCB, no presenta diferencias significativas con respecto a las puntuaciones pre-test en las 7 funciones cognitivas evaluadas. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. No hubo cambios estadísticamente significativos en el desempeño de los pacientes en las siete funciones cognitivas evaluadas después del tratamiento.

Discusión de los resultados

Con base en el análisis estadístico presentado en la sección anterior, la prueba de hipótesis permitió rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula. De acuerdo a estos resultados, no se puede concluir del todo que la TPI no sea efectiva para mejorar las funciones cognitivas en los pacientes con esquizofrenia. Es necesario tomar en cuenta que un factor que pudo influir en los resultados a nivel estadístico es que el tamaño de la muestra fue pequeño. Dado las características de la población y las condiciones del grupo de terapia no se pudo tener más pacientes. Estos son pacientes de consulta externa y debían asistir dos veces por semanas por un lapso de 3 meses aproximadamente. Esto implicaba un gasto para los pacientes, ya que ellos debían venir por su propia cuenta y recursos al centro. Además como es un tratamiento voluntario, los pacientes podían decidir no participar cuando lo deseaban.

Al inicio se contó con 13 pacientes, pero sólo 8 completaron la evaluación inicial e iniciaron el tratamiento; al final sólo 6 pacientes completaron el mismo. Ninguno de los pacientes que culminaron, mostraron signos de resistencia al tratamiento. Todos los pacientes asistieron a más de un 80% del total de las citas (25), mantuvieron un buen comportamiento durante las terapias grupales que permitió realizar todas las actividades programadas y hubo un ambiente de respeto entre los miembros y el terapeuta.

Otro factor que pudo influir en los resultados de la investigación tiene que ver con los mismos sub-programas. Los primeros dos subprogramas: diferenciación cognitiva y percepción social se enfocan en el tratamiento de los trastornos perceptivos y cognitivos que se presentan en la esquizofrenia. Los últimos dos sub-programas: habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales se enfocan en el tratamiento de los déficits sociales. El tercer subprograma: comunicación verbal es un puente entre los sub programas de enfoque más cognitivos y sociales.

Como se aplicó todo el programa no se pudo enfocar sólo en las actividades del primer sub programa (diferenciación cognitiva) y del segundo sub programa (percepción social); en éstas se trabajan con los déficits neurocognitivos básicos (atención, memoria verbal, flexibilidad cognitiva, formación de concepto) y la cognición social. Es importante recalcar que aunque estos sub programas

contienen distintas actividades, no están divididos en actividades específicas en la que se trabajen cada una de los dominios cognitivos definidas por la MATRICS. Debido al tiempo que se había establecido para aplicar la TPI, se tuvo que distribuir para poder desarrollar todo el programa de tratamiento. No se pudieron aplicar todos los ejercicios u actividades descritos en el manual de este sub programa. Durante la aplicación de los sub programas dirigidos a los déficits sociales, en general, se iniciaba la sesión con ejercicios de los sub programas diferenciación cognitiva y percepción social. De esta manera, se reforzaban las habilidades adquiridas y favorecía la generalización de los mismos.

Los pacientes disfrutaban realizar los ejercicios de clasificación de cartas y las realizaban sin mayor dificultad, aunque en muchas ocasiones persistían en utilizar los mismos criterios de clasificación, a pesar, que se les decía que podían escoger otros tipos de criterios; estos ejercicios están dirigidos a estimular áreas como memoria de trabajo, funciones ejecutivas y flexibilidad cognitiva. También se les dificultaban algunos ejercicios de la fase dos del sub programa de diferenciación cognitiva ya que estos requerían trabajar con conceptos cada vez más abstractos y con mayor carga emocional; estos ejercicios están más dirigidos a estimular la memoria verbal y la fluencia semántica. El ejercicio de estrategia de búsqueda, implicó dificultades cuando los pacientes debían adivinar un objeto fuera del salón de terapia ya que no se realizaban las preguntas correctas o planteaban preguntas más concretas (características visuales del objeto) y menos conceptuales (funcionalidad, localización, entre otras).

La TPI ha sido utilizada en su mayoría en estudios con pacientes institucionalizados desde sus inicios. En la primera investigación realizada en el país por Alguero (2006), también fue realizada con pacientes institucionalizados. De acuerdo a Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding (2011), la TPI ha sido utilizada con grupos muy diferentes de pacientes; en pacientes crónicos graves que han sido hospitalizados por más de siete años, pacientes crónicos moderados cuya duración de hospitalización va de 1 a 6 años y pacientes post agudos que son hospitalizados por unas 4 a 6 semanas. Estos pacientes presentan mayores déficits cognitivos y sociales y, por lo tanto, la manera como está estructurada la TPI puede ayudar a estos pacientes; y no tanto a pacientes no institucionalizados como los participantes de este estudio.

Además, en el manual de la TPI, se refiere que en experiencias anteriores los grupos de terapia con pacientes de día y externos, tendían a concentrarse en los

dos sub programas finales (habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales). Adicionalmente los ejercicios de los tres primeros sub programas también se podían incluir ya que el nivel cognitivo de estos pacientes no es tan bajo. Los pacientes externos están más preocupados con problemas de la vida diaria (compañeros y problemas de trabajo) que ellos necesitan trabajar terapéuticamente con estos problemas (Roder V. , Muller, Brenner, & Spaulding, 2011).

En este estudio participaron pacientes en remisión y se atendían con su psiquiatra en un centro de salud. El nivel de funcionamiento cognitivo no era tan bajo en estos pacientes; el desempeño en las distintas funciones cognitivas evaluadas se encontraban al menos a una desviación estándar por debajo del grupo normativo, mientras que el desempeño en otras funciones cognitivas se encontraba dentro del promedio. Esto va de acuerdo a estudios metanalíticos realizados por Dickinson et al. (2007) y Mesholam-Gately et al. (2009).

Llama la atención que todos los pacientes obtuvieron puntuaciones T dentro del promedio en el pre-test para la función de cognición social. La prueba que se usó para medir esta función cognitiva fue un poco complicada para los pacientes ya que algunos relacionaban un "muy eficaz" como bueno y un "muy ineficaz" como malo y no se consideraban las respuestas intermedias; además como no se puede explicar o hablar en detalle las situaciones con el paciente no se puede saber del todo si el paciente comprendía la situación. Por otro lado, estos resultados pueden deberse a que estos pacientes al estar viviendo en la comunidad y encontrarse en remisión poseen mejores habilidades para manejar sus emociones.

Además, durante el desarrollo de la terapia llamó la atención el desempeño de los pacientes en el sub programa de percepción social. Al principio les costaba enfocarse sólo en describir las imágenes proyectadas (primera fase), en vez de esto interpretaban lo que ocurría en las imágenes (segunda fase). La primera fase era importante ya que esta permitía que los pacientes se enfocaran en todos los elementos visibles de la imagen, tal acción les daría herramientas para justificar sus interpretaciones en la siguiente fase. Las imágenes variaban en su complejidad cognitiva y emocional; cuando se introdujo este sub programa, se incluían imágenes con poca complejidad. Luego a medida que se avanzaba se escogían imágenes en la que estaban representado situaciones sociales entre dos o más personas y en la que se podía identificar distintas emociones. En

general, los pacientes podían reconocer emociones en los personajes (como miedo, felicidad, vergüenza, rabia) y dar posibles interpretaciones de la interacción interpersonales en las imágenes; esto también se relaciona con otras áreas de la cognición social - "teoría de la mente". En ocasiones se le tuvo que explicar la diferencia entre la emoción y las acciones, ya que en vez de describir o nombrar la emoción, explicaban lo que "hace" el personaje. Es posible que los resultados encontrados en el pre-test para la función cognición social puedan explicar la facilidad que tenían los pacientes para identificar emociones en los demás y cómo éstas pueden regular la relación con los demás.

Es importante mencionar que en el desarrollo de los últimos dos sub programas, muchas de las situaciones descritas se dirigían a pacientes hospitalizados y se debían realizar algunas modificaciones. En los juegos de roles del sub programa de habilidades sociales, los pacientes mostraron un mejor desempeño en aquellas situaciones carente de riesgos (como agradecer, expresar un cumplido, informarse). En cambio, se les dificultaban más aquellas situaciones más arriesgadas y complejas tales como iniciar el contacto con una persona desconocida o reaccionar ante una situación incómoda.

En el sub programa de resolución de problemas interpersonales, habían varios temas propuestos en el manual que no representaban problemática actuales para los pacientes como habilidades prácticas para la vida (como higiene corporal, orden y limpieza), búsqueda de vivienda y amueblamiento de la vivienda y mudanza. En una de las sesiones, los pacientes pudieron compartir problemas de la vida diaria que experimentaban. Temas que se trabajaron fue la búsqueda de trabajo y lidiar con las críticas de los demás. Muchos pacientes manifestaron que quieren sentirse más productivos y tener trabajos que le permitan obtener otros ingresos. Para ello se les enseñó cómo hacer hojas de vida y los documentos básicos que deben tener para solicitar un trabajo; también se realizaron juegos de roles en la que los pacientes debían ir a oficinas u empresas para dejar sus hojas de vida. Fue muy interesante ver cómo los pacientes, especialmente los que poseían mejores habilidades sociales, compartían sus experiencias y cómo podían afrontar distintas situaciones. Se debe destacar también el desempeño de los pacientes en el sub programa de comunicación verbal, una de las fases en las que hubo mayor participación fue cuando se debía hablar sobre un tema libre, escogieron distintos temas sociales y culturales (como la violencia a la mujer, la discriminación, la educación de los jóvenes). Se les dificultaba a algunos realizar preguntas enfocadas en el tema

para que otros las respondieran, pero en general hubo un ambiente de respeto y tolerancia a las opiniones diversas. En algunas ocasiones, los pacientes comentaban experiencias personales.

Aunque no se enfocó en los últimos dos sub programas, como se ha hecho en estudios anteriores con pacientes externos, se observó que los déficits a nivel cognitivos que poseen los pacientes no son su queja primordial, sino sus dificultades de la vida diaria.

Pese a que no se obtuvieron cambios estadísticamente significativos en las distintas funciones cognitivas al final del tratamiento; hubo dos pacientes cuyas puntuaciones T en el post-test mostraron un aumento en la mayoría de las funciones ejecutivas evaluadas, y no presentaron disminución en ninguna de las puntuaciones. Uno de estos pacientes es el de mayor edad y el otro es uno de los más jóvenes. Una de las características que tienen en común estos pacientes es que la enfermedad fue diagnosticada hace unos dos años y medio.

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T en el post-test con respecto a las del pre-test. Se pudo observar que en tres funciones cognitivas los pacientes mostraron un mejor desempeño. Estas son: 1) memoria de trabajo. En ésta la mayoría de los pacientes tuvieron un aumento en las puntuaciones logrando un desempeño promedio en las mismas; sólo un paciente no presentó diferencias en las puntuaciones y otra paciente una disminución; 2) aprendizaje visual. En esta función cognitiva tres de los pacientes obtuvieron un desempeño promedio, dos pacientes no presentaron cambios y un paciente tuvo una disminución en las puntuación; 3) atención. En esta función cognitiva todos los pacientes obtuvieron un aumento en las puntuaciones, sólo uno presentó una disminución.

Estas tres funciones cognitivas estuvieron muy involucradas, especialmente, en el desarrollo del sub programa de diferenciación cognitiva. Estas requerían de atención y concentración para reconocer y recibir la información ya sea de manera verbal o escrita (visual) y utilizar la misma para realizar la actividad/tarea que se les indicaba.

Es importante mencionar que estas puntuaciones provienen de la aplicación de un test estandarizado y se comparan los resultados con un grupo de personas con características sociodemográficas similares. No se pueden comparar con

otros pacientes con esquizofrenia, ya que se espera que los pacientes puedan mejorar a tal nivel y que su desempeño se asemeje al promedio de sujetos "sanos". Es posible que un lapso mayor de tiempo para desarrollar la terapia (más de tres meses) o enfocarse un poco más en los primeros dos sub programas, pudiera influir en los resultados del mismo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La TPI no mostró resultados estadísticamente significativos en la muestra de pacientes estudiada, a pesar de haber seguido lo que se establece en el programa, por lo tanto, se rechazó la hipótesis alterna y se aceptó la hipótesis nula. No se observaron diferencias significativas en ninguna de las funciones cognitivas evaluadas después de la aplicación de la TPI.
- Los pacientes mostraron un desempeño (línea base) a una desviación estándar por debajo de la media, en varias de las funciones cognitivas evaluadas. A excepción de la función cognición social, en la que todos los pacientes obtuvieron puntuaciones T (en el pre-test) dentro del promedio. El perfil cognitivo de cada paciente es distinto y presenta déficits y fortalezas en distintas áreas.
- En todos los pacientes hubo un aumento y disminución en las puntuaciones T en el post test. Algunas se mantuvieron iguales.
- Aunque la aplicación del tratamiento no mostró resultados estadísticamente significativos, se pudo observar que en algunos pacientes su desempeño en ciertas áreas cognitivas mejoró después del tratamiento. Estas funciones fueron: memoria de trabajo, aprendizaje visual y atención.
- Los resultados de la TPI dependen del tipo de paciente y factores que lo rodean, en los cuales el terapeuta no puede tener un control total, pero hubo 2 pacientes que mostraron un mejor desempeño en distintas funciones cognitivas al finalizar el tratamiento. En estos pacientes no hubo disminución en las puntuaciones T en el post test y una o dos áreas mantuvieron las mismas puntuaciones.
- Las dificultades a nivel cognitivo no son la queja principal de los pacientes, sino sus dificultades de la vida diaria (relaciones con los demás y productividad). Fue importante la aplicación de los últimos dos sub programas ya que esto permitió a los pacientes compartir sus experiencias y dar cierto apoyo a sus compañeros de grupo.

Recomendaciones

- Realizar estudios con una muestra más amplia. Ya que el número de pacientes en cada grupo de terapia es de unos 6 a 8 sujetos, se pueden realizar estudios con distintos grupos de pacientes externos de una misma unidad o centro de salud. También se pueden realizar estudios comparativos en la que se evalúe la efectividad de la TPI con pacientes externos e institucionalizados. El tener una muestra más amplia favorece la generalización de los resultados y aumenta la potencia estadística de los resultados que se obtengan.
- Realizar entrevistas a las familias para conocer las conductas que presentan los pacientes en casa y en la comunidad. Así se puede tener información más válida de la vida social del paciente y determinar los distintos temas y actividades que se deben trabajar en los sub programas habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales; además ello llevaría a un contacto más frecuente con los familiares para asegurar la generalización de las habilidades y estrategias aprendidas en sesión por parte de los pacientes.
- Para el área de cognición social, es importante definir qué áreas de este constructo se deben evaluar. La MATRICS ha desarrollado este concepto y actualmente distingue 5 áreas socio-cognitivas. La MCCB incluye sólo una prueba que mida este constructo, está enfocada en evaluar el área de percepción emocional. Se pueden utilizar otros tipos de instrumentos psicométricos en las que no se utilice un formato de respuesta de tipo Likert como la utilizada en la MCCB ya que los pacientes pueden tener dificultades para comprender las diferencias en cada opción de respuesta.
- Dado que los déficits cognitivos tienen una implicación funcional, la severidad de estos déficits se relaciona con la capacidad que tienen los pacientes para adquirir habilidades sociales, su adaptación a la comunidad y el nivel de discapacidad laboral. Se pueden realizar futuros estudios en los que se correlacione el desempeño en las funciones cognitivas y su capacidad funcional. Para esto se pueden utilizar instrumentos con los que se evalúe la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Esto también permitirá conocer la efectividad de la TPI en

el funcionamiento social de los pacientes y cómo se correlaciona con las distintas funciones cognitivas.

- Hacer seguimiento a los 6 y 12 meses, así se puede monitorear el mantenimiento o no de los cambios una vez se finaliza el proceso de terapia.
- Aplicar el programa INT (Integrated Neurocognitive Treatment) o Tratamiento Neurocognitivo Integrado de Roder & Muller (2015), que es un abordaje terapéutico para pacientes que están integrados socialmente, pero que sufren de déficits en el funcionamiento cognitivo. La INT convierte sistemáticamente las áreas neurocognitivas definidas por la MATRICS en abordajes terapéuticos mientras utiliza los resultados empíricos de la TPI y la experiencia práctica al aplicar terapia de grupo con personas que sufren de esquizofrenia. Por el momento, este abordaje terapéutico, solo existe en inglés y alemán (versión original). Se puede aplicar este programa a muestras de pacientes con características similares a las utilizadas en esta investigación. Para ello, sería necesario traducir al idioma español el manual con las instrucciones para su aplicación y los materiales necesarios para aplicar los distintos programas que lo componen. Además se pueden escoger las áreas cognitivas específicas que se desee trabajar, dependiendo de las necesidades de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*(189), 373-378.
- Alguero M., V. M. (2005). Intervención Cognitivo-Conductual basada en la Terapia Psicológica Integrada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial (Trabajo Fin de Máster). Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Psicología.
- APA. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bozikas, V., Kosmidis, M., Kiosseoglou, G., & Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with. *Comprehensive Psychiatry*(47), 136-143.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. México: Prentice Hall.
- De Jong, S. J., de Gelder, B., & Hodiament, P. (2013). Sensory processing, neurocognition, and social cognition in schizophrenia: Towards a cohesive cognitive model. *Schizophrenia Research*(146), 209-2016.
- De la Higuera, J. (2002). Rehabilitación de la función cognitiva en pacientes afectados de trastorno mental severo: un estudio piloto utilizando los módulos cognitivos del programa IPT. *Apuntes de Psicología*(20), 387-402.
- García, S., Fuentes, I., Gallach, E., Ruiz, J., & Roder, V. (2003). An application of IPT in a Spanish sample: empirical study of the "Social perception programme". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 1-12.
- Gazzaniga, M., Ivry, R., & Mangun, G. (2001). *Cognitive Neuroscience. The biology of mind*. Londres: Norton / Company.
- Green, M., & Nuechterlein, R. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*(25), 309-319.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectiva clínica en los trastornos psicológicos*. México D.F.: MacGrawHill.
- Howes, O. D., & Kapur, S. (mayo de 2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 549-562.

- INSAM. (2014). *Noti-Insam. Boletín Semestral del INSAM. Año No.3 . Edición #6. Noviembre. Panamá.*
- Lemos, S., Vallina, O. G., Alonso, M., & Ortega, J. (2004). Evaluación de la efectividad de la Terapia Psicológica Integrada en la evaluación a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Española de Psiquiatría*(32), 166-177.
- Ministerio de Salud . (2014). *Causas de morbilidad médica de Salud Mental, por grupo de edad y sexo, en la República de Panamá.* Panamá.
- Montejo, A., González Torres, M. Á., Mayoral, F., Olivares, J. M., Ros, S., Bousoño, M., . . . Prieto, L. (2003). Escala GEOPTE de Cognición social para la psicosis. *Acta Española de Psiquiatría*, 3(31), 120-128.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico.* México, D.F.: Manual moderno.
- Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(1).
- NEURONUP. (15 de 6 de 2016). *NEURONUP.* Obtenido de <https://www.neuronup.com/es/areas/functions>
- Nuechterlein, H., & Dawson, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*(10), 300-312.
- Nuechterlein, K. H., & Green, M. (2009). *Batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS. Manual de aplicación y corrección.* California, USA: MATRICS Assessment Inc.
- Nuechterlein, H., Dawson, M., & Green, M. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica/Supplementum*(384), 71-79.
- Nuechterlein, K., & Green, M. (2006). *MATRICES Consensus Cognitive Battery. Manual.* Los Angeles: Matrics Assessment Inc.
- Organización Mundial de la Salud . (2006). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Panamá.* Panamá.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Esquizofrenia.* Recuperado el 28 de Octubre de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Penades Rubio, R. (2002). *La rehabilitació neuropsicòlogica del pacient esquizofrènic (Tesis doctoral).* Barcelona: Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica - Universitat de Barcelona.
- Penadés, R., Boget, T., Catalán, R., Bernardo, M., Gastó, C., & Salamero, M. (2003). Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and

- neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(3), 219–227.
- Pérez Á., M., Fernández H., J. R., Fernández R., C., & Amigo V., I. (2011). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J., Gómez-Benito, J., & Purdon, S. (2014). *Screening del deterioro cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: Tea Ediciones.
- Rains, D. G. (2004). *Principio de Neuropsicología Humana*. México, D.F. : McGraw-Hill Interamericana .
- Robinson, D., Woerner, M., McMeniman, Mendelowitz, A., & Bilder, R. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 473-479.
- Roder, V., & Medalia, A. (2010). *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment*. Switzerland : S. Karger AG.
- Roder, V., & Muller, D. R. (2015). *INT- Integrated neurocognitive treatment for schizophrenia patients*. Suizar: Springer.
- Roder, V., Brenner, H., Kienzle, N., & Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia*. Granada: Alboran Editores.
- Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 71-79.
- Roder, V., Muller, D. R., Brenner, H. D., & Spaulding, W. D. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency*. Massachusetts, USA: Hogrefe Publishing.
- Roder, V., Muller, D. R., Brenner, H. D., & Spaulding, W. D. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency in Schizophrenia Patients*. Massachusetts, USA: Hogrefe Publishing.
- Rosen, C., Grossman, L. S., Harrow, M., Bonner-Jackson, A., & Faull, R. (2012). Valor diagnóstico y pronóstico de los síntomas de primer orden de Schneider: un estudio longitudinal de 20 años de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 110-115.
- Rosenzweig, M. R., & Leiman, A. I. (1992). *Psicología Fisiológica*. Madrid: McGrawHill/Interamericana de España.
- Salud, O. M. (s.f.). *Tratamiento de la esquizofrenia en el mundo en desarrollo: análisis interregional y multinacional de la costoeficacia*. Recuperado el 29

de Octubre de 2015, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/07-045377-ab/es/>

- Sanz, D. G., Modamio, M. F., Seco, R. B., Rodríguez, M. A., & Fuentes, G. P. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: a pilot study. *Span J Psychol*, 12, 184-191.
- Taksal, A., Sudhir, P., Janakiprasad, K., Viswanath, D., & Thirthalli, J. (2015). Feasibility and effectiveness of the Integrated Psychological Therapy (IPT) in patients with schizophrenia: a preliminary investigation from India. *Asian J Psychiatry*(17), 78-84.
- Tomás Martínez, P. (2009). Entrenamiento Cognitivo en la esquizofrenia (Tesis Doctoral). España: Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.
- Whitbourne, S. (2017). *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. New York, USA: McGraw-Hill.
- Wright, N. P., Turkington, D., Kelly, O. P., Davies, D., Jacobs, A. M., & Hopton, J. (2014). *Treating Psychosis*. Oakland, USA: New Harbinger Publications, Inc.

ANEXOS

Consentimiento informado

“Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en pacientes de ambos sexos con edades entre 35 y 59 años con esquizofrenia en remisión

Yo, _____ (nombre y apellido):

a. Declaro que se me ha facilitado una hoja informativa y comprendo el significado del tratamiento.

b. Declaro que he podido hacer preguntas sobre el mismo y aclarar las dudas que me han surgido.

c. Declaro que he recibido la información necesaria tanto verbal como escrita sobre el propósito y desarrollo de la terapia.

d. Comprendo que mi participación es voluntaria y en ningún momento se me ha obligado a hacerlo.

e. Comprendo que puedo retirarme del tratamiento:

- cuando lo desee y crea conveniente
- sin tener que dar explicaciones
- sin que esto afecte negativamente en los cuidados médicos que reciba actualmente.

Presto de manera voluntaria mi conformidad para participar en este estudio,

Panamá, ____ de _____ de 2017

Firma del participante:

Cédula:

Hoja informativa

“Terapia Psicológica Integrada para mejorar las funciones cognitivas en pacientes de ambos sexos con edades entre 35 y 59 años con esquizofrenia en remisión”

El objetivo de este tratamiento es mejorar las funciones cognitivas de pacientes con esquizofrenia en remisión a través de la Terapia Psicológica Integrada. El beneficio de esta terapia es que permitirá mejorar las funciones cognitivas y la actividad social; las cuales son importantes para realizar funciones de la vida diaria y relacionarse con los demás. Esta terapia no pretende ser un sustituto al tratamiento farmacológico que recibes. Para llevar a cabo la terapia psicológica, primeramente se necesitará recopilar información sobre usted y su tratamiento actual. Una vez realizado esto y con la información adicional obtenida del equipo de salud de la institución, se podrá conocer si usted puede participar del presente del tratamiento.

A todos aquellos que participen se les aplicarán una serie de pruebas psicológicas para medir las funciones cognitivas. Una vez realizado esto, los que formen parte del grupo terapéutico participarán del tratamiento que involucra cinco subprogramas. Este tratamiento se realizará de manera grupal y por un espacio de tres meses; se reunirán dos veces a la semana. La duración de cada sesión varía de 45 a 60 minutos.

Una vez finalizado el tratamiento, todos los participantes se les aplicarán las mismas pruebas que al inicio. Cuando se tengan los resultados, se les comunicarán los mismos en una reunión grupal. Además se aplicará el mismo tratamiento para aquellos miembros que no participaron anteriormente si lo desean.

Su participación en este tratamiento es voluntaria y usted puede tomar la decisión de retirarse en cualquier momento del mismo, sin que esto tenga consecuencias negativas en su tratamiento actual. Toda información que se recopile sobre usted será tratada de manera confidencial y sólo por el terapeuta y los miembros del equipo de salud de la institución. Se realizará un informe sobre los resultados de dicho tratamiento, en el que no se usará su nombre completo ni las siglas.

Cualquier pregunta o duda sobre el tratamiento se la puede hacer directamente al terapeuta responsable: Psic. Alexander Yu Cheung al .

Se le agradece su tiempo y disposición.

Psicólogo Alexander Yu Cheung – C.I.P.: 4108

Protocolo de la entrevista inicial

Sujeto No. _____

1. Nombre(s): _____

2. Apellido(s): _____

3. Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ 4. Sexo: M

 día mes año

5. Edad (años): _____

6. Estado civil:

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unido(a)

7. Nivel de educación: _____ 8. Profesión: _____

9. Tiempo de desarrollo de la enfermedad (años):

10. Diagnósticos médicos actuales:

11. Tratamiento farmacológico actual:

12. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico (individual o grupal)?

(marcar con una "X")

Si No

13.a. Si la respuesta es sí, especificar el motivo y duración:

14. ¿Posee problemas auditivo y/o visuales?

Si No

15. ¿Posee historia de abuso de alcohol y/o drogas por un periodo de 10 años o más?

Si No

16. ¿De participar en la investigación, se mantendrá en su lugar de residencia actual durante los próximos cuatro meses?

Si No

17. ¿Presenta conductas disruptivas que puedan afectar el desarrollo de la terapia? (pedir esta información al equipo de salud o informante).

Si No

GENOGRAMA

EXAMEN MENTAL

Conciencia _____

Orientación: Temporal __Si __No

Espacial __Si __No

Autopsíquica __Si __No

Aspecto general _____

Actitud: Cooperador __

Desinterés __

Defensiva __

Tenso __

Suspicaz __

Seductora __

Ideas de tristeza __Si __No Llanto fácil __Si __No

Ideas autolíticas __Si __No.

Explique _____

Sueño: Insomnio __

Hipersomnia __

Afectividad: __alegría __tristeza __ansiedad __irritabilidad __miedo __

disociación ideo afectiva __labilidad afectiva __aplanamiento afectivo

Lenguaje: Ritmo: velocidad _____

Bloqueo _____

Afasia _____

Concentración: __adecuada __disminuida

Memoria: __conservada __disminuida

Pensamiento: __curso lógico __logorrea __disminuido

Contenido del pensamiento:

1. Delirio __referencia
 - __persecutorio
 - __influencia
 - __hipocondriaco
 - __erótico
 - __celotipia
 - __grandeza
 - __transformación corporal
 - __culpa o pecado
 - __nihilista o negación (el mundo se ha acabado)

2. Obsesiones (idea intrusiva, repetitiva y egodistónica):

3. Ideas sobrevaloradas (convicciones asociadas a estados afectivos acentuados que presenta el individuo):

4. Ideas suicidas (ideas de autoeliminación y autoagresión):

Formulario del evaluador A

MCCB

Batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS

Evaluador _____

Evaluación n.º: _____

INFORMACIÓN DEL SUJETO

Nº de ID: _____

Nombre/s y Apellido/s (opcional): _____

Fecha de evaluación:

____ / ____ / ____
Día Mes Año

Fecha de nac.:

____ / ____ / ____
Día Mes Año

Edad: = ____ años ____ meses

Sexo: Mujer Hombre

Raza:

- Blanca
- Afroamericana o negra
- Hispana o latina
- Asiática
- Indio americana o nativo/a de Alaska
- Isleño/a del Pacífico
- Más de una raza (especifique cuáles)

Grupo étnico:

- Hispano o latino
- No hispano/latino

Mano dominante (para escribir):

- Derecha Izquierda

Máximo nivel educativo alcanzado (año de escolaridad a tener en cuenta):

____ Sujeto
____ Padre del sujeto
____ Madre del sujeto

Información adicional:

MATRICS
Assessment Inc.

TABLA DE PUNTUACIONES

Prueba	Puntuación directa				Puntuación T*	Percentil*
	5-1	5-2	5-3	Suma		
1 TMT						
2 BACS SC						
3 HVLTR						
4 WMS-III SS						
5 LNS						
6 NAB Mazes [Laberintos NAB]						
7 BVMT-R						
8 Fluency [Fluencia]						
9 MSCEIT™ ME						
10 CPT-IP						

TABLA DE PUNTAJES POR DOMINIO COGNITIVO

Dominio	Puntuación T*	Percentil*
Velocidad de procesamiento (combinación de puntuaciones T/percentiles de las pruebas TMT, BACS SC y 3) Fluency)		
Atención (puntuaciones de CPT-IP)		
Memoria de trabajo (combinación de puntuaciones T/percentiles de las pruebas WMS-III SS y (2) LNS)		
Aprendizaje verbal (puntuaciones del HVLTR)		
Aprendizaje visual (puntuaciones del BVMT-R)		
Razonamiento y resolución de problemas (puntuaciones de NAB Mazes)		
Cognición social (puntuaciones del MSCEIT™ ME)		
PUNTUACIÓN COMBINADA GENERAL		

*Véase el Apéndice C del manual, donde encontrará las tablas para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones T y percentiles. En el reverso de este formulario figuran instrucciones para completar la primera página.

Cuadernillo de respuestas A

MCCB

Batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS

Nombre (o n.º de ident.): _____

MATRICES
Assessment Inc.

Número de producto: SPN-CSA2006-4A

Formulario del evaluador B

MCCB

Batería consensuada sobre procesos cognitivos MATRICS

Evaluador: _____

Evaluación n.º: _____

INFORMACIÓN DEL SUJETO

Nº de ID: _____

Nombre/s y Apellido/s (opcional): _____

Fecha de evaluación: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Fecha de nac.: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Edad: = _____ Años _____ Meses

Sexo: Mujer Hombre

Raza:

Blanca

Afroamericana o negra

Hispana o latina

Asiática

Indio americana o nativo/a de Alaska

Isleño/a del Pacífico

Más de una raza (especifique cuáles) _____

Grupo étnico:

Hispano o latino

Indio americano

Mano dominante (escribir): Derecha Izquierda

Máximo nivel educativo alcanzado (en años de escolaridad a tiempo completo):

_____ Sujeto

_____ Padre del sujeto

_____ Madre del sujeto

Información adicional:

TABLA DE PUNTUACIONES				
Prueba	Puntuación directa			Puntuación T* Percentil*
1 TMT				
2 BACS SC				
3 HVL-R	S-1	S-2	S-3	Media
4 WMS-III SS				
5 LNS				
6 NAB Mazes (Laberintos NAB)				
7 BVMT-R			S-3	
8 Fluency (Fluency)				
9 MSCEIT™ ME				
10 CPT-IP	2-D	3-D	4-D	Media

TABLA DE PUNTUACIÓN POR DOMINIO COGNITIVO			
Dominio	Puntuación T*	Percentil*	
Velocidad de procesamiento (combinación de puntuaciones T/percentiles de las pruebas (1) TMT, (2) BACS SC y (3) Fluency)			
Atención/vigilancia (puntuaciones del CPT-IP)			
Memoria de trabajo (combinación de puntuaciones T/percentiles de las pruebas (1) WMS-III SS y (2) LNS)			
Aprendizaje verbal (puntuaciones del HVL-R)			
Aprendizaje visual (puntuaciones del BVMT-R)			
Razonamiento y resolución de problemas (puntuaciones de NAB Mazes)			
Cognición social (puntuaciones del MSCEIT™ ME)			
PUNTUACIÓN COMBINADA GENERAL			

MATRICS
Assessment Inc.

*Véase el Apéndice C del manual, donde encontrará las tablas para convertir las puntuaciones directas en puntuaciones T y percentiles. En el reverso de este formulario figuran instrucciones para completar la primera página.

Cuadernillo de respuestas B

MCCB

Batería consensuada sobre procesos
cognitivos MATRICS

Nombre (o n.º de ident.): _____

MUESTRA

MATRICES
Assessment Inc.

Número de producto: SPN-CSA2006-4B

HVLT-R™

Hopkins Verbal Learning Test–Revised
[Prueba de aprendizaje verbal de Hopkins - Versión revisada]

Formulario de la prueba Formulario 1

Jason Brandt, PhD • Ralph H. B. Benedict, PhD

Categorías semánticas: Animales de cuatro patas, Piedras preciosas, Viviendas humanas

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Años _____ Meses _____
 Eva _____ Fecha ____/____/____

Lista de palabras

RE P T
Caballo
Piso
Zo tel
Cueva
Ó lo
Tigre
Perla
M S

de respuestas
ctas =

Series de aprendizaje		
Serie 1	Serie 2	Serie 3

	Puntuación directa	Puntuación T
Puntuación total de Recuerdo (suma del total de respuestas correctas de las series 1, 2 y 3)		

PAR • Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 N. Florida Ave., Lutz, FL 33549 • Teléfono gratuito para EE.UU 1.800.331.TEST • www.parinc.com
 Adaptado y reproducido con permiso especial del editor, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir de Hopkins Verbal Learning Test - Revised, de Jason Brandt, PhD, y Ralph
 H.B. Benedict, PhD, Derechos de autor 1991, 1998 y 2001 para PAR, Inc., versión en Español. Derechos de autor 2009 para PAR, Inc. Queda prohibido cualquier otra reproducción de su contenido sin permiso de PAR, Inc.
 Número de producto: SPN-USA2009-B. Impreso en EE.UU.

HVLT-R™

Hopkins Verbal Learning Test-Revised
[Prueba de aprendizaje verbal de Hopkins - Versión revisada]

Formulario de la prueba

Formulario 4

Jason Brandt, PhD • Ralph H. B. Benedict, PhD

Categorías semánticas: Aves, Prendas de vestir, Herramientas de carpintería

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Años _____ Meses _____

Evaluador _____ Fecha ____/____/____

Lista de palabras

- Canto
- Zapatos
- Blusa
- Clares
- Cuervo
- Gorrión
- D
- Cinzel
- Falda

Puntuación de palabras correctas =

Series de aprendizaje		
Serie 1	Serie 2	Serie 3

	Puntuación directa	Puntuación T
Puntuación total de Recuerdo (suma del total de respuestas correctas de las series 1, 2 y 3)		

PAR • Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 N. Florida Ave., Lutz, FL 33549 • Teléfono gratuito para EE.UU. 1.800.331.TEST • www.parinc.com
Adaptado y reproducido con permiso especial del editor, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir de Hopkins Verbal Learning Test - Revised, de Jason Brandt, PhD, y Ralph H.B. Benedict, PhD, Derechos de autor 1991, 1998 y 2001 para PAR, Inc., versión en Español, Derechos de autor 2000 para PAR, Inc. Questa proibida cualquier otra reproducción de su contenido sin permiso de PAR, Inc.
Número de producto: SPN-CSA2006-10 Impreso en EE.UU.