

Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)

www.fearp.org

EDITORES:

Martín L. Vargas (Castilla y León) y Rafael Touriño (Canarias)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Ana García (Extremadura), Jaime Fernández (Canarias), Daniel Navarro (Castilla-La Mancha),
Soraya Masa (Extremadura), Ana Vallespí (Aragón), Rafael Penadés (Cataluña)

CONSEJO ASESOR:

Jorge Arévalo (Castilla y León), Olga Carrasco (Castilla-La Mancha), Miguel Castejón (Madrid),
Víctor Devolx (Castilla-La Mancha), Juan González (Madrid), Ricardo Guinea (Madrid),
María Victoria Gómez (Extremadura), Natalia Jimeno (Castilla y León), Clara López (Madrid),
Marcelino López (Andalucía), Juan José Martínez (Asturias), César Martín (Extremadura),
Manuel Muñoz (Madrid), Antonio Tarí (Aragón), Abelardo Rodríguez (Madrid), Tina Ureña (Cataluña),
José J. Uriarte (País Vasco), Óscar Vallina (Cantabria)

EDITOR EMÉRITO:

Ramón Blasi (Cataluña)



JUNTA DE EXTREMADURA

Copyright 2008 Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación es de difusión libre y gratuita a través de Internet gracias al patrocinio de FISLEM y FUNDESALUD.

Protección de datos: FEARP declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido:

Ref. SV núm. 64/05-R-CM

Depósito legal: VA. 113.-2010

ISSN: 1696-9936

Imprime: Gráficas Andrés Martín, S. L. 47003 VALLADOLID

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.

Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)

www.fearp.org

VOLUMEN 5, NÚMEROS 1-2, ENERO-DICIEMBRE 2008

CONTENIDOS

EDITORIAL

- 5 Rehabilitación Psicosocial: segunda época

Martín L. Vargas y Rafael Touriño

- 7 Cognición social en la esquizofrenia

N. Jimeno Bulnes

ORIGINALES

- 9 Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS)

J. Carlson Aburto, J. Balseira Gómez, L. Lalucat Jo, M. Teixidó Casas, M. Berruezo Ortiz, T. Ureña Hidalgo, R. Ordóñez Fernández, V. Marzo Vega, M. San Emeterio Parra y el Grupo GRPSI

REVISIONES

- 17 Entrenamiento en el reconocimiento de afectos. Programa específico para el tratamiento de los trastornos cognitivo-sociales de los pacientes esquizofrénicos

W. Wölwer y N. Frommann

- 25 Aproximaciones a la evaluación de la cognición social en la esquizofrenia

I. Fuentes, J. C. Ruiz, S. García y M.ª J. Soler

- 31 Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración

F. Palha

- 39 Terapia Psicológica Integrada (IPT) para la Esquizofrenia: ¿Es efectiva?

V. Roder, D. R. Mueller, K. T. Mueser y H. D. Brenner

- 57 Síntomas básicos y rehabilitación psicosocial

A. Jimeno-Valdés, N. Jimeno-Bulnes y M. L. Vargas

RESEÑAS

- 67 Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas

T. Sobrino y A. Rodríguez

- 69 Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia

Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes

NORMAS EDITORIALES

Rehabilitación Psicosocial: segunda época

Martín L. Vargas y Rafael Touriño
Editores de Rehabilitación Psicosocial

«Rehabilitación Psicosocial» es la publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Comenzó a publicarse en enero de 2004 con periodicidad semestral, si bien los dos números del volumen 4 se publicaron unificados. Hasta 2007 han visto la luz 7 editoriales, 12 artículos de investigación original, 8 revisiones, 8 artículos de descripción de experiencias asistenciales, 2 reseñas de hemeroteca y 5 reseñas de libros. El inicio de nuestra revista, difícil como todos los inicios, se vio generosamente apoyado por la experiencia de Editorial Doyma, luego perteneciente al grupo Elsevier, y por la apuesta inversora de laboratorios ASTRA-ZENECA. Rehabilitación Psicosocial ha recibido en todo momento el apoyo entusiasta de la FEARP.

Comenzamos ahora una segunda época. La estabilidad de nuestro proyecto se ve garantizada por el convenio de colaboración suscrito entre la FEARP y las fundaciones FUNDESALUD de Extremadura y FISLEM de Castilla-La Mancha. Esta sinergia permitirá mantener y afianzar el objetivo editorial que dio origen a nuestra publicación: difundir en lengua española el conocimiento relacionado con la rehabilitación psicosocial, respetando la pluralidad de métodos que es propia de nuestra disciplina. Este conocimiento procederá de trabajos originales y revisiones según el método habitual de las ciencias biomédicas y de la psicología, pero también de los enfoques narrativos más habituales en las ciencias sociales. La sección de

experiencias asistenciales estará especialmente orientada a este último aspecto.

«Rehabilitación Psicosocial» se adhiere al ideario de la Declaración de Berlín, auspiciada por el Consejo Europeo el 25 de marzo de 2007, el cual aboga por el derecho gratuito, irrevocable y mundial de acceder a un trabajo erudito, lo mismo que licencia para copiarlo, usarlo, distribuirlo, transmitirlo y exhibirlo públicamente. De acuerdo con ello, nuestra revista se publicará «en abierto» a través de Internet y se autoriza la fiel difusión de su contenido por cualquier vía.

Se publica ahora el volumen 5, correspondiente a 2008. El volumen 6, de 2009, estará también disponible en el primer trimestre de 2010. A partir de 2010 se seguirá editando un volumen anual, compuesto ahora por tres números de periodicidad cuatrimestral que volverán de nuevo a ajustarse al calendario. Agradecemos a los autores su comprensión y paciencia por la demora en la publicación de sus trabajos, que se ha debido al profundo cambio editorial experimentado. Se ha renovado parcialmente el equipo de la redacción y se ha incorporado Rafael Touriño como coeditor. Nuestro más profundo agradecimiento a los miembros salientes y la más calurosa bienvenida a los entrantes. Ramón Blasi, anterior codirector seguirá con nosotros en calidad de editor emérito. Ramón, todos los profesionales de la rehabilitación psicosocial en España te debemos mucho. Que nuestros esfuerzos sean para el bien de las personas a las que atendemos.

Cognición social en la esquizofrenia

Natalia Jimeno Bulnes

Profesora titular de psiquiatría. Universidad de Valladolid. Coordinadora del número monográfico

En los últimos años se observa un creciente número de intervenciones en la rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que corresponden a su vez a diferentes enfoques teórico-prácticos. Entre ellos cabe destacar el basado en la «cognición social», concepto ya conocido pero de reciente aplicación a las psicosis; de hecho constituye uno de los siete ámbitos cognitivos críticos de los pacientes con esquizofrenia que fueron identificados en el «proyecto MATRICS» en 2003. Se recogen en este número las diferentes aportaciones al simposio: *Social cognition in schizophrenia: the key for successful CPT interventions* (Cognición social en esquizofrenia: la clave para el éxito de intervenciones cognitivo-conductuales) celebrado en Madrid en marzo de 2007, en el marco del XV Congreso Europeo de Psiquiatría; simposio que contó con una notable afluencia de público, muestra probablemente del interés que el tema suscita.

Así pues, en el apartado de revisiones y a modo de introducción, Jimeno-Valdés y cols. exponen en primer lugar las características y algunos tipos de ciertas manifestaciones clínicas y neurocognitivas en pacientes afectados de esquizofrenia, que han recibido el nombre de «síntomas básicos» e incluyen fallos en la expresión emocional, así como sus consecuencias para la terapia de pacientes defectuales o, en terminología DSM-IV, con esquizofrenia residual.

En segundo lugar, Palha presenta diversas definiciones de cognición social, entre ellas «las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, que incluyen procesos implicados en percibir, interpretar y generar respuestas a las intenciones, planes y conductas de otros», tal y como propusieron Green y cols. en 2005. Desarrolla además las áreas –o dominios– más estudiadas en la esquizofrenia: Percepción de la Emoción, Percepción Social y Conocimiento Social, Teoría de la Mente y Estilo de Atribución, así como sus correspondientes instrumentos de evaluación.

Fuentes y cols. profundizan en la evaluación de los distintos componentes de la cognición social en la esquizofrenia, y presentan un instrumento propio, la Escala de Percepción Social (SCS), desarrollado para evaluar las habilidades que entrena el subprograma de percepción social de la Terapia Psicológica Integrada (IPT), escala que en la actualidad se halla en su segunda versión y ofrece en nuestra opinión nuevos horizontes en la investigación de esta compleja enfermedad –o grupo de enfermedades–.

En cuanto a los programas de intervención que pretenden mejorar la cognición social de estos pacientes, y como trabajo de investigación original, Wölwer y Frommann exponen las características, contenidos y efectos de un programa propio, el Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (TAR), en comparación con el entrenamiento en rehabilitación cognitiva y el tratamiento psiquiátrico habitual. Esperamos que en un futuro próximo se difundan también en nuestro medio este tipo de intervenciones.

Un segundo trabajo original es el de Carlson y cols., que describe la utilización de dos programas de gestión de casos para pacientes con trastorno mental severo: el Programa de Seguimiento Individualizado y el Programa de Atención Específica. En dicha investigación se realiza una amplia evaluación multidimensional y curiosamente se identifica un subgrupo de pacientes que rechaza participar en el estudio y parece mostrar una menor percepción de sus necesidades. A modo de sugerencia: ¿tal vez en relación con un déficit de cognición social?

Se cuenta como colaboración especial con el trabajo de Roder y cols., en el que se presenta un metaanálisis centrado en la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia, programa ampliamente difundido también en España y parte de Iberoamérica, y que abarca 30 estudios europeos con un total de 1.393 pacientes evaluados. Aunque este estudio por su relevancia ha sido ya publicado en inglés y alemán, hemos estimado imprescindible hacerlo también en castellano.

El número se completa con el interesante estudio comparativo de dos programas de gestión de casos llevados a cabo en Cataluña por Carlson-Aburto y el grupo GRPSI, así como dos críticas de libros: por una parte, la nueva edición española de la mencionada *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia* –también conocido como programa IPT–, que ha contado con la inestimable colaboración de Fuentes, y la *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*, de Sobrino y Rodríguez.

Finalmente, queremos destacar la diversidad de participantes en este número, en el que confluyen psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental, que trabajan en España, Portugal, Alemania o Suiza, y que pueden reflejar la necesaria cooperación en la formación, asistencia e investigación respecto a la rehabilitación psicosocial.

Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS)

J. Carlson Aburto^{a,b}, J. Balsera Gómez^a, L. Lalucat Jo^b, M. Teixidó Casas^b, M. Berruezo Ortiz^c, T. Ureña Hidalgo^d, R. Ordóñez Fernández^e, V. Marzo Vega^f, M. San Emeterio Parra^b y el Grupo GRPSI

RESUMEN

Introducción: Este estudio pretende describir el perfil de los usuarios atendidos en dos programas de gestión de casos de distinta intensidad que se implementan en Cataluña: El Plan de Servicios Individualizados y el Programa de Atención Específica.

Metodología: Una muestra formada por una cohorte de 294 pacientes con diagnóstico dentro del rango de Trastorno mental, fue asignada a cada uno de los grupos. Se midieron las características clínicas, sociodemográficas, uso de servicios, carga familiar, necesidades cubiertas, ajuste global, calidad de vida, alianza terapéutica, nivel de discapacidad y apoyo social.

Resultados: No se encontraron diferencias en la composición diagnóstica de las dos sub-muestras ni en sus características sociodemográficas. Sí se encontraron en el uso de servicios comunitarios y hospitalarios, en los

niveles de discapacidad, en la gravedad clínica, en el número de necesidades no cubiertas, y en algunas dimensiones de la carga familiar y apoyo social.

Conclusiones: Existe una correcta asignación a las condiciones de tratamiento. Las diferencias entre los grupos se pueden explicar por la gravedad clínica los niveles de discapacidad, ajuste global y el uso de servicios comunitarios y no por el diagnóstico sugiriendo la posibilidad de sucesión de los programas comparados en el proceso de recuperación de los usuarios.

PALABRAS CLAVE

Gestión de Casos, psiquiatría comunitaria, trastorno mental severo, evaluación de programas.

^a Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

^b Centre de Higiene Mental de Les Corts.

^c Associació per la Salut Mental Horta-Guinardó.

^d Centre de Psicoteràpia de Barcelona-SSM.

^e Associació per la Salut Mental Septimània.

^f Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental.

El Grupo GRPSI (Grup de Recerca del Pla de Serveis Individualitzats) lo componen actualmente:

J. Balsera Gómez, Gestor de Casos en Salut Mental Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental; J. Carlson Aburto, Psicòloga; Ll. Albaigés Sans, Psiquiatra, Benito Menni CASM; D. Clusa Gironella, Psiquiatra Fundació Hospital Sant Pere Claver; J. M. Haro, Psiquiatra Fundació Sant Joan de Déu; Ll. Lalucat Jo, Psiquiatra Centre de Higiene Mental de Les Corts; M. San Emeterio, Psiquiatra Centre de Higiene Mental de Les Corts; M. Teixidó, Psiquiatra Centre de Higiene Mental de Les Corts i; T. Ureña, Trabajadora Social Centre de Psicoteràpia de Barcelona-SSM; J. Carlson, Psicòloga Centre de Higiene Mental de Les Corts; I. Zafra, Trabajadora Social Fundació Hospital Sant Pere Claver; C. Sotelo Borjas, Psiquiatra, Benito Menni CASM; M. García Durán, Trabajadora Social Fundació Hospital Sant Pere Claver; V. Marzo Vega, Trabajadora Social Benito Menni CASM; R. Ordóñez, Psicòloga Associació per la salut mental Septimània; M. Berruezo, Enfermera Associació per la Salut Mental Horta Guinardó; La Associació Cente de Higiene Mental Nou Barris y la Comunitat Terapèutica del Maresme, Serveis Salut Mental.

Correspondencia: Joaquín Balsera Gómez. Unitat de Recerca i Desenvolupament.

Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

C/ Dr. Antoni Pujadas 42

08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Correo electrónico: jbalsera@sjd-ssm.com

Agradecimientos: Éste estudio es posible mediante la financiación del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI031544).

User's profile of two case management programs for the assistance to patients with severe mental disorders (SMD): «Programa de Seguimiento Individualizado» (PSI-TMS) vs. «Programa de Atención Específica» (PAE-TMS)

ABSTRACT

Introduction: This study describes the profile of the users in treatment in two programs of case management of different intensity that are implemented in Catalonia: The Plan of Individualized Services and the Program of Specific Attention.

Methods: In a sample formed by one cohort of 294 patients with diagnosis of Severe Mental Disorder, was assigned to each of the two programs. The clinical, social and demographical characteristics, use of services, global adjustment, family burden, met and unmet needs, quality of life, therapeutic alliance, level of disability and social support were measured.

Results: There were not differences neither in the diagnostic composition of the two sub-samples nor in their socio-demographical characteristics. It did exist in the use of community and hospital services, in the degree of disability, in clinical severity, in the number of non-covered needs, and in several dimensions of family charge and social support.

Conclusions: a correct assignment of the patients exists to the conditions of treatment. The differences between the groups can explain one by the clinical gravity the disability levels, global adjustment and the use of community services and not by the diagnostic suggesting the possibility of succession of the compared programs in the process of recovery of the users.

KEY WORDS

Case Management, Community Psychiatry, Severe Mental Disorders, Evaluation of programs.

Introducción

Al revisar la literatura publicada desde 1995 hasta la fecha sobre los beneficios de la gestión de casos vemos que éste tipo de programas introducen mejoras en diversas áreas: reducción de la gravedad, de la duración y número de hospitalizaciones^{1, 2, 3, 4}; mejora del acceso a los dispositivos comunitarios de atención psiquiátrica y social⁵, aumento de las necesidades cubiertas⁶; aumento de la satisfacción con los servicios tanto de los usuarios como de las familias⁷; mejor funcionamiento social, entendido como mejor adaptación y aumento de las redes de apoyo social de las personas atendidas^{8, 4, 7}; por último, se observa también una reducción tanto de las interrupciones del tratamiento como de los costes sanitarios^{9, 4, 10}.

Sobre la conceptualización de la gestión de casos y sus variantes¹, es conveniente decir que en este estudio, se evalúan dos programas, los cuales se diferencian fundamentalmente en la intensidad de la atención que reciben sus usuarios y no en sus fundamentos teóricos ni de concepción del modelo asistencial. Estos dos programas están dirigidos a atender a usuarios que presentan trastornos mentales severos y persistentes con las siguientes características diagnósticas: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastornos de personalidad graves, trastorno obsesivo compulsivo y agorafobia. En todos los casos la evolución ha de ser superior a los dos años y la puntuación en su nivel de funcionamiento global en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG/GAF), inferior a 50.

En la red asistencial de salud mental de utilización pública de Cataluña existen dos programas orientados a la atención específica a los TMS, uno de ellos, el *Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos (PSI-TMS)*, es un recurso asistencial disponible en algunos centros de salud mental para población adulta (CSMA) de Cataluña que está destinado, además de a las personas con TMS, también a sus familias. Este programa ha sido concebido para los casos en los que existe una grave repercusión sociofamiliar y/o una utilización inadecuada de recursos sanitarios, ya sea por falta de vinculación a los equipamientos comunitarios o por un excesivo consumo de recursos. El PSI-TMS es un programa de intervención comunitaria que centra sus actuaciones en la atención directa y en la coordinación entre servicios.

El PSI es llevado a cabo por profesionales con diplomaturas universitarias (enfermeros, trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.), que reciben el nombre de Coordinadores de Proyecto Individual (CPI), en terminología americana llamados *case managers*, los cuales incorporan estrategias clínicas al contacto directo con los usuarios. Para llevar a cabo su trabajo, estos profesionales se apoyan en los servicios asistenciales existentes para el tratamiento de personas con TMS y les atienden allá donde se encuentren, que generalmente suele ser el lugar donde residen (su casa, barrio, residencia, calle, etc.). El programa tiene como objetivo, a través del establecimiento de un único responsable o CPI para cada usuario, la realización de un plan de atención que se revisa periódicamente y que es elaborado teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que se ocupan de cada caso y las preferencias de los usuarios.

De acuerdo con los trabajos que hemos consultado¹¹, la atención directa de los CPI incluye: la vinculación con el usuario considerando sus objetivos y preferencias; relación con su familia; evaluación del estado del usuario y sus necesidades; y coordinación de la atención

recibida (seguimiento de todas las intervenciones, transmisión de información, coordinación y planificación de actividades de acuerdo a las necesidades del usuario).

El segundo recurso disponible en la red pública de la comunidad autónoma de Cataluña es el *Programa de Atención Específica para personas con TMS (PAE-TMS)*¹². Este es un programa de tratamiento que contiene un mínimo de actuaciones básicas que deben ser desarrolladas por los diferentes CSMA a partir de los recursos disponibles en cada centro para la atención a los TMS.

El PAE se ocupa de evaluar el seguimiento del tratamiento y de establecer estrategias tanto para mejorar la adherencia al mismo por parte de los pacientes con TMS, como para optimizar los factores que inciden en su continuidad. Para ello, los pacientes asignados a este programa reciben una atención preferente en su asistencia psiquiátrica y cuentan con unos plazos más reducidos que los asignados desde el CSMA a la población general.

Los CSMA que desarrollan el PAE, deben explicitar los criterios en los que basan la periodicidad de visitas a los diferentes profesionales según cada caso y los servicios necesitados, lo que deberá incluirse en el Plan Terapéutico Individualizado (PTI), análogo al Plan de Atención del PSI. El seguimiento de la no presentación a las visitas también debe ser registrado.

El PAE se ocupa de confeccionar y hacer que se cumpla el PTI y de designar a un profesional referente. Este programa debe velar por la participación activa, información y orientación de las familias en el tratamiento y debe igualmente favorecer los contactos periódicos de éstas con el terapeuta responsable, el profesional referente o el trabajador social. El programa también debe valorar la necesidad de recursos comunitarios y/o sociales en todos los casos, así como la posible intervención de otros servicios comunitarios. El PAE intenta desarrollar acciones que mejoren la adherencia del paciente al programa de seguimiento, incluyendo el seguimiento comunitario activo del paciente con TMS. Para ello efectúa valoraciones de las tareas de seguimiento del paciente y su familia fuera del centro.

El objetivo del presente estudio fue conocer el perfil de los usuarios de estos dos programas específicos para los trastornos mentales severos desarrollados en 14 centros de salud mental para población adulta (CSMA) de Cataluña. En esta publicación mostramos las características de la muestra en el momento de su incorporación al estudio, cuando se evaluó a los pacientes en cuanto a su psicopatología, uso de servicios, ajuste social, calidad de vida, número de necesidades cubiertas, carga familiar, apoyo social y grado de discapacidad.

Metodología

Se trata de un estudio cuasi-experimental de corte transversal.

Pacientes:

La muestra estuvo compuesta por una cohorte de 294 pacientes. La mitad de la muestra correspondía a todos los sujetos que fueron derivados al programa PSI entre enero del 2004 y marzo del 2005 y posteriormente fueron emparejados con pacientes incluidos en el PAE. Los pacientes provenían de 10 sectores sanitarios: Gavà, Sants-Montjuïc y Ciutat Vella, Sarrià-Sant Gervasi, Les Corts, Nou Barris, Horta-Guinardó, l'Eixample, Maresme y L'Hospitalet. En total estos circuitos abarcan una población de 2.750.000 personas de población general según datos del padrón municipal de habitantes referidos al año 2006.

Los criterios de inclusión fueron: haber ingresado en el programa PSI entre enero de 2004 y marzo de 2005 por un lado, y ser atendido en el programa PAE y cumplir los criterios de emparejamiento para ser parte del grupo de comparación.

Las submuestras fueron emparejadas en función del diagnóstico, género, edad (± 5 años), GAF (± 10 puntos), trastorno por abusos de sustancias y si era posible, el número de ingresos en el año anterior. Para controlar las variaciones locales respecto al acceso a servicios y dado que estos se reparten de forma no homogénea dentro del territorio, el emparejamiento se realizó, siempre que fue posible, con pacientes del mismo sector sanitario.

La muestra de investigación fue evaluada dentro de los primeros meses de vinculación del paciente y cuando éste hubo establecido un vínculo de confianza con su respectivo CPI y, después, al cabo de un año.

Los pacientes y sus familiares fueron adecuadamente informados de las condiciones y objetivos de la investigación, del requisito de confidencialidad y de su derecho a abandonar el estudio sin consecuencias para su tratamiento. Todos los participantes firmaron su consentimiento antes de iniciar el trabajo.

Instrumentos:

- *Cuestionario sociodemográfico y de utilización de servicios*, adaptado del Cuestionario de Evaluación de Costes en la Esquizofrenia (CECE)¹³.
- *EEAG*, Escala de Evaluación de la actividad Global¹⁴.
- *BPRS*, The Brief Psychiatric Rating Scale¹⁵, entrevista semiestructurada de sintomatología psicopatológica. Validación española de los ítems incluida en la PANSS¹⁶.
- *WHO-DAS-S*, escala de discapacidad de la OMS versión abreviada (Janca et ál., 1996).

- CAN, Cuestionario de Necesidades de Camberwell¹⁸, versión española de Rosales et ál., 2002¹⁹.
- WHOQOL-BREF, Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS, versión reducida (Lucas, 1998)²⁰.
- ECFOS II, Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (Vilaplana et ál., manuscrito pendiente de publicación)²¹.
- DUKE-UNC-11, Cuestionario de Apoyo Social de Duke (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 1996)²².
- WAI-S, Cuestionario de Alianza Terapéutica «Working Alliance Inventory-Short Form» (Horvath & Greenberg, 1989)²³.

Análisis estadístico:

La comparación entre las sub-muestras se realizó con la prueba t de Student. Se comprobó si cumplían los criterios de normalidad y homogeneidad de la varianza de acuerdo a la prueba Shapiro Wilk y el estadístico de Levene respectivamente. En caso contrario, se utilizó la Prueba Kruskal-Wallis. Las diferencias entre variables categóricas fueron tratadas con Chi-cuadrado. Los datos fueron trabajados con el paquete estadístico SPSS 14,0²⁶.

Resultados

El total de pacientes incluidos en este estudio fue de 294 sujetos, siendo evaluados un total de 213 (147 pertenecientes al PSI y 66 pacientes atendidos por el PAE). El 62,6% de la muestra tenía un diagnóstico de esquizofrenia, el 11,2% de trastorno grave de la personalidad y el 8,9% de trastorno esquizoafectivo. La frecuencia de diagnóstico entre los programas, como espe-

rábamos, no difirió significativamente (Chi cuadrado 5,164; 10 gl; p = 0,880) (Tabla 1).

La sub-muestra PSI presentó una particularidad no prevista, 60 sujetos rechazaron participar en el estudio. Se intentó en estos casos recuperar el máximo de datos posibles, a partir del protocolo de evaluación de los profesionales (datos sociodemográficos, CAN, DAS y GAF), que se lleva a cabo al ingreso al CSMA y que sirve para realizar los planes de tratamiento. Este protocolo incluye la autorización del paciente para que los datos puedan ser utilizados con fines de investigación de acuerdo a la ley de protección de datos (15/1999 LOPD). Consecuentemente, algunos de los análisis se realizaron con tres submuestras: PAE, PSI y PSI-R (PSI que rechazó las auto-evaluaciones), con el fin de identificar diferencias significativas que estuviesen contaminando los resultados, como podría ser el hecho mismo de autorizar o no la evaluación. Puesto que los resultados de los análisis mencionados no se encuentran dentro de los objetivos de este trabajo, solo se expondrán aquellas diferencias referidas a los grupos en su globalidad.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos PSI y el PAE en cuanto a variables sociodemográficas, excepto en la cantidad de personas que vivían en pareja o estaban casadas, cuyo número fue mayor en el grupo PAE (Tablas 2 y 3).

Para los pacientes atendidos en el programa PSI, en promedio, su uso de servicios de unidades hospitalarias durante el año anterior al ingreso al programa, fue mayor que la de los atendidos por el PAE (Tabla 4). Se observaron diferencias significativas y con una media mayor de uso en los grupos PSI en cuanto a los días y a número de ingresos en las unidades de agudos, sien-

TABLA 1. Diagnósticos por programas

Diagnóstico CIE-10	% de Programa PAE N = 66	% de Programa PSI N = 147
Esquizofrenia	64,6%	61,7%
Trastorno esquizoafectivo	9,2%	8,7%
Trastorno bipolar	7,7%	4,0%
Trastorno delirante	0,0%	3,4%
Depresión mayor	1,5%	2,7%
Trastorno obsesivo compulsivo	3,1%	4,0%
Trastorno de personalidad grave	10,8%	11,4%
Trastorno de ansiedad con agorafobia	0,0%	0,7%
Ansiedad generalizada	0,0%	0,7%
Psicosis de origen incierto	1,5%	2,0%
Trastorno esquizofreniforme	1,5%	0,7%

* PAE: Programa de Atención Específica para personas con Trastornos Mentales Severos.

* PSI: Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos.

TABLA 2. Características sociodemográficas

	PSI-R		PSI		PAE	
	n	%	n	%	n	%
GÉNERO						
Hombres	35	58,3	43	49,4	34	51,5
Mujeres	25	41,7	44	50,6	32	48,5
ESTADO CIVIL						
Casado/pareja	2	3,7	4	4,6	12	18,2**
Soltero	52	96,3	83	95,4	54	81,8
ACTIVIDAD LABORAL						
Tiempo completo	3	9,7	6	14,6	8	19,5
Tiempo parcial	1	3,2	0	0	3	7,3
Inactivo	27	87,1	35	85,4	30	73,2
CONVIVENCIA						
Independiente	27	51,9	36	41,4	27	40,9
Dependiente	25	48,1	51	58,6	39	59,1

Diferencias Chi-cuadrado significativas: *p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,001.

- * PSI-R: Usuarios del PSI que rechazaron las auto-evaluaciones.
- * PSI: Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos.
- * PAE: Programa de Atención Específica para personas con Trastornos Mentales Severos.

TABLA 3. Características sociodemográficas PSI PAE

	PSI			PAE			p
	Media	DS	n	Media	DS	n	
Edad	40,15	13,03	140	41,72	12,20	66	0,292
Duración trastorno/años	12,63	8,18	57	13,06	8,71	18	0,857

- * PSI: Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos. Los datos se refieren a todos los pacientes del PSI, incluidos los que rechazaron realizar las autoevaluaciones.
- * PAE: Programa de Atención Específica para personas con Trastornos Mentales Severos.

TABLA 4. Uso de unidades hospitalarias psiquiátricas en el último año

	PSI			PAE			Significación
	Media	DS	n	Media	DS	n	
N.º días en Unidad de Agudos	17,07	30,18	138	7,89	31,77	62	**
N.º ingresos en Unidad de Agudos	2,08	8,137	138	1,67	8,32	63	**
N.º días en Unidad de Crisis	3,59	27,971	138	0,00	0,00	60	n.s.
N.º ingresos en Unidad de Crisis	1,17	12,81	139	0,02	0,127	62	n.s.
N.º días en Unidad de Subagudos / Comunidad Terapéutica	19,98	60,13	138	4,98	26,85	62	*
N.º ingresos en Unidad de Subagudos / Comunidad Terapéutica	0,22	0,523	138	0,08	0,329	62	*
N.º días Unidad de Larga Estancia	14,14	57,76	139	0,34	2,67	62	n.s.
N.º ingresos Unidad de Larga Estancia	0,12	0,488	139	0,02	0,13	62	n.s.

Diferencias en el Test de Kruskal Wallis significativas: *p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,001.

n.s.: diferencias no significativas (p > 0,05).

do el número de días de ingreso aún mayores en el grupo que rechazó la evaluación (media = 20,26 días, DS; 34,18). Conjuntamente, el grupo PSI se diferenció significativamente del grupo PAE en el número de días y número de ingresos en las unidades de subagudos o comunidades terapéuticas.

El nivel de funcionamiento global y social, así como la discapacidad total presentada, fue significativamente diferente para los dos grupos de comparación (Tabla 5). Cuando se observaron las medias, el grupo PAE, en promedio, presentaba mejores puntuaciones.

El número de necesidades cubiertas y no cubiertas desde el punto de vista de pacientes y profesionales, fue percibido de forma significativamente diferente entre los grupos. La media de necesidades no cubiertas desde el punto de vista de los profesionales fue mayor en el grupo PSI, así como menor su número de necesidades cubiertas. Desde el punto de vista de los pacientes, en promedio, las necesidades no cubiertas fueron mayores para el grupo del PSI. Por otra parte, los pacientes del PAE se auto-percibieron con un mayor número de necesidades cubiertas (Tabla 6).

En el grupo PSI, cuando se estudiaron las variables clínicas de evaluación externa y auto-evaluadas autorizadas por los pacientes, en general, las medias de síntomas psicopatológicos y de carga familiar fueron mayores, en cambio, las de apoyo social fueron menores, observándose, sin embargo, una mejor alianza con el personal sanitario, en su caso con el coordinador de su plan de seguimiento personalizado, aunque estas diferencias no fueron significativas. Las diferencias que sí fueron significativas son las relacionadas con la sintomatología, aquí, los pacientes asignados al PSI obtuvieron en promedio 6,08 puntos más en el total de la BPRS que los del grupo del PAE. También obtuvieron un apoyo social total y afecti-

vo menor, constatándose al observar las medias que los pacientes del PAE se auto-percibían más apoyados en estos aspectos. Por último, en cuanto a la carga familiar objetiva y subjetiva, los familiares de los grupos se auto-percibían de forma significativamente diferente en cuanto a ésta, tanto en relación con la frecuencia de com-

portamientos alterados como con su carga familiar auto-percibida subjetiva y objetiva y también en cuanto a la percepción objetiva de tener que realizar cambios de forma permanente en su rutina diaria para cuidar del paciente. Cuando se hallaron las medias de estas variables resultaron mayores para el grupo PSI.

TABLA 5. Comparación de variables clínicas y psicosociales

	PSI			PAE			Significación
	Media	DS	N	Media	DS	n	
GAF Clínico	39,32	11,88	141	45,72	10,95	65	*
GAF Social	35,27	11,22	141	43,83	12,85	65	**
Necesidades no cubiertas según el profesional	4,09	3,28	54	2,43	2,94	39	*
Necesidades cubiertas según el profesional	17,91	3,28	54	19,56	2,94	39	*
Necesidades no cubiertas según el paciente	1,15	1,02	72	0,67	0,92	46	*
Necesidades cubiertas según el paciente	2,85	1,02	72	3,33	0,92	46	*
DAS total	13,82	3,87	138	9,66	4,33	65	**

Diferencias en el Test de Kruskal Wallis significativas: *p<0,05; ** p<0,001.

- * PSI: Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos.
- * PAE: Programa de Atención Específica para personas con Trastornos Mentales Severos.
- * GAF: Evaluación de la Actividad Global.
- * DAS: Discapacidad según la escala WHO-DAS-5.

TABLA 6. Variables clínicas y psicosociales

	PSI			PAE			Significación
	Media	DS	n	Media	DS	n	
BPRS	54,47	16,57	95	48,39	14,42	66	*
Calidad de vida general	74,13	15,46	77	76,81	15,45	64	n.s.
Apoyo social total	34,84	13,10	82	38,31	10,77	64	*
Apoyo confidencial	15,99	6,28	84	17,00	5,74	64	n.s.
Apoyo afectivo	10,07	3,74	84	11,61	3,53	64	*
Alianza-Tarea	22,08	5,31	71	20,71	5,99	42	n.s.
Alianza-Vínculo	22,49	4,45	71	22,09	5,77	43	n.s.
Alianza-Metas	16,58	3,03	71	15,67	3,78	43	n.s.
Alianza-Total	61,15	10,56	71	58,43	12,50	42	n.s.
Carga-Ayuda Familiar total	5,56	3,15	41	6,94	2,34	35	n.s.
Carga- Ayuda Familiar objetiva	9,72	8,75	43	6,74	5,98	39	n.s.
Carga- Ayuda Familiar subjetiva	6,69	6,96	42	3,34	3,18	38	n.s.
Carga-Comportamientos alterados totales	2,37	1,75	43	1,49	1,43	39	*
Carga-Comportamientos alterados objetiva	4,14	4,20	44	1,71	2,49	38	*
Carga- Comportamientos alterados subjetiva	4,48	4,33	44	2,30	2,80	37	*
Carga-Cambios rutina cuidador objetiva	4,48	4,33	44	2,30	2,80	37	*
Carga- Motivos de preocupación por el paciente	19,55	5,44	44	16,77	5,95	39	n.s.

Diferencias en el Test de Kruskal Wallis significativas: *p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,001.

- n.s.: diferencias no significativas (p > 0,05).
- * PSI: Plan de Servicios Individualizados para Trastornos Mentales Severos.
- * PAE: Programa de Atención Específica para personas con Trastornos Mentales Severos.

Por último, no se observaron diferencias significativas entre los sujetos atendidos por el PSI o el PAE en cuanto a su calidad de vida general.

Conclusiones

- El análisis de los datos confirma que los dos grupos del estudio se corresponden con dos tipologías de gravedad diferentes, la cual no estaría determinada por el diagnóstico dado que no hay diferencias en la distribución de ambos grupos (chi-cuadrado 5,164; 10 gl; $p = 0,880$). A partir de estos resultados podemos confirmar que existe una correcta asignación de los pacientes a los dos grupos de atención, PSI y PAE y a la vez sugeriría la posible sucesibilidad de ambos programas. Cada programa requiere aproximaciones de diferente intensidad, pues se sitúa en niveles de discapacidad diferentes.
- Las diferencias entre ambos grupos se pueden explicar por la gravedad en la psicopatología (BPRS total 6,08 puntos mayor en el grupo PSI $p < 0,05$), a partir del nivel de adaptación tanto clínico como social ($p < 0,005$ y $p < 0,001$ respectivamente) y de los diferentes niveles de discapacidad (DAS total 13,82 para el PSI frente a 9,66 para el grupo PAE $p < 0,001$).
- Además el grupo PSI presenta un menor uso de servicios comunitarios que el grupo del PAE y un mayor y más frecuente uso de los servicios hospitalarios tanto en número como en duración.
- Estos factores sitúan a ambos grupos en niveles diferentes de dependencia, tanto de sus cuidadores (diferencias significativas en varias dimensiones de la carga familiar) como de los servicios de los que hacen uso para cubrir sus necesidades, particularmente el grupo del PSI obtiene diferencias significativas en cuanto al número de necesidades no cubiertas, frente al grupo del PAE.

La aparición de un nuevo subgrupo en la muestra que rechaza la evaluación caracteriza un sesgo del estudio, pues determina un grupo de pacientes del que se dispone de poca información y a la vez revela la existencia de un rango de usuarios a los que los servicios estándar posiblemente no estén ofreciendo un lugar para una vinculación efectiva. A tenor de los datos que analizamos, estos pacientes muestran una menor percepción de sus necesidades, acompañada de un mayor grado de discapacidad.

Bibliografía

1. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnik SG (1998). Modelsof Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *SchizophrBull*; 24 (1): 37-74.
2. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacno J. (1998). Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998; 34 (3): 241-50.
3. UK700 Group (1999). Comparison of intensive and standardcase management for patients with psychosis. Rationale of the trial. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 74-8.
4. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. (1998). Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1087-91.
5. Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. (1999). Service Utilisation and Cost of Community Carefor Discharged State Hospital Patients: A 3-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 920-7.
6. Fiander M, Burns T (2000). A Delphi Approach to Describing Service Models of Community Mental Health Practice. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 656-8.
7. Cressell T, Lidberg Y, Liljemberg B, Osby U. (1995). Two year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1.263-6.
8. Becker T, Leese M, McCrone P, Clarkon P, Szmukler G, Thornicroft G. (1998). Impact of community mental health services on users' social networks. *PRISM Psychosis Study*. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 404-8.
9. Jerrell JM, Ridgely S. (1999). Impact of Robustness of Program Implementation on Outcomes of Clients in Dual Diagnosis Programs. *Psychiatric Serv* 1999; 50: 109-12.
10. UK700 Group (2000) Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *Br. J. Psychiatry* 176 (2000): 537-43.
11. Balsera J. et al (2002) La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: el programa PSI-TMS. *Actas Españolas de Psiquiatría* 30 (6) 350-357.
12. Servei Català de la Salut (2003). Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos. Barcelona.
13. Agustench C, Cabasés JM & Grupo Psicost. (2005). Análisis y costes de utilización de servicios de la esquizofrenia en Navarra durante los tres primeros años de la enfermedad. Departamento de salud del Gobierno de Navarra. *Anales del sistema Sanitario de Navarra Suplemento 1* [23].
14. American Psychiatric Asociation (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición-revisada DSM III-R. Barcelona: Ed. Masson.
15. Overall LE & Gorham DR. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 799-812.
16. Peralta V & Cuesta MJ. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 4, 44-50.
17. Aberg-Wistedt A et ál. (1995) «Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia». *Psychiatr. Serv.* 46. 12 (1995): 1.263-66.
18. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T et ál. (1995). The Camberwell assessment of need: the validity and reability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of psychiatry*, 167, 589-595.

19. Rosales C, Tórriz F, Luna del Castillo J, Jiménez J & Martínez G. (2002). Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades de carberwell (CAN) (versión española del CAN estudio de fiabilidad). *Actas españolas de psiquiatría*, 30, 99-104.
20. Lucas R. (1998). Versión española del WHOQOL. (Ediciones Ergon ed.) Madrid.
21. Vilaplana M, Ochoa S, Martínez-Leal R, Puigdollers E, Salvador L, Martorell A et ál. (2006). Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, en prensa.
22. Bellón JA, Delgado A, Luna J & Lardelli P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-163.
23. Horvath A & Greenberg L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting of Clinical Psychology*, 36, 223-233.
24. Becker M. (1998). A US experience: consumer responsive quality of life measurement. *Can. J. Commun. Ment. Health*, 41-58.
25. Haro JM, Balsera J, Berruezo L, Caba R, Rodríguez C, Vega R et ál. (2001). Prova pilot del plá de serveis individualitzats per les persones amb trastorns mentals severos.
26. SPSS Inc. (2001). SPSS Base 11.0 Manual del Usuario [Computer software]. Irlanda: SPSS INC.
27. UK700 GROUP (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of psychiatry*, 175, 426-432.
28. Ziguras SJ, Stuart GW (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1.410-21.
29. Surver RW. *Clinical case management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness*. London: Sage Publications; 1994.
30. Vásquez G, Vega-Dienstmeier J, Nazzotti G, Vidal H, Grimas H. (2001). Validación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en el Peru. *Rev. Neuropsiquiá-trica del Perú*, 2001, LXIV.

Entrenamiento en el reconocimiento de afectos. Programa específico para el tratamiento de los trastornos cognitivo-sociales de los pacientes esquizofrénicos

Wolfgang Wölwer, Nicole Frommann

Clínica y Policlínica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Universidad Heinrich-Heine de Düsseldorf. Alemania.

Traducción del alemán: A. Jimeno Valdés, N. Jimeno Bulnes

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, las deficiencias en cognición social han ido acaparando cada vez más la investigación sobre las esquizofrenias. Un componente básico de la cognición social consiste en el reconocimiento de afectos. Las deficiencias en el reconocimiento de afectos están bien documentadas en las esquizofrenias y estos síntomas son características de tipo rasgo que apenas sufren modificación con los tratamientos tradicionales. Por otra parte, tales deficiencias juegan un papel crucial en el bajo funcionamiento social de las personas que sufren esquizofrenia. El presente estudio intenta contribuir a la cuestión aun abierta sobre el tratamiento de estas deficiencias.

Material y métodos: Se desarrolló un programa especial para Entrenamiento en el reconocimiento de Afectos (TAR), que se evaluó por medio de tres grupos con un total de n = 77 pacientes esquizofrénicos con remisión parcial y grupo control antes y después del tratamiento. Para controlar los efectos inespecíficos implícitos en el entrenamiento cognitivo, el TAR fue comparado con el Entrenamiento en Rehabilitación Cognitiva (CRT), que se dirige a la mejoría de funciones neurocognitivas básicas. Para controlar los efectos inespecíficos del tratamiento general psiquiátrico, el TAR se comparó también con un grupo de pacientes que recibieron un tratamiento psiquiátrico habitual (TAU). Además se presentan los resultados iniciales de un estudio de replicación aún en curso que pretende estudiar la estabilidad de los efectos del tratamiento y la posible generalización de efectos en la prosodia, la teoría de la mente y la competencia social.

Resultados y Conclusiones: La aplicación del TAR produjo la mejoría del reconocimiento de la expresión facial de los afectos, mientras que el CRT mejoró la

cognición básica, lo cual constituye una disociación doble de los efectos del tratamiento. Los resultados preliminares del estudio de replicación proporcionan indicios de que la estabilidad de los efectos del TAR perdura al menos durante un mes después de la finalización del tratamiento. El TAR parece también mejorar el reconocimiento prosódico de los afectos así como el funcionamiento de la teoría de la mente. Por lo tanto, estas deficiencias en el reconocimiento de la expresión facial de los afectos de los esquizofrénicos son en principio tratables, siempre que se utilicen estrategias de tratamiento específicas y funcionales como el TAR.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, entrenamiento en el reconocimiento de afectos, rehabilitación cognitivo-social, comprensión de la expresión facial afectiva, entrenamientos psicosociales.

Training of Affect Recognition. One specific program for the treatment of cognitive-social disorders of schizophrenia patients.

ABSTRACT

Introduction: Impairments in social cognition have increasingly attracted interest in schizophrenia research during the last years. A basic component of social cognition is affect recognition. Impairments in affect

Correspondencia:

Priv.-Doz. Dr. phil. Wolfgang Wölwer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – Rheinische Kliniken Düsseldorf

Bergische Landstraße 2

D-40629 Düsseldorf

Tel: +49-211-9222002

Fax: +49-211-9222020

E-mail: woelwer@uni-duesseldorf.de

Agradecimientos:

Esta publicación se realizó en el marco de la «Red de la Competencia sobre la Esquizofrenia» y fue financiada por medio del Ministerio Alemán de Educación e Investigación (BMBF) (número de referencia: 01GI0532).

recognition are well known in schizophrenia and are trait characteristics mostly unaffected by traditional treatment. On the other hand such impairments seem to play a crucial role in patients' poor social functioning. The present study shall contribute to the still open question of treatment options for these impairments.

Material and methods: A special Training of Affect Recognition (TAR) was developed and evaluated using a pre-post-control group design with three groups of a total of $n = 77$ partly remitted schizophrenia patients. To control for non-specific effects of implicit cognitive training, TAR was compared with a Cognitive Remediation Training (CRT) aiming at improvement of basic neurocognitive functioning. To control for unspecific effects of general psychiatric treatment TAR was also compared with a treatment as usual group (TAU). In addition, first results of a ongoing replication study aiming at investigating the durability of treatment effects and possible generalization effects on prosodia, theory of mind and social competence are presented.

Results and conclusions: Application of the TAR lead to improved facial affect recognition whereas the CRT lead to improved basic cognition, constituting a double dissociation of treatment effects. Preliminary results of the replication study hint to sustainability of TAR effects for at least one month after end of training. Moreover, the TAR also seems to improve prosodic affect recognition and theory of mind functioning. Thus impairments in facial affect recognition in schizophrenia are treatable in principle, provided that functional specific training strategies like the TAR are used.

KEY WORDS

Schizophrenia, Training of Affect Recognition, Social-Cognitive Remediation, Decoding of Facial Affect, Psychosocial Training.

Introducción

Los pacientes esquizofrénicos, además de los síntomas positivos y negativos habituales, presentan también claras disfunciones en las interacciones sociales, que son un factor esencial de la frecuente disminución de su actividad social¹. De acuerdo con su definición los procesos cognitivos que están en la base de las interacciones sociales se denominan «cogniciones sociales»². Dentro del campo de la investigación sobre la esquizofrenia, bajo esta denominación se comprenden sobre todo los procesos de la percepción social (interpretaciones de estímulos y situaciones sociales), de la comprensión emocional (interpretación de la expresión mímica y de la entonación y prosodia afectiva del lenguaje); de los procesos de atribución (juicio interno y externo sobre causas y motivos del éxito o fracaso de sucesos y conductas), que se resumen en la capacidad de situarse en el lugar de los pensamientos y sentimientos de otras personas («theory of mind», empatía) [por ejemplo³].

Existen ya ciertamente evidencias de la existencia de trastornos de cada uno de estos subcomponentes en pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, lo que está mejor estudiado es el proceso de decodificación (comprensión) de la «expresión mímica de los afectos» de las otras personas⁴. La capacidad de reconocer la situación emocional del «otro» es el presupuesto fundamental para una comunicación afectiva empática; la habilidad de obtener una representación mental (o cognitiva) del estado de otras personas, es el presupuesto para comprender la intencionalidad del compañero de la interacción. En ausencia de estas competencias cognitivas, las interacciones sociales forzosamente han de fracasar casi siempre.

Entretanto, está ya demostrada empíricamente la relación de las deficiencias citadas con la disminución funcional en la vida cotidiana¹. Las deficiencias de las funciones antedichas parecen también acompañar un peor curso de la enfermedad, posiblemente porque están afectadas la comprensión de la expresión emocional y de las intenciones de conducta de las personas en interacción con el paciente. Estas percepciones son falseadas de forma delirante y actúan como factores de estrés. Por lo tanto las disfunciones cognitivo-sociales contribuyen considerablemente al tan frecuentemente observado aislamiento social del paciente.

Ostensiblemente estas deficiencias cognitivo-sociales, además de su interés clínico, poseen importancia etiopatogénica⁵, porque también se encuentran trastornos cognitivo-sociales en los familiares no enfermos del paciente, así como en los estadios prodrómicos de la enfermedad [por ejemplo⁶]. Estos déficit funcionales son estables respecto al curso de la enfermedad y tampoco son sensibles a los tratamientos psicoterápicos y farmacológicos habituales^{7, 8}. Estos trastornos por lo tanto pueden considerarse como factores de vulnerabilidad, y constituyen un enlace entre los substratos biológicos y los síntomas clínicos.

A partir de todos estos conocimientos se deduce la necesidad del desarrollo de métodos específicos para el tratamiento de estas deficiencias cognitivo-sociales de los pacientes esquizofrénicos. Por ello, además de las terapias ya existentes desde hace unos años y las cuales son de tipo molar o global, se están desarrollando actualmente terapias de tipo «molecular»; es decir, funcionales y dirigidas de forma circunscrita y específica a los subcomponentes cognitivo-sociales citados, en vez de dirigirse a habilidades de conducta complejas o inespecíficas, como son las que constituyen los métodos existentes hasta ahora. Como procedimientos molares contamos entre otros el entrenamiento en habilidades sociales (Social Skills Training SST)⁹ desarrollado hace tiempo, la Terapia Psicológica Integrada

(IPT)^{*10} y también el Entrenamiento en Inteligencia Emocional (TEI)¹¹. La evidencia muestra que todos estos procedimientos actúan sobre todo en la mejoría de las habilidades sociales, pero apenas se han investigado sus efectos respecto a la cognición social.

En los últimos cinco años, y bajo la impresión del creciente interés en la cognición social, se han desarrollado procedimientos especiales de entrenamiento de estos defectos cognitivo-sociales. Algunos de estos programas de tratamiento se extienden a varios de los subcomponentes de las cogniciones sociales [por ejemplo Social Cognition and Interaction Training SCIT¹²; Social Cognition Enhancement Training SCET¹³; Metakognitives Training MKT¹⁴]. Sin embargo los programas más precisos (moleculares) se dirigen al tratamiento de las deficiencias en la comprensión (decodificación) de la expresión mímica de los afectos, que posiblemente representa una función clave en la interacción social de muchos enfermos esquizofrénicos. Los métodos existentes a este respecto varían en su tipo y extensión, así como en el grado de su evaluación [por ejemplo Micro-Expression Training Tool METT¹⁵; Emotion Training Program¹⁶; Training of Affect Recognition TAR¹⁷].

Faltan todavía pruebas convincentes sobre la eficacia de la mayoría de estos programas, aunque los estudios piloto informan ya sobre efectos positivos. De momento no se ha investigado todavía en qué medida las mejorías en las capacidades cognitivo-sociales son base de la mejoría de las habilidades en la comunicación y contacto social, que en definitiva conducirían a una mejor integración social y al aumento del nivel de la función social de los pacientes esquizofrénicos. No obstante, previamente a la contestación a estas preguntas contamos ya con las pruebas de la eficacia inicial de estos programas sobre los procesos cognitivo-sociales.

El presente trabajo describe el desarrollo del «Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos» y su evaluación con dos investigaciones diferentes: una en relación con la meta inicial de mejoría de la comprensión de la expresión mímica de los afectos y la otra en relación a su posible generalización en otros aspectos cognitivos básicos o cognitivo-sociales.

Métodos

Diseño de la investigación y descripción de la muestra

Los resultados que ofrecemos en este trabajo resultan por una parte de una investigación ya terminada^{17, 18} y

por otra de una evaluación provisional de un estudio aún en marcha, que intenta reproducir los efectos de la primera evaluación con el Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (Training of Affect Recognition, TAR) así como estudiar sus efectos de generalización y estabilidad de los efectos terapéuticos¹⁹.

En el primer estudio se evaluó la eficacia del programa Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (TAR) en comparación con otro grupo control activo (Entrenamiento en Rehabilitación Cognitiva o «Cognitive Remediation Training», CRT) así como con otro grupo que recibió el tratamiento clínico ordinario pero sin aplicación de ningún programa específico de entrenamiento (tratamiento psiquiátrico habitual o «treatment as usual», TAU). En la segunda evaluación se prescindió del grupo TAU. En ambos grupos se evaluaron rendimientos cognitivo-sociales y cognitivos básicos tanto antes (T0) como a la finalización de la aplicación del programa (T1), que duraba seis semanas. La segunda investigación, que está aún en marcha, comprende también una evaluación catamnésica cuatro semanas después de la terminación de la aplicación del programa de entrenamiento (T2).

En la primera investigación se randomizaron en total $n = 77$ pacientes esquizofrénicos, todos con el diagnóstico exclusivo de esquizofrenia (CIE-10 F20), de los cuales $n = 53$ terminaron la terapia planificada. En el estudio de replicación han sido randomizados a las dos situaciones terapéuticas del estudio, hasta la fecha, $n = 35$ pacientes en situación posaguda e ingresados ($n = 21$ con CIE-10 F20, $n = 14$ con CIE-10 F25). Las características demográficas y psicopatológicas de la muestra del primer estudio se describen en la correspondiente publicación¹⁷. La muestra correspondiente hasta la fecha al segundo estudio es comparable con la primera en lo esencial respecto a sus características sociodemográficas y psicopatológicas.

El programa de

Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (TAR)

El TAR fue concebido como una terapéutica de rehabilitación cuyo objetivo es mejorar específicamente las habilidades en la comprensión (decodificación) de la expresión mímica de los afectos de las personas que sufren esquizofrenia^{17, 18}. Se parte del hecho de que un número restringido de emociones, las llamadas emociones básicas, se expresan con movimientos claros y específicos de la musculatura de la cara (alegría, tristeza, miedo, cólera, asco y sorpresa). Estas expresiones mímicas son universales e indepen-

* Recientemente se ha publicado en castellano una edición actualizada del programa: Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia. IPT. Alborán editores. Granada 2007. ISBN: 13-978-84-611-4084-8.

dientes de la cultura²⁰. Se tiene que considerar que la percepción social incluye más que la decodificación de la expresión de afectos mímicos (véase Innen, 1998). Por ello el objetivo esencial de la terapia consiste en reconocerlas e interpretarlas correctamente. Es preciso notar, sin embargo, que la percepción social abarca mucho más que la simple comprensión de la expresión afectiva [véase²¹]. Por ello mismo, el programa que presentamos contiene aspectos esenciales que van más allá de la comprensión de las expresiones afectivas básicas, como por ejemplo, la elaboración de la expresión facial de conjunto en relación con su intensidad, la velocidad de su elaboración, el resto del lenguaje corporal, la inclusión del contexto de la situación social, así como la comprensión de emociones mixtas y de expresiones faciales ambivalentes.

La elaboración del programa terapéutico se intentó adaptar a las especiales características del grupo de pacientes esquizofrénicos. El programa sigue la estrategia de ejercicios repetitivos y de repaso. En este contexto son importantes las estrategias de «aprendizaje sin errores» (*errorless learning*), así como la del «refuerzo positivo inmediato». Todo ello sirve por una parte para mejorar la motivación y, por otra, para superar los frecuentes defectos de atención, y sobre todo de distracción, cuando el paciente presenta síntomas positivos.

A todo ello se añaden otras estrategias cognitivas de compensación en forma de abstracción de características, verbalización, autoinstrucciones, formación de asociaciones, así como la utilización de «anclas o esquemas» de situación que permitan la utilización del contexto.

Las diversas tareas del programa se presentan la mitad aproximadamente con ayuda del ordenador, y la otra mitad sobre la mesa. En los dos casos se procuró que las tareas tengan el carácter de juego y de invitación.

El TAR se administra en doce sesiones en grupos de dos participantes. Se realizan dos sesiones por semana con una duración cada una de unos 45 a 60 minutos. La realización en grupos de dos participantes tiene por objeto el aumento de la comunicación entre los pacientes, pero también la protección respecto una inundación de estímulos. En la resolución de las tareas que se van presentando, el terapeuta ha de mantenerse bajo los principios terapéutico-conductuales del «*Coaching and Fading Outs*». Para asegurar la transferencia de los aprendizajes del programa a la vida cotidiana, se estimula a los pacientes a que entre las sesiones se enfrentan con el contenido de las tareas del programa. Ello se realiza mediante unas hojas de trabajo que se comentan en la sesión siguiente.

El manual del programa se articula en tres bloques diferentes de cuatro sesiones cada uno. Cada sesión se construye y aumenta en dificultad respecto la anterior. El primer bloque se dedica principalmente a la sucesiva comprensión de la expresión de las seis emociones básicas de Ekman y Friesen²⁰. Los pacientes aprenden a fragmentar la cara que se les presenta en sus diversos componentes mímicos para, a continuación, verbalizar las características de estos fragmentos. Esta verbalización de la expresión mímica sirve como apoyo a la memorización y supone una estrategia por medio de rodeos para la comprensión de la expresión facial, que el paciente ha de aplicar siempre cuando no sea capaz de captar de un solo golpe una expresión afectiva.

El segundo bloque consiste en desligarse poco a poco de los aprendizajes del primer bloque consistentes en la identificación de rasgos perceptuales abstractos y verbalizados para conseguir una comprensión rápida y global. Esto quiere decir que los participantes, partiendo de su primera impresión, deben clasificar la expresión facial adecuadamente para volver a conseguir la forma ordinaria de percepción de las personas sanas. Los participantes además han de comprobar cómo la percepción a la primera impresión se verifica de acuerdo con las estrategias ya aprendidas. Un objetivo posterior consiste en el aumento de la velocidad de elaboración, para lo cual se utilizan imágenes dinámicas. Por último se ejercita el reconocimiento de expresiones emocionales de escasa intensidad, así como la evaluación correcta de distintas intensidades.

Las últimas cuatro sesiones se dirigen a incorporar lo aprendido en las interrelaciones sociales, tal como estas se presentan en la vida cotidiana. Para la captación correcta de la situación afectiva del interlocutor se utilizan descripciones de situaciones, mensajes verbales e imágenes de la situación que dan claves sobre el contexto. Esta estrategia se denomina «técnica del ancla». Es muy importante la comprensión congruente a la expresión emocional facial, el contexto situacional y los pensamientos concomitantes. En el bloque tercero además se incluyen expresiones faciales complejas y emociones mixtas, para entrenar situaciones de la vida cotidiana. Por último se enseña a los participantes la importancia de la gesticulación, de la postura corporal, y de su relación con la mímica y la dirección de la mirada. Así los pacientes, a partir de la comprensión de las interrelaciones entre gestos, postura corporal, contexto situacional y expresión emocional, deben ejercitarse en enjuiciar adecuadamente las interacciones sociales complejas y en comprender adecuadamente la expresión mímica dentro de contextos sociales.

En la Tabla 1 se resumen los contenidos y estrategias de los bloques del entrenamiento.

TABLA 1. Estructura del Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos (TAR)

TAR Bloques	Contenidos del entrenamiento	Métodos de entrenamiento
Sesiones 1 a 4	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje sucesivo de las emociones básicas y sus componentes mímicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstracción de características. • Aprendizaje discriminativo. • Denominación. • Autoinstrucción.
Sesiones 5 a 8	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la «carga de procesamiento». • Reducción de la latencia de elaboración. • Fomento de la elaboración holística y no verbal. • Comprensión de los niveles de intensidad. • Comprensión con baja intensidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los tiempos de presentación. • Reducción de la cantidad de información. • Enfoque en la impresión general. • Identificación de características, especialmente llamativas. • Emparejamiento.
Sesiones 9 a 12	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de expresiones faciales ambivalentes y no prototípicas. • Interpretación de conductas expresivas en la interacción social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusiones a partir de la abstracción de características. • Anclas de situación. • Formación de asociaciones entre emoción, cognición y contexto situacional. • Inclusión de gestos, postura corporal, estímulos indicativos de la situación.
Recopilación de las sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso de las emociones básicas y sus componentes mímicos prototípicos. • Empleo de estrategias alternativas cuando sea preciso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios repetitivos. • Aprendizaje sin errores. • Retroalimentación positiva inmediata. • Verbalización.

El Entrenamiento en Rehabilitación Cognitiva (Cognitive Remediation Training) (CRT)

El CRT fue creado como un instrumento de control del TAR y como tal se corresponde con el TAR en todos sus métodos y aspectos formales, pero respecto a sus contenidos se focaliza en otras áreas funcionales. El CRT persigue mejorar deficiencias en el ámbito de las llamadas «cogniciones frías» (*cold cognition*) ejercitando capacidades como la atención y la memoria, así como funciones ejecutivas.

Instrumentos de la investigación

Para los diagnósticos se utilizaron los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10²². La sintomatología se evaluó con la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)²³. Los datos demográficos y de la anamnesis se recogieron por medio de una entrevista clínica estructurada.

Los rendimientos de la comprensión de la expresión mímica de los afectos se evaluaron mediante una escala de elección múltiple [PFA-Test, *pictures of facial test*, de Ekman y Friesen²⁴], que consta de 24 ítems. El contenido de estos ítems no se utilizó en las tareas y ejercicios del programa. Complementariamente se aplicaron varias pruebas neuropsicológicas en relación con otras cuestiones específicas en ambos estudios. La descripción detallada de esta batería complementaria de pruebas del primer traba-

jo de investigación puede consultarse en Wölwer et ál. 2005¹⁷.

Las pruebas que se aplicaron exclusivamente en el segundo trabajo de investigación fueron: El rendimiento de la función «teoría de la mente» (*Theory of Mind*) se evaluó mediante una prueba de secuencia de imágenes con recogida de datos en hojas de respuesta estandarizadas (ToM – Test)²⁵. La comprensión de los afectos de estímulos prosódicos se evaluó mediante una modificación de la Prueba Prosódica de Banse y Scherer²⁶, en la que se mostraban frases verbales sin sentido pero que expresaban miedo, asco, alegría, cólera o tristeza. La competencia social se recogió por medio de la escala de evaluación de Competencia Social²⁷ durante situaciones definidas de juego de roles [según Penn et ál.^{28, 29}].

Evaluación

La elaboración estadística se realizó mediante análisis de multivarianza con repetición de las pruebas (MANOVA) sobre los tres grupos estudiados (TAR, CRT, TAU). Para la evaluación del rendimiento de la comprensión de los afectos se utilizó en primer lugar el modelo «*Intent-to-treat*» bajo la aplicación del método «*Last Observation Carried Forward*» (LOCF). Una segunda evaluación se realizó solamente respecto los pacientes que habían completado las seis semanas de tratamiento.

Resultados

Se demuestra así la eficacia del tratamiento con el TAR en la comprensión de los afectos en comparación con el grupo CRT y el grupo de control TAU, tanto en el grupo de pacientes que completaron las seis semanas de tratamiento, y respecto la evaluación «*Intent-to-treat*», que en general es más conservadora en la comprobación de resultados positivos (véase Figura núm. 1).

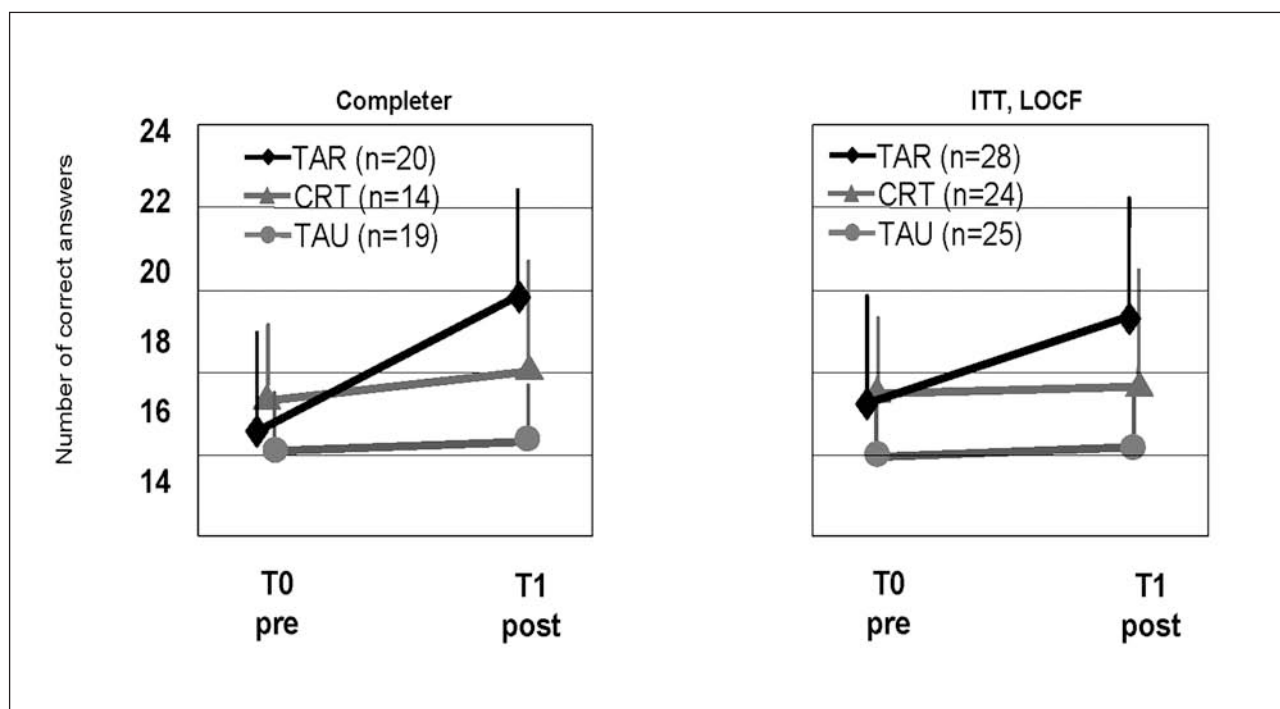
El análisis de multivarianza con repetición de medidas de los datos (MANOVA) en los tres grupos mostró para la evaluación de *Intent-to-treat* un efecto principal significativo del tiempo ($F = 19,19, p = ,000$); del grupo ($F = 4,67, p = ,012$) así como de la interacción ($F = 11,99, p = ,000$). A este respecto, los retest mostraron una diferencia significativa entre el grupo TAR y el grupo TAU (Tukey-HSD = 2,08, $p = ,009$). Se obtuvieron resultados parecidos en una evaluación parcial de los pacientes que terminaron la terapia. Su MANOVA mostró efectos significativos del tiempo ($F = 20,63, p = ,000$), del grupo ($F = 3,85, p = ,028$), así como de la interacción ($F = 12,20, p = ,000$). Las correspondientes pruebas post hoc mostraron también una diferencia significativa entre los grupos TAR y TAU (Tukey-HSD = 2,06, $p = ,029$). Esta mejoría de rendimientos en la

comprensión de los afectos después de la terminación de la terapia se mostró también más alta y estadísticamente significativa en el TAR que en el grupo control, después de haber sido corregidos los datos respecto a los rendimientos iniciales del paciente y su edad.

El CRT no mostró mejoría en la comprensión de los afectos, pero sí y de forma estadísticamente significativa respecto la memoria y aquellos otros aspectos cognitivos hacia los que se dirigen los contenidos del CRT. El TAR no mostró ninguna mejoría en estas funciones. En ninguno de los grupos terapéuticos estudiados se comprobaron mejorías en funciones neuropsicológicas como la atención y funciones ejecutivas (compárese con 17).

Los datos disponibles hasta ahora del segundo estudio, todavía en curso, indican que el TAR consigue efectivamente una mejoría de la comprensión mímica de los afectos, frente a las mejorías significativas en las funciones de memoria bajo el CRT. Los efectos de la terapia del TAR parecen mostrar una estabilidad en el tiempo de al menos 4 semanas. A ello apunta también una mejoría específica de los rendimientos en el reconocimiento de estímulos prosódicos y en los procesos ToM. En cuanto a los efectos de generalización, no se observa de momento una mejoría en el rendimiento en la prueba de juego de roles para la competencia social.

FIGURA 1. Comprensión de la expresión mímica de los afectos (media + desviación estándar) antes (T0) y después (T1) del entrenamiento como análisis completo (izquierda) y después del método *Intent-to-treat* (derecha) TAR: Entrenamiento de la Comprensión Afectiva; CRT: Entrenamiento en Rehabilitación Cognitiva, TAU: Tratamiento psiquiátrico habitual



Discusión

Los primeros análisis de datos de estos estudios, que aún no están terminados, muestran que el efecto terapéutico del TAR se reproduce también en una prueba independiente. Con ello la capacidad de los enfermos de esquizofrenia en el reconocimiento mímico de los afectos puede incrementarse hasta el que muestran habitualmente los grupos control sanos mediante las pruebas correspondientes^{7, 17}.

Además el estudio, que sigue en curso, habla a favor de que en el intervalo escogido de catamnesis no se observa ninguna reducción apreciable del efecto terapéutico. La estabilidad del efecto terapéutico, especialmente en los programas de tratamiento de funciones específicas, tiene una gran importancia para la futura aplicación del programa en la clínica. Igualmente y bajo estos presupuestos, nos parece relevante el hecho de que el TAR no muestra ningún efecto indeseado. Las salidas («drop outs») del programa terapéutico se produjeron porque los pacientes fueron dados de alta antes de terminar el programa y no quisieron o no pudieron continuar el programa TAR en régimen ambulatorio.

Dado el hecho de que la comprensión de los afectos de las personas que sufren esquizofrenia está trastornada en todos los canales de la percepción⁴, resulta de especial interés hasta qué punto el TAR está en condiciones de mejorar los defectos de la comprensión prosódica de los afectos, aunque el TAR no considera esta función de forma explícita en el concepto original. Desde luego, de forma implícita la percepción de la prosodia juega algún papel en las situaciones de entrenamiento y tareas concretas del TAR. Por todo ello, en una valoración preliminar, los efectos positivos del TAR en la comprensión prosódica y desde un punto de vista científico, pueden interpretarse como: a) Un efecto secundario del TAR a partir de contenidos implícitos de sus tareas; o b) como efectos de generalización a partir de la mejoría en la comprensión de la expresión mímica de los afectos.

El hecho de que el TAR parezca presentar también efectos positivos en las funciones ToM se corresponde con nuestras hipótesis, porque una serie de sus tareas, tanto de forma implícita como explícita, se dirige a la comprensión perspectiva y / o la atribución de cogniciones e intencionalidades. Ello nos parece que tiene una gran relevancia clínica porque algunos indicios empíricos señalan que los defectos en las funciones ToM de los pacientes esquizofrénicos conllevan trastornos graves de las conductas sociales, sin que por otra parte se correlacionen con síntomas psicopatológicos³⁰. Sin embargo, nos parece poco probable que este hecho proceda de un efecto de

generalización de la mejoría en la competencia en la comprensión mímica de los afectos. En el único estudio empírico realizado hasta la fecha que investigó la relación entre las funciones de comprensión de los afectos y el ToM en pacientes esquizofrénicos no se ha encontrado ninguna relación entre ambas funciones³⁰.

Los estudios realizados hasta la fecha todavía no han podido demostrar efectos positivos del programa terapéutico en las competencias sociales evaluadas mediante pruebas de juego de roles. Posiblemente, la mejoría en la comprensión mímica de los afectos durante el relativamente breve tiempo de tratamiento de seis semanas no consigue todavía una mejoría correspondiente de las complejas pautas de conducta que exigen las interacciones sociales. Tal vez, después de la mejoría de las deficiencias específicas de la comprensión mímica de los afectos se precisa un intervalo de tiempo más largo para que esta mejoría cristalice en un aumento de la competencia en las complejas conductas sociales. La competencia social seguramente es tan compleja que la mejoría de uno solo de sus componentes, aunque sea relativamente importante, no permite esperar necesariamente una mejoría global de la conducta. Posiblemente, para poder obtener efectos deseados en las complejas interacciones sociales, son necesarios también otros módulos específicos que, elaborados a partir de cogniciones sociales, entrenen específicamente habilidades sociales («social skills») en conductas concretas¹. De momento queda sin resolver la cuestión acerca de cómo y cuando ha de conseguirse que los efectos terapéuticos específicos del TAR se generalicen como competencia social.

La comprobación de la eficacia del programa de entrenamiento TAR dentro de las metas perseguidas en los procesos cognitivo-sociales implicados es por lo tanto solamente un primer paso, de acuerdo con las consideraciones que hemos presentado. Para las sucesivas elaboraciones de programas parecidos en el futuro se presenta la tarea de adaptar la terapia a las necesidades individuales de cada paciente, de forma que su efectividad en el aspecto cognitivo revierta en la mejoría de las habilidades sociales en la vida cotidiana, y que así redunde en la mejoría del nivel de las funciones sociales de las personas enfermas con esquizofrenia.

En este sentido debemos esperar que los desarrollos que aquí hemos presentado influyan positivamente las actividades de rehabilitación de las personas que sufren esquizofrenia en los campos de habilidades básicas cognitivas, emocionales y comunicativas, y así por último conduzcan a la mejor integración social de los pacientes, disminuyendo por lo menos los riesgos de recaídas.

Bibliografía

1. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The Functional Significance of social cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 n.º S1, S44-S63, 2006.
2. Brothers L. The social brain: A project of integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-61, 1990.
3. Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. May; 160 (5): 815-24, 2003.
4. Trémeau F. A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues Clinical Neurosciences*; 8 (1): 59-70, 2006.
5. Burns JK. Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in *Homo sapiens*. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006 Jul; 30 (5): 797-814. Epub Mar 3. 2006.
6. Kee KS, Horan WP, Mintz J, Green MF. Do the siblings of schizophrenia patients demonstrate affect perception deficits? *Schizophrenia Research*. Mar 1; 67 (1): 87-94, 2004.
7. Wölwer W, Streit M, Polzer U, Gaebel W. Facial affect recognition in the course of schizophrenia. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 246: 165-170, 1996.
8. Addington J, Addington D. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*. Aug 17; 32 (3): 171-81, 1998.
9. Bellack AS, Hersen M. *Research and Practice in Social Skills Training*. Springer-Verlag US 1979.
10. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. Psychologie Verlagsunion, Weinheim 1992.
11. Vauth R, Joe A, Seitz M, Dreher-Rudolph M, Olbrich H, Stieglitz RD. Differenzielle Kurz- und Langzeitwirkung eines Trainings Emotionaler Intelligenz und des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Patienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 518-525, 2001.
12. Penn DL, Roberts DL, Munt ED, Silverstein E, Jones N, Sheitman B. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Dec. 15; 80 (2-3); 357-9, 2005.
13. Choi KH, Kwon JH. Social Cognition Enhancement Training for Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, Vol 42, 2, 177-187, 2006.
14. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*. Nov; 20 (6): 619-25, 2007.
15. Russell TA, Chu E, Phillips ML. A pilot study to investigate the effectiveness of emotion recognition remediation in schizophrenia using the micro-expression training tool. *British Journal of Clinical Psychology*. Nov; 45 (Pt 4): 579-83, 2006.
16. Silver H, Goodman C, Knoll G, Isakov V. Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study. *Psychiatry Research*. Sep 30; 128 (2): 147-54. Erratum in: *Psychiatry Research*. 2004 Nov 30; 129 (1): 113, 2004.
17. Wölwer W, Frommann N, Halfmann S, Piaszek A, Streit M, Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research* 80, 295-303, 2005.
18. Frommann N, Streit M and Wölwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new trainings program. *Psychiatry Research*, 117 (3), 281-284, 2003.
19. Frommann N, Fleiter J, Pelzer M, Steinbring A, Wölwer W. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia: Generalizability and durability of training effects. Poster on 1.st European Conference on Schizophrenia Research, 26.th-28.th September Düsseldorf, 2007.
20. Ekman P, Friesen WV. Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129, 1971.
21. Ihnen GH, Penn DL, Corrigan PW, Martin J. Social perception and social skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 80: 275-286, 1998.
22. Hiller W, Zaudig M, Mombour W. *IDCL – International Diagnostic Checklists for ICD-10 und DSM-IV*. Seattle: Hogrefe and Huber, 1996.
23. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987, 13: 261-276.
24. Ekman P, Friesen WV. *Pictures of facial affect*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto: CA, 1976.
25. Brüne M. Social cognition and behaviour in schizophrenia. In: Brüne M, Ribbert H, Schiefelhövel W. (eds.) *The social brain-evolution and pathology*. John Wiley & Sons: Chichester, pp. 277-313, 2003.
26. Banse R, Scherer KR. Acoustic profiles in vocal emotion expression. *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (3): 614-36, 1996.
27. Fydrich T & Bürgener F. Ratingskalen für soziale Kompetenz. In Margraf J & Rudolf K. (Hrsg.), *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (S. 81-98). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 1999.
28. Penn DL, Mueser KT, Doonan R, Nishith P. Relations between social skills and ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Aug 15; 16 (3): 225-32, 1995.
29. Penn DL, Spaulding WD, Reed D, Sullivan M. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20: 327-335, 1996.
30. Brüne M. Emotion Recognition, theory of mind and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research* 133, 135-147, 2005.

Aproximaciones a la evaluación de la cognición social en la esquizofrenia

Inma Fuentes, Juan Carlos Ruiz, Sonia García, M.^a José Soler

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia. Spain

RESUMEN

Existe un consenso general de que la cognición social es un componente clave de la disfunción cognitiva en la esquizofrenia. Además la hipótesis de que la cognición social es un aspecto de la cognición que determina el funcionamiento social está recibiendo más y más apoyo empírico desde que fue propuesta hace unos años. Sin embargo la definición actual de «cognición social» puede ser un factor que produzca confusión. Por ello ha sido objeto de debate en la literatura y sólo recientemente existe consenso sobre los aspectos que constituyen «cognición social» (percepción emocional, teoría de la mente, percepción social, esquema social y estilo atribucional). La mayoría de la investigación en el área considera sólo alguno de estos aspectos, probablemente porque los instrumentos disponibles evalúan ciertos componentes, pero no la cognición social de una manera global. En este trabajo presentamos de manera breve los principales componentes de la cognición social, cuales son los principales instrumentos disponibles y programas de intervención. En último lugar hacemos referencia a La Escala de Cognición Social (SCS). La SCS es un instrumento en desarrollo, con el objetivo de evaluar de manera conjunta algunos de los componentes de la cognición social, concretamente: identificación de estímulos (percepción social), percepción emocional y estilo atribucional.

PALABRAS CLAVE

Cognición social, evaluación, percepción social, esquizofrenia.

Approaches to evaluating social cognition in schizophrenia

ABSTRACT

There is general consensus that social cognition is a key cognitive dysfunction in schizophrenia. At the same time, the hypothesis that social cognition is an aspect of cognition that determines social functioning has been receiving more and more empirical support since it was first proposed a few years ago.

However, the actual definition of «social cognition» can be a confounding factor in this framework. The definition has been a matter of debate in literature and only recently has some consensus emerged about the aspects that constitute «social cognition» (emotion perception, theory of mind, social perception, attributional style, social scheme). As a consequence, most of the time, research in this area only considers some of these aspects, probably because the instruments available to measure social cognition measure these aspects individually and not social cognition globally. In this study we will give an overview of the principal components of social cognition, the main instruments available and intervention programmes. Finally we will refer to The Social Cognition Scale (SCS). The SCS is an instrument under development with the goal of measuring together some of the components of social cognition, specifically: identification of stimuli (social perception), emotion perception, and attributional style.

KEY WORDS

Social Cognition, Assessment, Social Perception, Schizophrenia.

Introducción

El proyecto MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia –www.matrics.ucla.edu–), identificó¹ en su reunión de abril de 2003, siete ámbitos cognitivos críticos en los que los pacientes con esquizofrenia presentan déficit: velocidad de procesamiento, atención / vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, y cognición social. La inclusión de la cognición social entre ese conjunto de dominios supuso, probablemente, el reconocimiento explícito de la importancia que tiene como dimensión diferenciada entre el conjunto de aspectos en los que los pacientes con esquizofrenia presentan problemas.

Correspondencia:

Inma Fuentes. Dpto. de Personalidad, Evaluación y tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 – Valencia. Spain
Correo electrónico: inmaculada.fuentes@uv.es.

La esquizofrenia se caracteriza, entre otros aspectos, por presentar una serie de déficit cognitivos, a los que se ha prestado una gran atención en las últimas décadas. Durante este tiempo la mayoría de los estudios se han centrado en desórdenes en procesos cognitivos no sociales: funcionamiento ejecutivo, atención o memoria. Sin embargo, desde mediados de los 90 la investigación ha cambiado en buena medida su foco de atención rediriéndolo hacia la cognición social². Este cambio de atención se ha sustentado en la hipótesis de que la cognición social podría explicar en buena medida el deterioro en el funcionamiento social que se da en la esquizofrenia.

La relevancia que ha alcanzado está originada, entre otras, por las siguientes razones: la evidencia empírica que relaciona la cognición social con el funcionamiento social²⁻⁴, su papel como variable mediadora entre la cognición social básica o neurocognición y el funcionamiento social^{5, 6}, la aparición de trabajos que muestran un sustrato neuronal⁷⁻⁹, y la atención que se ha dado y se está dando al desarrollo de programas de intervención en esquizofrenia centrados en la cognición social^{10,11}. Sin embargo, los términos, definiciones y áreas que la conforman en el contexto de la esquizofrenia continúan siendo objeto de debate (Wyer y Srull¹² señalaban que existían más de 100 definiciones distintas). Y el número de medidas estandarizadas es escaso y también es limitado. El objetivo de este trabajo es presentar cómo se ha intentado evaluar la Cognición Social.

La multiplicidad de definiciones que pueden encontrarse en la literatura en el contexto de la esquizofrenia, coinciden en que la cognición social se refiere a *conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación, y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros*^{13, 14}. En otros términos, cognición social es el conjunto de *procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones*¹⁵. También se considera que son los procesos y funciones que permiten a la persona entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal¹⁶. Estos procesos cognitivos sociales son los implicados en *cómo elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas y cómo sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias*¹⁷.

Componentes de la cognición social

En la literatura los componentes que se incluyen como partes de lo que es cognición social son: el Procesamiento emocional, la Teoría de la mente (ToM), la Percepción social, el Conocimiento social, y el Estilo o sesgo atribucional^{1,5,11,17}. Aquí se van a mencionar de forma muy somera, para una visión más detallada se puede ver la revisión de Ruiz, García y Fuentes¹⁸.

Las personas con Esquizofrenia tienen más dificultades que las personas sin la enfermedad, en reconocer y entender las expresiones faciales de las emociones de otros¹⁹, especialmente de emociones negativas. Se identifican dificultades en el reconocimiento de *miedo* y *asco*, así como en el reconocimiento de caras *neutras* o sin emoción, ante las cuales los pacientes suelen identificar la presencia de emociones negativas. Esto sin embargo, no ocurre con otras emociones como alegría, tristeza o enfado²⁰.

La Teoría de la mente (ToM) hace referencia a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales propios y de otros (intenciones – disposiciones – creencias).

Dentro de la Percepción social se consideran, la capacidad para valorar el contexto social y la capacidad para valorar reglas y roles sociales (percepción de estímulos → integración contextual).

En el Conocimiento social o esquema social entraría la capacidad para identificar los componentes que pueden caracterizar una determinada situación social (acciones – roles – reglas – metas).

El último de los componentes de la cognición social es el Estilo atribucional. Las atribuciones son las explicaciones o razones que uno da a las causas de resultados positivos o negativos. El significado de un acontecimiento se basa en la atribución que el individuo hace sobre su causa¹⁷. En un trabajo de Kinderman y Bentall²¹ llevado a cabo con personas con esquizofrenia se observó que los malos resultados en una tarea de teoría de la mente estaban asociados a una tendencia a hacer atribuciones externas personales (las causas se atribuyen a otras personas) en mayor medida que a hacer atribuciones externas situacionales (las causas se atribuyen a factores situacionales). Las personas con delirios de persecución suelen mostrar una tendencia a atribuir sus malos resultados a otros individuos más que a la situación²². El estilo atribucional es peculiar cuando hay sintomatología paranoide^{23, 24}. Este estilo se caracteriza en parte, por una *tendencia a exagerar, distorsionar o centrarse de forma selectiva en los aspectos hostiles o amenazantes de los demás*²⁵. En suma, la percepción inexacta de emociones²⁶⁻²⁸, y un estilo atribucional característico²⁹⁻³⁰, contribuyen a la exacerbación de los síntomas paranoides en la esquizofrenia.

Finalmente, otro de los sesgos atribucionales que aparece en las personas con esquizofrenia, es su tendencia a saltar a conclusiones de forma precipitada, sin permitir que sus juicios se basen exclusivamente en la evidencia¹¹.

Evaluación de la cognición social

Hasta la fecha no existen instrumentos elaborados para evaluar globalmente la Cognición Social, proba-

blemente debido a la gran cantidad de aspectos que comprende. En cambio existe una gran diversidad de instrumentos focalizados en aspectos concretos de dicho constructo.

El instrumento que «propone» el proyecto MATRICS para evaluar de forma global cognición social, es el *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT)³¹. Este instrumento fue diseñado básicamente para medir Inteligencia Emocional. A pesar de ser el instrumento seleccionado en el Proyecto MATRICS, hasta la fecha no existen datos en poblaciones de personas con esquizofrenia. Además el test presenta varios inconvenientes como son: la dificultad de cumplimentación, la imposibilidad de corrección por parte del investigador o el clínico, e incluso el desconocimiento de cómo se realiza la evaluación (se han de mandar los datos y se devuelven, previo pago, los resultados). Por último, hay que tomar en consideración, también, que la prueba se centra sólo en una de las áreas de la cognición social. Esto ha hecho que muchos investigadores opten por otro tipo de instrumentos en sus trabajos, como por ejemplo Volker Roder en el estudio multicéntrico que está llevando a cabo en varios países europeos, o David Penn en sus trabajos sobre intervención en cognición social. Estos autores utilizan pruebas específicas para evaluar distintos aspectos de la cognición social. El MSCEIT, es un test de 141 ítems que evalúan cómo actúa la gente y resuelve problemas emocionales en ocho tareas divididas en cuatro clases de habilidades: a) percepción de emociones, b) integración de las emociones para facilitar el pensamiento, c) comprensión de las emociones, y d) manejo de las emociones para promover el crecimiento personal.

Algunos de los instrumentos más empleados en investigación para evaluar percepción y reconocimiento de emociones o afecto facial se detallan a continuación. En primer lugar el llamado *Pictures of Facial Affect*¹⁹, compuesto por un conjunto de 110 fotografías donde aparecen personas expresando diferentes emociones. Las personas evaluadas con esta prueba deben identificar cuál de las siguientes emociones: Tristeza, Alegría, Miedo, Enfado, Asco, Sorpresa y Neutra, está siendo expresada. En segundo lugar, el *Face Emotion Identification Test* (FEIT)³² que está formado por 19 fotografías en blanco y negro de caras que expresan 6 emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, miedo, sorpresa y vergüenza). Los ítems son presentados mediante un ordenador durante 15 segundos. El participante debe elegir cuál de las 6 emociones está siendo expresada. Y, por último destaca el *Face Emotion Discrimination Test* (FEDT)³². Este incluye 30 pares de fotografías de personas del mismo sexo. Cada par de fotografías es presentado por ordenador durante 15 segun-

dos. El participante debe decidir si las dos caras, presentadas una junto a la otra, expresan la misma emoción o no. Las dos últimas pruebas señaladas evalúan la precisión en la percepción de emociones faciales básicas y la discriminación entre ellas, utilizando para ello las fotografías de Ekman.

Entre los instrumentos utilizados para evaluar percepción social aparecen en la literatura los siguientes: el *Schema Compression Sequencing Test-Revised*, el *Situational Feature Recognition Test* y el *Videotape Affect Perception Test*.

El Schema Compression Sequencing Test-Revised (SCRT-R)³³ es un test formado por 12 tarjetas que describen diferentes situaciones sociales (por ejemplo, ir al cine, ir de compras). En su aplicación se manipulan 2 variables: longitud de la secuencia (corta vs larga) e información del contexto (si en la tarjeta aparece el título o no). Para valorar la ejecución del participante se tiene en cuenta el tiempo que tarda en completar la tarea y el número de acciones correctas seguidas.

El *Situational Feature Recognition Test* (SFRT)³⁴⁻³⁵ es un test de lápiz y papel, que evalúa básicamente esquemas sociales situacionales. Requiere que los participantes identifiquen características de una lista de descriptores. Se les presenta una lista de características para cuatro situaciones, correspondiente a *acciones, roles, reglas y metas*. Cada lista contiene 18 componentes de los cuales 8 son respuestas correctas y 10 son distractores.

El *Videotape Affect Perception Test* (VAPT)³⁶ es una prueba en la que se presentan escenas que proceden de películas y programas de televisión reales, para evaluar la percepción del afecto. El test cuenta con 30 escenas en las que aparece una interacción breve de unos 10 a 24 segundos entre dos personas. En ellas, el actor dominante, presenta valores en afecto que pueden ser catalogados como muy agradable, medianamente desagradable/neutral o muy desagradable. Las personas evaluadas, después de ver cada escena, primero la valoran en dos dimensiones: agradabilidad – desagradabilidad y activación – adormecimiento, utilizando una escala de nueve puntos, y en segundo lugar seleccionan la emoción (alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y vergüenza) que consideran mejor define la escena.

Las pruebas empleadas en el estudio y medición de la teoría de la mente (ToM) normalmente presentan historietas que se leen individualmente a cada participante. A continuación, se les plantean preguntas que pretenden evaluar dos tipos de preguntas respecto a creencias falsas en relación con la historia: preguntas de primer orden y preguntas de segundo orden. Las preguntas de primer orden exigen al sujeto la realización de inferencias acerca de una creencia falsa sobre una situación. Para examinar esta habilidad se usan dos

tareas: la historia de *Rally and Anne*³⁷ y la historia de *Cigarettes*³⁸. Las creencias falsas de segundo orden pretenden valorar la habilidad del sujeto para comprender una creencia falsa respecto a lo ocurrido en la historia que puede tener uno de los personajes. Las historias del *Ice-Cream Van store*³⁹ y del *Burglar store*⁴⁰ se utilizan para realizar estas preguntas de segundo orden. A todos los sujetos se les plantean 2 preguntas, la primera es normalmente contestada en base al estado mental de uno de los personajes (preguntas ToM) y concerniente a la falsa creencia del personaje sobre la situación. La segunda pregunta (pregunta control) refleja la comprensión del sujeto sobre las historias.

Otro instrumento que evalúa ToM es la *Hinting Task*⁴¹. Esta tarea evalúa la habilidad para inferir las intenciones que hay detrás del discurso. La tarea comprende 10 historias cortas que implican la interacción entre dos personajes. Cada historia termina con uno de los personajes «*soltando una indirecta*» y el participante tiene que explicar aquello que intenta comunicar el personaje. Cada historia es leída por el experimentador dos veces para compensar posibles daños en la memoria de trabajo de la persona evaluada.

Todos estos instrumentos citados presentan la dificultad de que normalmente son pruebas que no han sido validadas para población con esquizofrenia. Esta consideración es para las pruebas en su lengua original, que es el inglés, por supuesto a esto hemos de añadir la dificultad de no disponer de ellas en castellano. Las diapositivas de Ekman¹⁹ si que están basadas en un sistema de codificación de la acción facial que fue cuidadosamente desarrollado y validado a lo largo de muchos años. Las escenas de vídeo empleadas en varias pruebas han sido desarrolladas poniendo poca atención en la fiabilidad o la validez⁴². A estas limitaciones habría que añadir la gran variabilidad entre las pruebas existentes, por ejemplo, hay vídeos que incluyen sonido⁴³⁻⁴⁴ otros no incluyen sonido⁴⁵. Y entre las tareas de vídeo se dan diferencias considerables tanto en el formato como en la duración de las escenas, así como la ausencia de tareas de control en muchas de éstas. Todo esto hace realmente muy difícil la comparación entre estudios y la extracción de conclusiones.

Determinar cuáles son las áreas de la cognición social deterioradas y en qué grado lo están, es fundamental para implantar programas de intervención en cognición social, ya que estos tienen un importante impacto en el funcionamiento social.

Las principales intervenciones dirigidas a mejorar la Cognición Social⁴⁶ se pueden clasificar en dos tipos. Por un lado, aquellas intervenciones más específicas, focalizadas sólo en el reconocimiento de emociones, como el *Training of Affect Recognition (TAR)*⁴⁷⁻⁴⁸. Y por otro lado, programas de intervención más complejos

como el *Emotion Management Training (EMT)*⁴⁹, la *Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT)*⁵⁰ la *Terapia Neurocognitiva Intergrada (INT)*⁵¹ el *Cognitive Enhancement Therapy (CET)*⁵² y el *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)*⁵³.

Los autores de este trabajo, partiendo de la situación descrita, iniciaron la construcción de un instrumento que permitiera evaluar cognición social. La primera versión de este instrumento, llamada Escala de Percepción Social, se desarrolló como prueba que sirviera para evaluar las habilidades que entrena el programa de percepción social de la IPT⁵⁰. Esta primera versión incluía tres preguntas sobre cuatro diapositivas (las n.ºs 2, 5, 6 y 7), del programa de percepción social de la IPT. Las diapositivas se trasladaron a formato fotográfico, para la evaluación. Se eligieron dos con complejidad cognitiva y dos con carga emocional. Las preguntas que se hacían sobre cada una de las imágenes, después de pedirle a la persona evaluada que las observara, eran las siguientes:

¿qué detalles o elementos puede ver en esta imagen?

¿podría explicarme qué está pasando en esta imagen?

¿qué título le pondría a esta imagen?

Las respuestas eran anotadas por el evaluador. Las normas de corrección y puntuación de la escala se pueden ver en diversos trabajos⁵⁴⁻⁵⁵.

De momento esta primera versión de la escala se ha utilizado en tres investigaciones⁵⁴⁻⁵⁶, obteniéndose resultados positivos en los aspectos evaluados, tras la aplicación de programas de intervención. La escala claramente diferencia entre los pacientes que han recibido tratamiento de los que no lo han recibido. En los dos primeros estudios se aplicó el programa de Percepción Social de la IPT y en el tercer estudio el Social Cognition and Interaction Training (SCIT).

Tras estas aplicaciones hemos intentado mejorar la escala con la introducción de nuevas áreas de la cognición social como son la percepción de emociones y el sesgo atribucional. Además hemos añadido dos fotografías, ambas con elevada carga emocional (n.º 10 y n.º 20) y hemos cambiado el formato de respuesta para mejorar la fiabilidad y hacer la corrección más fácil.

Para llevar a cabo las modificaciones nos hemos basado en las respuestas a la primera versión de 94 personas de las cuales 74 eran estudiantes de psicología y 20 eran personas con diagnóstico de esquizofrenia. La segunda versión, llamada Escala de Cognición Social tiene la siguiente estructura:

El primer ítem continúa siendo una pregunta abierta, en la que las personas que están siendo evaluadas tienen que enumerar los elementos, detalles, objetos... que aparecen en la fotografía, disponiendo de un minuto y medio. La puntuación se obtiene a partir de la

comparación con los elementos nombrados por el grupo de referencia.

Las preguntas n.º 2 y n.º 3 han pasado de ser abiertas, en la primera versión, a ser de alternativas múltiples en la SCS. El ítem 2 hace referencia al lugar, a las personas y a las emociones (hemos utilizado las mismas que propone Sandra Kerr en sus pruebas)³².

En el ítem 3 se les pide que indiquen, ante una serie de frases relativas a lo que está sucediendo en la imagen, su seguridad sobre si es verdadero o falso. Este formato *nos permite estudiar la tendencia a saltar a conclusiones demasiado pronto* «jump to conclusions» (JTC), no contemplar ejemplos en otro sentido, y hacer juicios de seguridad más fuertes sobre sus respuestas. Para cada una de las fotografías, el contenido de una de las frases es la descripción de un aspecto de algo que se ve en la imagen, dos frases presentan «inferencias» que no son negativas sobre el contenido de la fotografía. Y finalmente hay tres frases que contienen los sesgos atribucionales, que hemos nombrado anteriormente, que se presentan con frecuencia en las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

En este momento se está administrando la escala de cognición social, tanto a personas con diagnóstico de esquizofrenia, como a personas sin este diagnóstico, con el objetivo de estudiar sus propiedades psicométricas.

Bibliografía

- Green MF, Nuechterlein KH. The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophr Res* 2004; 72: 1-3.
- Brüne M. Emotion recognition, 'theory of mind' and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005; 133: 135-147.
- Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull* 1999; 25 (2): 309-318.
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? *Schizophr Bull* 2000; 26: 119-136.
- Brekke JS, Kay D, Lee K, Green MF. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *International Congress on Schizophrenia Research*, Colorado Springs, 2005.
- Vauth R, Rüschi N, Wirtz M, Corrigan PW. Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Res* 2004; 128: 155-165.
- Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 2001; 11: 231-239.
- Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman JA. Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 815-824.
- Insel TR, Fernald RD. How the brain processes social information: Searching for the social brain. *Annu Rev Neurosci* 2004; 27: 697-722.
- Andres K, Brenner HD, Pfammatter M, Roder V. Further advancement of the integrated psychological therapy program for schizophrenic patients: intervention methods and results. En Genner R, editor. *Kirkland: Hogrefe & Huber*, 2001.
- Penn DL, Jones N, Munt ED. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 80: 357-359.
- Wyer RS, Skroll TK. *Handbook of Social Cognition*. Basic Processes. Vol 1. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associated Publishers, 1994.
- Brothers L. The Social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1990; 1: 27-61.
- Ostrom TM. The sovereignty of social cognition. En Wyer RS, Skroll TK, editors. *Handbook of social cognition*. Hillsdale: Erlbaum, 1984; pp. 1-37
- Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman, L. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull*, 1997; 121: 14-132.
- Corrigan PW, Penn DL. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington: American Psychological Association, 2001.
- Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. *Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference*. *Schizophr Bull*, 2005; 31: 882-887.
- Ruiz JC, García S, Fuentes I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología* 2006; 24: 137-155.
- Ekman, P. *Pictures of facial affect*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1976.
- Kohler CG, Bilker W, Hagedoorn M, Gur RE, Gur RC. Emotion recognition deficit in schizophrenia: Association with symptomatology and cognition. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 127-136.
- Kinderman P, Bentall RP. A new measure of causal locus: The Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 1996; 20:261-264.
- Bentall R, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 1.143-1.192.
- Combs DR, Penn DL. The role of subclinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophr Res* 2004; 69: 93-104.
- Peer JE, Rothmann TL, Penrod RD, Penn DL, Spaulding WD. Social cognition bias and neurocognition affect and changes during treatment. *Schizophr Res* 2004; 71: 463-471.
- Fenigstein A. Paranoid thought and schematic processing. *J Soc Clin Psychol* 1997; 167: 7-94.
- Davis P, Gibson M. Recognition of posed and genuine facial expression of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *J Ab Psychology* 2000; 109: 445-450.
- Larusso L. Sensitivity of paranoid patients to nonverbal cues. *J Ab Psychology* 1978; 87: 463-471.
- Lewis S, Garver D. Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition in schizophrenia. *J Psychiatric Res* 1995; 29: 5-11.
- Kohler CG, Turner TT, Bilker WB, Bressinger C, Siegel SJ, Kanes SJ, Gur RC. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1.168-1.174.
- Mandal MK, Pandey R, Prasad AB. Facial Expressions of Emotions and Schizophrenia: A Review. *Schizophr Bull* 1998; 24: 399-412.

31. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT), Versión 2.0. Toronto: Multi-Health Systems, 2002.
32. Kerr SL, Neale JM. Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Ab Psychology* 1993; 102: 312-318.
33. Corrigan PW, Addis I. The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 161: 37-144.
34. Corrigan PW, Green MF. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 589-594.
35. Corrigan PW, Buicam B, Toomey R. Construct validity of two tests of social cognition in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1996; 63: 77-82.
36. Bellack AS, Blanchard JJ, Mueser KT. Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 535-544.
37. Baron-Cohen S. The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *J Child Psychol Psychiatry*, 1989; 30: 285-297.
38. Happè F. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistics, mentally handicapped and normal children and adults. *J Autism Dev Disord*, 1994; 24: 129-154.
39. Baron-Cohen S, Leslie A, Frith, U. Does the autistic children have a «Theory of Mind»? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
40. Happè F, Frith U. Theory of mind in autism. En Schopler E, Mesibov G, editors. *Learning and Cognition in Autism*. New York: Plenum Press, 1994.
41. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating «theory of mind» in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17: 5-13.
42. Archer J, Hay DC, Young AW. Movement, face processing and schizophrenia. Evidence of a differential deficit in expression analysis. *B J Clin Psychol* 1994; 31: 517-528.
43. Cramer P, Weegmann M, O'Neil M. Schizophrenia and the perception of emotions. How accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? *Br J Psychiatry* 1989; 155: 225-228.
44. Hellewel JSE, Connell J, Deakin JFW. Affect judgement and facial recognition memory in schizophrenia. *Psychopathol* 1994; 27: 255-261.
45. Morrison RL, Bellack AS, Bashore TR. Perception of emotion among schizophrenic patients. *J Psychopathol Behavioral Assessment* 1988; 103: 19-332
46. Jimeno N. Therapy of social cognition: overview and empirical results. 15th European Congress of Psychiatry. Madrid, 2007.
47. Frommann N, Streit M, Wölwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry Res* 2003; 117: 281-284.
48. Wölwer W, Frommann N, Halfmann S, Piaszek A, Streit M, Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophr Res* 2005; 80: 295-303.
49. Hodel B, Brenner HD, Merlo MC, Teuber JF (1998). Emotional management therapy in early psychoses. *Br J Psychiatry* 1998;172 (Suppl 33): 128-133.
50. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Granada: Alboran, 2007.
51. Roder V, Laecher M, Mueller, D. Integrated neurocognitive therapy for schizophrenia patients (INT). 15th European Congress of Psychiatry. Madrid, 2007.
52. Hogarty G, Flesher S (1999). A development theory for cognitive enhancement Therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25: 677-692.
53. Penn D, Roberts DL, Munt ED, Silvertein E, Jones N, Sheitman B. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 80: 357-359.
54. García S, Fuentes I, Ruiz JC, Gallach E, Roder, V. Application of the IPT in a Spanish sample: Evaluation of the «social perception subprogramme». *Int J Psychol Ther* 2003; 3: 299-310.
55. Fuentes I, García S, Ruiz JC, Soler MJ, Roder V. Social perception training in schizophrenia: a pilot study. *Int J Psychol Ther* 2007; 7: 1-12.
56. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stern P. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr Res* 2007; 91: 112-116.

Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración

Filipa Palha

Facultad de Educación y Psicología de la Universidad Católica Portuguesa. Oporto-Portugal

RESUMEN

A pesar de los considerables avances en la comprensión y el tratamiento de la esquizofrenia, hay todavía un número significativo de personas que sufren esta enfermedad y que experimentan grandes dificultades en el funcionamiento social y estos aspectos resultan ser barreras claras para la recuperación.

En los últimos años, la cognición social se ha convertido en un modelo valioso para comprender la naturaleza y la incapacidad del funcionamiento social de las personas que sufren esquizofrenia y diferentes estudios han señalado su papel potencial en la rehabilitación de la población con esta enfermedad.

Esta presentación tiene como objetivos contextualizar brevemente el aumento reciente del interés en la cognición social en la esquizofrenia, revisar el concepto de cognición social, describir los apartados cognitivo-sociales clave, estudiados en el contexto de la enfermedad que nos ocupa y los instrumentos usados para valorarlos y finalmente presentar algunos retos de la investigación en esta área.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, neurocognición, cognición social, funcionamiento social.

Social cognition in schizophrenia: brief review of concepts and assessment instruments

ABSTRACT

Despite the great advances both in the understanding and treatment of schizophrenia, there is a significant number of people suffering from this illness to still experience great difficulties in social functioning, which turn to be clear barriers to recovery.

In recent years, social cognition has become a valuable construct for understanding the nature and disability of social functioning in people schizophrenia, and different studies have pointed out to its potential role in the rehabilitation of people with schizophrenia.

This presentation aims to briefly contextualize the recent growth of interest in social cognition in schizophrenia, review the concept of social cognition, describe the key social cognitive domains studied in the context of schizophrenia, and the instruments used to assess them, and finally present some research challenges in this area.

KEY WORDS

Schizophrenia, Neurocognition, Social Cognition, Social Functioning.

Introducción

En los últimos años hemos visto grandes progresos en el desarrollo de las intervenciones farmacológicas¹, ² y psicosociales enfocadas hacia el tratamiento de personas con esquizofrenia³. Sin embargo, hay un número todavía significativo de personas para las cuales el pronóstico funcional psicosocial sigue siendo pobre.

Dado el papel fundamental del pronóstico funcional psicosocial para la recuperación de las personas con esquizofrenia, ha habido un interés creciente en la comprensión de los factores que pueden subyacer al mismo. Si la naturaleza de esos factores se pudiera identificar, sería posible desarrollar intervenciones para mejorarlos, lo cual a su vez, puede tener un impacto en el proceso de recuperación. En las últimas décadas los esfuerzos de investigación han tratado de identificar tales factores, identificado los déficit cog-

Correspondencia:

Filipa Palha

Facultad de Educación y Psicología de la Universidad Católica Portuguesa.

R. Diogo Botelho, 1327

4169-005 Porto, Portugal

Tel.: 22-6196277; Fax: 22-6196291;

E-mail: fpalha@porto.ucp.pt

Traducción del original en inglés: Asociación ARAPDIS.

nitivos (por ejemplo, vigilancia, memoria verbal y funcionamiento ejecutivo) como limitantes del funcionamiento en la comunidad y de la capacidad de los pacientes esquizofrénicos para beneficiarse de intervenciones de rehabilitación psiquiátrica⁴⁻⁶. Sin embargo, a pesar de que la investigación ha mostrado que dominios específicos de neurocognición se relacionan de una manera significativa con los resultados funcionales^{4, 5}, se sabe poco sobre los mecanismos subyacentes a través de los cuales se producen estos efectos⁵.

De esta forma, la investigación empezó a buscar aspectos específicos de la cognición que pudieran subyacer al funcionamiento social y que pudieran ser distintos de los dominios neurocognitivos tradicionales, habiendo identificado la «Cognición Social» como uno muy prometedor⁵⁻¹⁰.

Basado en esta hipótesis, la cognición social pasó a ser un modelo valioso para entender la naturaleza y la discapacidad de la esquizofrenia y varios estudios ya han considerado déficits cognitivo-sociales como determinantes significativos del funcionamiento social^{7, 8} y vocacional¹¹ en personas con esquizofrenia.

La importancia dada a la cognición social se entiende de forma clara cuando se consideran dos cosas, el debate que el tema mereció en la iniciativa NIHM-MATRICES, y su inclusión como uno de los siete apartados cognitivos representados en el «MATRICES Consensus Cognitive Battery», en una época en que los estudios de cognición social en la esquizofrenia eran todavía relativamente nuevos¹².

Habiendo dicho esto, e incluso aunque la cognición social no es un concepto nuevo sino que ha sido estudiado durante largo tiempo por muchas disciplinas, lo cierto es que el estudio de la cognición social en la esquizofrenia es relativamente reciente y todavía plantea varias cuestiones, algunas de las cuales se presentarán ahora brevemente.

Definición de conceptos

Cognición Social

La cognición social se refiere a un fenómeno complejo que implica varios procesos y funciones distintos y es aún un tema de amplio debate.

La cognición social puede entenderse como «las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, las cuales incluyen la habilidad humana para percibir las intenciones y los planes de otros»¹³.

Otra definición propuesta por Adolphs¹³ considera la cognición social como «la capacidad de construir representaciones de la relación entre uno mismo y otros

y usar estas representaciones flexiblemente para guiar los comportamientos sociales»(p. 231).

Green y otros colegas¹² han unido estas ideas y han propuesto que la cognición social «se refiere a las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, que incluyen procesos implicados en percibir, interpretar y generar respuestas a las intenciones, planes y conductas de otros» (p. 882).

Basados en estas definiciones podemos ver que hay una estrecha asociación entre cognición social y funcionamiento social, pues la habilidad de procesar rápidamente estímulos sociales es esencial para las interacciones sociales. Por otro lado los problemas en esta área pueden tener un impacto en todos los tipos de actividades sociales, ocupacionales y para mantener una vida independiente, como ha sido bien documentado en la bibliografía en los dos aspectos de estudios transversales y longitudinales^{4, 15-17}.

Cognición y Cognición Social

Para el propósito de este artículo, también es importante distinguir cognición social de cognición no social, dos constructos considerados relacionados, aunque diferentes en varios sentidos¹⁸.

Mientras que los estímulos no sociales incluyen letras, palabras, números y objetos inanimados que se usan normalmente en valoraciones neuropsicológicas, los estímulos sociales tienden a ser cambiantes en el tiempo, no estáticos, son relevantes personalmente, tienen significados que dependen del contexto (por ejemplo, roles, objetivos de los interlocutores) y actúan como sus propios agentes causales¹⁹⁻²¹.

La relación entre ambos constructos se puede ver en conceptualizaciones recientes de la cognición social que enfatizan la interacción entre estructuras de cognición social como los «schemata» o «scripts» previos (estos son términos en inglés conocidos en psicología que se podrían traducir al castellano por «modelos de interacción pautada» y «guiones», que responden a situaciones fijadas [por ejemplo: visita al dentista, entrar en una tienda y comprar el periódico, etc.] –Nota del traductor–), además de mecanismos de procesamiento de la información para la determinación de las consecuencias cognitivas y conductuales en situaciones sociales²².

Para codificar y procesar información social se precisan varios mecanismos cognitivos, como la atención, la capacidad de memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo²³, afirmación que se apoya en investigación. Las habilidades o destrezas de procesamiento cognitivo social, por ejemplo, se ha visto que están asociadas de forma significativa con los procesos de atención^{10, 24-25}, la memoria verbal²⁶⁻²⁷, la

memoria de trabajo²⁸ y el funcionamiento prefrontal²⁹⁻³¹.

Por otro lado la investigación que examina las localizaciones neuronales de las habilidades neurocognitivas y cognitivo-sociales sugieren la existencia de sistemas semi-independientes para procesar estímulos sociales y no sociales.

Dominios de la Cognición Social

La cognición social es un modelo complejo que implica varias habilidades distintas y la investigación sobre la cognición social en la esquizofrenia es todavía el centro de un amplio debate pues «los términos, definiciones y subapartados de la cognición social que se usan en la investigación de la esquizofrenia varían ampliamente» (p. 882)¹².

Para el propósito de este estudio cubriremos cuatro áreas que se consideran las más estudiadas frecuentemente en la bibliografía sobre la esquizofrenia: Percepción de la Emoción (PE), Percepción Social (PS), Conocimiento Social (CS), Teoría de la Mente (TM) y Estilo de Atribución (EA)^{8, 12}.

Percepción de la Emoción (PE)

La percepción de la emoción se llama también reconocimiento de la emoción, reconocimiento de lo afectivo o percepción de lo afectivo y se refiere a la habilidad de la persona de inferir información emocional (por ejemplo, lo que una persona siente) a partir de expresiones faciales, inflexiones de la voz (por ejemplo, la prosodia), o alguna combinación de ellas (por ejemplo, vídeos clips)⁸. En otras palabras, implica el reconocimiento y la identificación exacta de la emoción en la expresión facial y de la voz de los otros.

Percepción Social (PS) y Conocimiento Social (CS)

La percepción social y el conocimiento social se presentarán juntos dada su conexión clara la una con la otra⁸.

Aunque tiene algunas similitudes con la percepción de la emoción, la percepción social implica la decodificación e interpretación de indicaciones sociales de otros, lo que implica nuestra capacidad de juzgar roles y reglas sociales (intimidación y estatus) y contexto social⁸. Incluye tanto la percepción de indicaciones presentadas por una sola persona como la percepción de relaciones entre personas¹².

El conocimiento social se refiere al entendimiento de la persona de los roles sociales y de las reglas y con-

venciones sociales (por ejemplo, cómo están almacenadas en modelos de interacción pautadas o «schemata» sociales) que caracterizan situaciones sociales y orientan interacciones sociales^{8, 11}.

Teoría de la Mente (TM)

La Teoría de la Mente ha sido un modelo importante de cognición social en psicología y tener una TM bien desarrollada significa que una persona puede entender la mente propia y la mente de otros (por ejemplo, intenciones, pensamientos y creencias). La Teoría de la Mente puede ser tanto implícita como explícita, y por medio de permitir a los individuos tanto inferir las intenciones y creencias de otros como explicar y predecir su conducta, se convierte en vital para la negociación con éxito del complejo medio social³².

El interés en la TM en pacientes con esquizofrenia ha surgido del modelo teórico de Frith, que postula que las diferencias en controlar los estados mentales propios frente a los estados mentales de otras personas pueden ayudar a explicar síntomas particulares que se ven en la esquizofrenia, incluyendo delirios persecutorios [33,34].

Estilo de Atribución (EA)

El Estilo de Atribución «se refiere a las tendencias características de un individuo para explicar las causas de hechos que han sucedido en su vida» (p. S45)⁸. La forma en que uno explica las causas para acontecimientos positivos o negativos se basa en la causa atribuida por la persona.

La mayor parte de las investigaciones en esta área, considera la relación entre errores de atribución y síntomas específicos³⁵. Por ejemplo, los individuos con delirios de persecución y/o paranoia tienden a culpar a otros, más que a las situaciones, de las consecuencias negativas, un error de atribución conocido como «sesgo de personalización»³⁶. Es más, se ha demostrado que cuando se forman impresiones de otros, controles no clínicos automáticamente pasan juicios eliminatorios y sólo más tarde corrigen y tienen en cuenta los factores situacionales, mientras que los individuos con delirios persecutorios no pasan a la segunda fase de modificación de las impresiones iniciales (p. S45)⁸.

Finalmente, se han hecho esfuerzos de investigación para comprender el impacto más amplio del estilo de atribución y las consecuencias funcionales en personas con esquizofrenia³⁵.

Evaluación de la Cognición Social

Las dificultades que se encuentran con respecto a la definición de los términos y de los subapartados que constituyen la cognición social, también están presentes cuando se consideran los instrumentos y tareas para valorarlos.

Varios instrumentos que se han utilizado inicialmente en otras poblaciones se están utilizando ahora para medir la cognición social en personas con esquizofrenia. La mayor parte de estos instrumentos valoran apartados particulares más que la cognición social de manera global, aunque se están haciendo esfuerzos para desarrollar un instrumento de este tipo (por ejemplo, La Escala de Cognición Social)³⁷.

Percepción de la Emoción

Dentro del dominio de la percepción de la emoción, la medición más frecuentemente usada es la Tarea de Identificación de la Emoción Facial (Facial Emotion Identification Task, FEIT)³⁸. Este test usa 19 fotografías en blanco y negro de emociones faciales que muestran una de seis emociones diferentes (feliz, triste, enfadado, sorprendido, asco, vergüenza), las cuales se muestran a la vez a los participantes. Después de cada foto el participante debe hacer una selección forzada eligiendo cual de las seis emociones se identifica.

Otras mediciones incluyen las Imágenes de Emoción Facial y la Discriminación de la Emoción Facial³⁶. Además la percepción de la emoción también se mide a través de otras modalidades, tales como medidas de percepción de emoción de la voz (Test de Identificación de Emoción de la Voz)³⁸. Este test consiste en 21 frases de contenido neutral en cinta grabada (por ejemplo: «el chico fue a la tienda»), dichas en voz alta por voces masculinas y femeninas para mostrar una de seis emociones diferentes (felicidad, ira, miedo, tristeza, sorpresa o vergüenza). Se pide a los participantes que escuchen cada frase y que respondan cuál de las seis emociones describe mejor el tono de voz del que habla.

Finalmente hay también tareas de vídeo que incluyen ambas, indicaciones de emociones vocales y faciales (Test de Reconocimiento de la Emoción de Bell-Lysaker, y el Test de Percepción de la Emoción de la Cinta de Vídeo)⁸.

Percepción Social y Conocimiento Social

Con respecto a la percepción social, hay cuatro mediciones que parecen ser las más comunes en los estudios: el Test de Reconocimiento de Indicación Social (Social Cues Recognition Test, SCRT), el Perfil de

Sensibilidad no Verbal (Profile of Nonverbal Sensitivity, PONS), la Tarea Revisada de Secuenciación del Componente del Modelo de Interacción Pautada (Sequencing Component Schemata Task Revised, SCST-R), y el Test de Reconocimiento de Características Situacionales (Situational Features Recognition Test, SFRT). Las dos primeras de estas dos mediciones requieren juicios sobre situaciones cortas en cintas de vídeo y son claramente de percepción social en su naturaleza mientras que SCST-R y SFRT valoran el conocimiento social⁸.

Como un ejemplo del primero, el SCRT consiste en ocho situaciones de 2 ó 3 minutos en cinta de vídeo de 2-3 personas que hablan (por ejemplo, amigos que charlan mientras resuelven un puzzle). Se pide a los participantes que miren cada escena y luego contesten 36 preguntas de verdadero o falso por cada situación sobre la presencia de indicaciones concretas (por ejemplo, qué dijo el actor) e indicaciones abstractas (por ejemplo, inferencias sobre las reglas, emociones u objetivos que guiaban los comportamientos de los actores)³⁹⁻⁴¹. Con respecto a la valoración del conocimiento social, el Test de Reconocimiento de Características Situacionales es una medición de lápiz y papel que requiere que los participantes identifiquen características de una lista de descripciones que describen 5 situaciones familiares (por ejemplo, leer en una biblioteca, conducir un coche) y 4 situaciones no familiares (por ejemplo, construir un iglú, realizar una operación quirúrgica). Se presenta a los participantes una lista de características para cada situación, correspondientes a acciones, roles, reglas y objetivos. Cada lista incluye 6 características y 8 elementos distractores⁴²⁻⁴³.

Teoría de la Mente

La mayor parte de las tareas de TM que se encuentran en la bibliografía sobre la esquizofrenia son versiones modificadas de aquellas desarrolladas para el uso con niños (por ejemplo, niños autistas).

En términos generales, los estudios utilizan algún tipo de «cuento» o historia (ya verbalmente, con dibujos, o ambos), que requieren que se atribuyan a estados mentales tales como intenciones o creencias falsas. Algunas tareas requieren una respuesta verbal y las tareas de secuenciación de imágenes no verbales requieren que el participante coloque de una manera lógica un conjunto de cartas mostrando una historia o que elija entre diferentes opciones la que mejor complete la historia o cuento presentados en un conjunto de cartas⁴⁴⁻⁴⁵.

Las mediciones de TM también se han dividido entre tareas de primer orden y de segundo orden. Las

tareas de primer orden de TM valoran el reconocimiento de una creencia de un personaje sobre el mundo en una historia corta y las tareas de TM de segundo orden valoran el reconocimiento de lo que un personaje de la historia piensa sobre los pensamientos de otro personaje. Otra diferencia más se hace entre las tareas de metáfora e ironía, dependiendo de si los personajes del cuento usan metáfora o ironía para expresar sus intenciones⁴⁶.

La tarea de las Pistas, por ejemplo, requiere que los participantes escuchen un cuento o historia que se presenta verbalmente y determinen lo que pretende un personaje cuando él o ella da una pista verbal a otro personaje para valorar la habilidad de los sujetos de inferir las intenciones reales detrás de las expresiones de estilo indirecto. Algunas formas más recientes de medir la TM intentan captar los procesos de TM en las conversaciones diarias (por ejemplo, la formación de inferencias sobre las intenciones y creencias de otros)⁴⁷, o usan el método del análisis de la conversación para demostrar en detalle y basado en la conversación real si es verdad o no que las personas con esquizofrenia fallan en procesos de TM⁴⁸.

Estilo de Atribución

El Estilo de Atribución se ha valorado con cuestionarios que describen situaciones diferentes (por ejemplo, tu amigo olvidó recogerte del trabajo), siguiendo a lo cual se pide a los participantes que propongan una explicación de por qué tuvo lugar este hecho. Estas explicaciones pueden ser ya codificadas por el/la participante mismo/a (por ejemplo, si la consecuencia fue debida a ellos mismos o a otros) o por los ayudantes del investigador (por ejemplo, por cuánto las respuestas se atribuyen a razones internas o externas y/o una respuesta hostil)⁸.

El Cuestionario de Estilo de Atribución (Attributional Style Questionnaire, ASQ) es un instrumento que durante largo tiempo se ha utilizado con diferentes poblaciones incluyendo personas con esquizofrenia y que valora tres de las dimensiones más comúnmente identificadas del estilo de atribución: interno, estable y global. El ASQ es un instrumento de medición de 36 elementos de respuesta individual y de lápiz y papel, que presenta 12 escenarios hipotéticos (6 positivos y 6 negativos). A los participantes se les anima a imaginar de una forma vivida el hecho que ocurre y a proponer una solución. El hecho se valora por ellos mismos en cada una de 3 dimensiones (dimensiones de atribución): internas-externas [Lugar], estabilidad-inestabilidad [Estabilidad], globalidad-especificidad [Globalidad] e importancia para uno mismo⁴⁴.

Más recientemente se ha desarrollado el Cuestionario de Atribuciones Internas, Personales y Situacionales (Internal, Personal and Situational Attribution Questionnaire, IPSAQ). El IPSAQ permite una distinción entre atribuciones externas «personales» (por ejemplo, causas que son atribuidas a otras personas) y atribuciones externas «situacionales» (por ejemplo, causas que son atribuidas a factores situacionales) y atribuciones «internas» (por ejemplo, causas que son debidas a uno mismo)⁴⁹.

Retos de la Investigación

Empezando con temas que eran el punto central de este artículo, una de las principales dificultades que se encontraba en el estudio de la cognición social en la esquizofrenia se basa en la definición de los conceptos, es decir saber exactamente qué constituye la cognición social. Algunos consideran que hay muchas áreas de la cognición social que están todavía inexploradas, y directamente relacionada con esta cuestión está la de las fronteras o límites entre los diferentes apartados que se consideran como pertenecientes al campo de la cognición social^{12, 50}.

Además, podemos también encontrar investigaciones que ponen un reto a algunos de los apartados de la cognición social (por ejemplo, la teoría de la mente)⁵¹ y también argumentos en contra de una explicación de TM, de los síntomas psicóticos en la esquizofrenia⁵², asuntos que precisan una mayor clarificación.

Sin embargo, la carencia de acuerdos sobre lo que constituye la cognición social tiene implicaciones claras para su estudio y para la comparación de los hallazgos.

Una segunda área que plantea varias dificultades está relacionada con las tareas o instrumentos utilizados para valorar las actuaciones de las personas en diferentes dominios de la cognición social. Hay una necesidad de desarrollar y dar validez a instrumentos para hacer posible una valoración fiable en esta área. Se pueden considerar varias posibilidades, tales como adaptar instrumentos que ya se usan con otras poblaciones; desarrollar instrumentos para valorar componentes individuales implicados en la cognición social, desarrollar instrumentos más ecológicos y posiblemente encontrar una manera de valorar la cognición social globalmente^{8, 12}.

A un nivel más amplio, Green et ál.¹² han identificado dos finalidades diferentes de la investigación de la cognición social en la esquizofrenia. La primera se refiere a la comprensión de la naturaleza de los síntomas clínicos específicos (por ejemplo, cómo aspectos de cogni-

ción social se relacionan con la paranoia o el control del pensamiento) y la segunda se relaciona con la comprensión del rol de la cognición social en el pronóstico. Dentro de estas dos áreas, podemos vislumbrar varias cuestiones, incluyendo la necesidad de identificar substratos neuronales de actuación de la cognición social para desarrollar modelos de conducta que fragmenten la cognición social en los procesos de subcomponentes¹²; la necesidad de entender diferencias individuales en el funcionamiento cognitivo social, e identificar posibles predictores de las consecuencias además de la cognición y la cognición social (por ejemplo, la autoestima), para referirnos sólo a unos pocos^{8, 12, 50}.

Conclusión

Como se mencionó, es bastante reciente el giro de interés hacia la cognición social en la esquizofrenia^{18, 53}, con la pregunta de hasta qué punto los déficits en los apartados de cognición social pueden ayudar a entender un funcionamiento social pobre en la esquizofrenia. Hay, es cierto, investigaciones que apoyan que la neurocognición influye en el funcionamiento en la comunidad de una manera más directa y que la cognición social puede jugar un papel crítico en la predicción en la comunidad. Hay pruebas que han mostrado que estadísticamente las valoraciones cognitivo-sociales pueden distinguir mejor entre pacientes y no pacientes que los tests no sociales¹⁸. Sin embargo, si se consideran las muchas preguntas sin respuesta en esta área, hay todavía un largo camino que recorrer hasta que tengamos una imagen clara y coherente de cómo la cognición social afecta a la recuperación de las personas con esquizofrenia.

Bibliografía

- Keefe RS, Arnold MC, Bayen UJ, Harvey PD. Source monitoring deficits in patients with schizophrenia; a multinomial modelling analysis. *Psychol Med.* 1999; 29 (4): 903-14.
- Meltzer HY, McGurk SR. The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1999; 25 (2): 233-55.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull.* 2000; 26 (1): 21-46.
- Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* 1996; 153: 321-330.
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? *Schizophr Bull.* 2000; 26: 119-136.
- Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr. Bull.* 1999; 25: 309-318.
- Brekke JS, Kay DD, Kee KS, Green MF. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. Colorado Springs: Poster Presentation, Ixth International Congress on Schizophrenia Research; 2003.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (1): 44-63.
- Green MF, Nuechterlein KH, Breitmeyer B, Mintz J. Forward and backward visual masking in unaffected siblings of schizophrenic patients. *Biol Psychiatry.* 2006; 59 (5): 446-51.
- Kee KS, Kern RS, Green MF. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? *Psychiatry Res.* 1998; 81: 57-65.
- Vauth R, Rüschi N, Wirtz M, Corrigan PW. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Res.* 2004; 128: 155-165.
- Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the MATRICS new approaches conference. *Schizophr Bull.* 2005; 31: 882-887.
- Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology a new domain. *Concepts Neurosci.* 1990; 1: 27-61.
- Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol.* 2001; 11: 231-239.
- Addington J, Addington, D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophr Res.* 2000; 44: 47-56.
- Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 2004; 72: 41-51
- Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 418-425.
- Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L. Social cognition in schizophrenia. *Psychol Bull.* 1997; 121: 114-132.
- Fiske ST, Bersoff DN, Borgida E, Deaux K, Heilman ME. Social science research on trial: use of sex stereotyping research in *Price Waterhouse v. Hopkins*. *Am Psychol.* 1991; 46: 1049-60.
- Fiske ST, Taylor SE. *Social cognition (2.nd ed.)* New York: McGraw-Hill; 1991.
- Fiske ST. *Social cognition in advanced Social Psychology.* New York: McGraw-Hill; 1995.
- Crick NR, Dodge KA. A Review and Reformulation of Social Information Processing Mechanisms in Children's Adjustment. *Psychol Bull.* 1994; 115: 74-101.
- Silverstein SM. Information processing social cognition, and psychiatric rehabilitation in schizophrenia. *Psychiatry.* 1997; 60 (4): 327-40.
- Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF. Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1992; 8 (2): 129-35.
- Toomey R, Seidman LJ, Lyons MJ, Faraone SV, Tsuang MT. Poor perception of nonverbal social-emotional cues in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 1999; 40 (2): 121-30.
- Corrigan PW, Green MF, Toomey R. Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1994; 53 (2): 141-51.
- Corrigan PW. The social perceptual deficits of schizophrenia. *Psychiatry.* 1997; 60 (4): 309-26.

28. Carlson MC, Fried LP, Xue QL, Bandeen-Roche K, Zeger SL, Brandt J. Association between executive attention and physical functional performance in community-dwelling older women. *J Gerontol*. 1999; 54 (5): 262-270.
29. Brunet E, Sartafi Y, Hardy-Bayle MC, Decety J. A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *Neuroimage*. 2000; 11: 157-166.
30. Gallagher HL, Happé F, Brunswick N, Fletcher PC, Frith U, Frith CD. Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*. 2000; 38, 11-21.
31. Happé F, Ehlers S, Fletcher P, Frith U, Johansson M, Gillberg C, Dolan R, Frackowiak R, Frith C. 'Theory of mind' in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport*. 1996; 20 (1): 197-201.
32. Russell TA, Reynaud E, Herba C, Morris R, Corcoran R. Do you see what I see? Interpretations of intentional movement in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006; 81 (1): 101-111.
33. Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
34. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating «theory of mind» in people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 1995; 17 (1): 5-13.
35. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev*. 2004; 41: 225-232.
36. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical interpretation. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21: 1.143-1.192.
37. Fuentes I, Ruiz JC, Garcia, S, Soler MJ. Social Cognition Scale (SCS): A newly developed assessment instrument. Presentation included in the Symposium «Social Cognition in schizophrenia: The key for successful CBT interventions?». 15.th European Congress of Psychiatry. Madrid, 17.th-21.st March 2007.
38. Kerr SL, Neale JM. Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 312-318.
39. Corrigan PW, Buican B, Toomey R. Construct validity of two tests of social cognition in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1996; 63: 77-82.
40. Corrigan PW, Garman A, Nelson D. Situational feature recognition in schizophrenic outpatients. *Psychiatry Res*. 1996; 62: 251-257.
41. Corrigan PW. The social perceptual deficits of schizophrenia. *Psychiatry*, 1997; 60: 309-326.
42. Corrigan PW, Green M. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction. *Am J Psychiatry* 1993a; 150: 589-594.
43. Corrigan PW, Green MF. The situational feature recognition test: a measure of schema comprehension for schizophrenia. *Int J of Methods in Psychiatric Res*. 1993b; 3: 29-35.
44. Corcoran R. Theory of mind and schizophrenia. In: Corrigan PW, Penn DL, eds. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003: 149-174.
45. Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108: 110-117.
46. Harrington L, Langdon R, Siegert RJ, McClure J. Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005; 10 (2): 87-104.
47. Kinderman P, Bentall RP. A new measure of causal locus: the Internal, Personal, and Situational Attributions Questionnaire. *Pers Indiv Differ* 1996; 20: 261-264.
48. McCabe R, Leudar I, Antaki C. Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions? *Psycholog Medicine*. 2004; 34: 401-412.
49. Peterson C., Semmel A, von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman MEP. The attributional style questionnaire. *Cognitive Ther Res* 1982; 6 (3): 287-300.
50. Blakemore SJ, Frith U. How does the brain deal with the social world? *Brain Imaging* 2004; 15 (1): 119-128.
51. Leudar I, Costall A, Francis D. Theory of Mind: A Critical Assessment. *Theory Psychology* 2004; 14; 571.
52. McCabe R. On the Inadequacies of Theory of Mind Explanations of Schizophrenia: Alternative Accounts of Alternative Problems. *Theory Psych*. 2004; Vol. 14 (5): 738-752.
53. Pinkham AE, Penn, DL, Perkins, DO, Liberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003; 160; 815-824.

Terapia Psicológica Integrada (IPT) para la Esquizofrenia: ¿Es efectiva?

Volker Roder^{1,2}, Daniel R. Mueller², Kim T. Mueser^{3,5} y Hans D. Brenner²

RESUMEN

Con el trasfondo de los tratamientos para la esquizofrenia basados en la evidencia, hoy día la puesta en práctica de intervenciones cognitivas y conductuales específicas ha pasado a adquirir una mayor relevancia en el cuidado estándar de estos pacientes. En los últimos 25 años, grupos de investigación en 9 países han llevado a cabo un total de 30 evaluaciones independientes de la Terapia Psicológica Integrada, un programa de grupo que combina intervenciones neurocognitivas y cognitivas sociales con enfoques de habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos. El objetivo del presente estudio es el de evaluar la efectividad de la Terapia Psicológica Integrada bajo condiciones asistenciales y de investigación variadas y en contextos tanto académicos como no-académicos. En un primer paso se incluyeron en el metaanálisis los 30 estudios encontrados, con un total de 1.393 pacientes evaluados. En un segundo paso, se seleccionaron y analizaron sólo los estudios de alta calidad (7 estudios que incluían un total de 362 pacientes) para comprobar si confirmaban los resultados del primer análisis. Se encontraron tamaños de efectos de promedio positivo que favorecían a la Terapia Psicológica Integrada sobre los grupos control (placebo, cuidados estándar) para todas las variables dependientes, incluyendo síntomas, funcionamiento psicosocial y neurocognición. Es más, la superioridad de la Terapia Psicológica Integrada continuó en aumento durante un período medio de seguimiento de 8,1 meses. La Terapia Psicológica Integrada obtuvo efectos favorables similares en diferentes dominios de resultados, formatos de valoración (índices de expertos, auto-informes, y test psicológicos), contextos (pacientes hospitalizados frente a pacientes ambulatorios, y entornos académicos frente a los no-académicos y fases de tratamiento (agudos frente a crónicos). Los estudios de alta calidad confirmaron los resultados de la muestra completa. El análisis indica que la Terapia Psicológica Integrada es un enfoque de rehabilitación

eficaz para la esquizofrenia y que es una herramienta potente en una amplia gama de pacientes y condiciones de tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, terapia de conducta, terapia neurocognitiva, metaanálisis.

Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective?

ABSTRACT:

Against the background of evidence-based treatments for 10 schizophrenia, nowadays the implementation of specific cognitive and behavioral interventions becomes more important in the standard care of these patients. Over the past 25 years, research groups in 9 countries have carried out 30 independent evaluations of Integrated Psychological 15 Therapy (IPT), a group program that combines neurocognitive and social cognitive interventions with social skills approaches for schizophrenic patients. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of IPT under varying treatment and research conditions in academic 20 and nonacademic sites. In a first step, all 30 published IPT studies with the participation of 1393 schizophrenic patients were included in the meta-analysis. In a second step, only high-quality studies (HQS) (7 studies including 362 patients) were selected and analyzed to check whether 25 they confirmed the results of the first step. Positive mean effect sizes favoring IPT over control groups (placeboattention conditions, standard care) were found for all dependent variables, including symptoms, psychosocial functioning, and neurocognition. Moreover,

² University Psychiatric Services, University Hospital of Psychiatry, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Switzerland.

³ Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, New Hampshire Dartmouth Psychiatric Research Center, Main Building, 105 Pleasant Street, Concord 03301, NH.

Traducción autorizada del artículo: Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? publicado originalmente en Schizophrenia Bulletin vol. 32 n.º S1 pp. S81-S93, 2006.

Traducción del original inglés: Asociación ARAPDIS.

the superiority of IPT continued to increase during an average follow-up period of 8.1 months. IPT obtained similarly favorable effects across the different outcome domains, assessment formats (expert ratings, self-reports and psychological tests), settings (inpatient vs outpatient and academic vs 35 nonacademic), and phases of treatment (acute vs chronic). The HQS confirmed the results of the complete sample. The analysis indicates that IPT is an effective rehabilitation approach for schizophrenia that is robust across a wide range of patients and treatment conditions.

KEY WORDS:

Schizophrenia, cognitive behavior therapy, neurocognitive remediation, meta-analysis.

Introducción

Hasta hace poco, el tratamiento de la esquizofrenia estaba sustentado en la farmacoterapia con antipsicóticos convencionales, rehabilitación social no-específica y psicoterapia de apoyo u orientada a la percepción. A pesar de esto, en las dos últimas décadas, se ha producido un enorme cambio en la filosofía y tecnología de la asistencia de la esquizofrenia, como viene ejemplificado por los siguientes avances:

(1) Un cambio de paradigma en el contexto asistencial, del hospital a la comunidad¹⁻³, incluyendo el desarrollo del modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario⁴ para proporcionar continuidad de cuidados para los pacientes más gravemente enfermos o los que tienen mayores dificultades para permanecer en contacto con los servicios; (2) La importancia del trabajo como un objetivo de la rehabilitación y la validación del trabajo con apoyo como modelo con mejores resultados sobre el empleo⁵; (3) El desarrollo de antipsicóticos atípicos con un perfil de efectos secundarios más benigno⁶⁻⁸; (4) Una mejor comprensión del papel que desempeñan los déficits neurocognitivos y cognitivo-sociales como mediadores de los resultados funcionales y comunitarios⁹⁻²¹; y (5) un cuerpo creciente de pruebas que demuestran la eficacia de intervenciones especialmente dirigidas, estandarizadas y predominantemente cognitivo-conductuales²²⁻²⁹. Este último grupo de enfoques se puede dividir en 4 grupos basados en sus respectivos objetivos, de la manera siguiente^{25,30,31}: (1) enfoques de terapia familiar, (2) habilidades sociales y entrenamiento en la resolución de problemas, (3) recuperación neurocognitiva, y (4) terapia cognitiva-conductual para reducir síntomas positivos persistentes.

La preponderancia de la investigación sobre las intervenciones específicamente dirigidas listadas más arriba, se enfocan hacia un solo enfoque de tratamien-

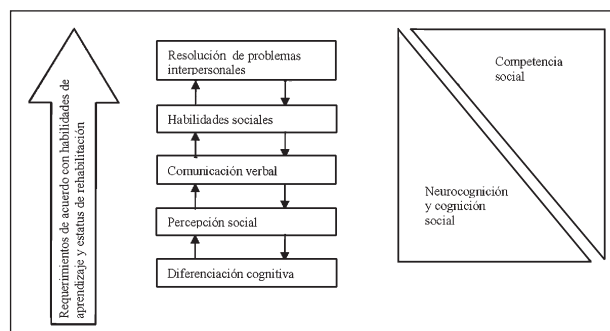
to. Una excepción a esto es la Terapia Psicológica Integrada, que combina el tratamiento neurocognitivo con el entrenamiento en cognición social, las habilidades sociales y la resolución de problemas³¹⁻³³. Esta revisión explica el modelo de la Terapia Psicológica Integrada y resume la investigación llevada a cabo sobre la misma en los pasados 25 años.

Terapia Psicológica Integrada (IPT)

La Terapia Psicológica Integrada es un programa grupal de terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia, que integra el tratamiento neurocognitivo y social-cognitivo con la rehabilitación psicosocial. La Terapia Psicológica Integrada se basa en el supuesto subyacente de que los déficits básicos en el funcionamiento neuro-cognitivo tienen un efecto generalizado sobre niveles más altos de organización de la conducta, incluyendo habilidades sociales y funcionamiento independiente^{9, 34-36}. Basada en esto, el éxito de la rehabilitación psicosocial requiere que se trate o ponga remedio a ambos, los déficits neurocognitivos subyacentes y los déficits cognitivo-sociales relacionados, además de construir habilidades sociales, de auto-cuidado y vocacionales. La Terapia Psicológica Integrada se esfuerza por integrar la rehabilitación neurocognitiva con la rehabilitación psico-social de una forma sistemática, y de la mano con el objetivo final de una competencia social mejorada. La Terapia Psicológica Integrada se organiza sobre la base de 5 subprogramas (Figura 1).

Como los subprogramas más tardíos se construyen sobre los más iniciales, aquéllos se enseñan secuencialmente, empezando por la neurocognición y la cognición social y seguidos de habilidades comunicativas y sociales, y luego habilidades de resolución de problemas. El primer subprograma tiene la finalidad primordial de dirigirse a los déficits en neurocognición básicos (por ejemplo, atención, memoria verbal, flexi-

FIGURA 1. Presentación Esquemática de los cinco Subprogramas de la Terapia Psicológica Integrada



bilidad cognitiva, formación de conceptos). El tratamiento de los déficits neurocognitivos en la Terapia Psicológica Integrada difiere de los enfoques convencionales de entrenamiento basada en ordenadores que ponen énfasis en el entrenamiento repetitivo (entrenamiento del tipo ensayo) de las llamadas cogniciones «frías» en que los ejercicios interactivos específicos se practican a través de ejercicios de grupo motivadores, en donde los pacientes aprenden estrategias alternativas con el fin de llegar a metas individuales (aprendizaje de estrategias)²⁷. El segundo subprograma se centra en los déficits en la cognición social (por ejemplo, percepción social y emocional, expresión emocional). Los subprogramas cuarto y quinto se centran en construir la competencia social de los pacientes a través de la práctica de habilidades interpersonales (por ejemplo, juegos de roles) y ejercicios de resolución de problemas grupales. El tercer subprograma sirve de puente entre los 2 primeros y los dos últimos subprogramas por medio de centrarse en habilidades neurocognitivas que tienen un impacto directo en la comunicación interpersonal, tales como la fluidez verbal y el funcionamiento ejecutivo. Las cualidades específicas que se persiguen para cada subprograma individual dependen de los déficits de cada paciente y los puntos fuertes y los resultados funcionales que son el centro del tratamiento³¹.

Con vistas a sacar partido a los avances hechos en la comprensión y la rehabilitación de la cognición social y el comportamiento social y de resolución de problemas, el modelo de la Terapia Psicológica Integrada fue modificado para que incluyera una Terapia de Gestión de las Emociones^{37,38} junto con programas de formación en habilidades específicas para aplicarse a habilidades vocacionales, residenciales y temas recreativos³⁹⁻⁴¹. Dado que la Terapia Psicológica Integrada fue uno de los primeros enfoques sistemáticos, de gran alcance y de tratamiento con manual para la esquizofrenia, ha sido ampliamente adoptado, especialmente en Europa. La edición alemana del manual de Terapia Psicológica Integrada está en su quinta impresión³¹, y ha sido traducido a 10 lenguas. Además, se dispone de un creciente bagaje de investigación para evaluar los efectos de la Terapia Psicológica Integrada, pero no se han publicado revisiones globales o de amplio alcance de esta literatura. Por lo tanto, el momento está maduro para realizar dicha revisión.

Métodos

En los pasados 25 años, grupos de investigación en 9 países han llevado a cabo 30 estudios investigando la Terapia Psicológica Integrada o una combinación de

varios subprogramas de Terapia Psicológica Integrada, con una muestra total de 1.393 pacientes con esquizofrenia (diagnosticada de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Todos los investigadores del estudio estaban en contacto con el grupo de investigación de Terapia Psicológica Integrada en Berna, Suiza, el cual supervisó a algunos de ellos en el procedimiento del tratamiento. Una búsqueda adicional de literatura sobre estudios de Terapia Psicológica Integrada independientes del idioma en fuentes de datos internacionales (por ejemplo, Medline, WebSPIRS) que usan las palabras clave «esquizofrenia», «Terapia Psicológica Integrada», «terapia de conducta» o «terapia cognitiva», no encontró otros estudios sobre la Terapia Psicológica Integrada. Los 30 estudios sobre la Terapia Psicológica Integrada sin excepción fueron incluidos en el análisis. El tamaño de la muestra, las características del paciente, el estado de la enfermedad, el diseño, la localización y las condiciones del lugar fueron extraídos de manera independiente por dos de nosotros cada uno, y se resolvieron las diferencias por consenso tras la revisión. En dos de los estudios bajo revisión, se comparó la Terapia Psicológica Integrada con el cuidado estándar (farmacoterapia y terapia social) y con una situación de placebo (intervención grupal inespecífica). En 11 estudios la Terapia Psicológica Integrada se comparó con el cuidado estándar, en 10 estudios con una condición o situación de placebo, y en 2 estudios, la Terapia Psicológica Integrada se usó como una condición de control comparada con otro enfoque de tratamiento. Cinco estudios no tenían grupo de control. Estos estudios se resumen en la tabla 1.

La Terapia Psicológica Integrada se proporciona a pacientes en diferentes fases de su enfermedad (por ejemplo, inmediatamente después de la fase post-aguda de una exacerbación sintomática, en pacientes estabilizados que muestran síntomas persistentes o residuales entre episodios) en varias localizaciones diferentes (por ejemplo, situaciones de hospitalizados y ambulatorios, en instituciones académicas o no-académicas). Las características de estos estudios varían en términos de tamaño de la muestra y el diseño; en 25 estudios (un 83,3%) se usó un diseño controlado, mientras que en 16 de estos estudios (un 64%) eran asignados al azar en la Terapia Psicológica Integrada o en otro tratamiento. En 24 estudios (un 80%) se obtuvieron evaluaciones por experto del resultado, con valoraciones ciegas en 8 estudios (26,7%). La heterogeneidad de la cualidad científica de los estudios sobre Terapia Psicológica Integrada puede atribuirse a condiciones cambiantes de terapia (pacientes internos, externos o mixtos) y también a la variación de los diseños de los estudios en el período de 25 años en que se llevó a

TABLA 1. 30 estudios independientes de Terapia Psicológica Integrada. (N = 1.393)

Fuente	País	Intervención	Número	Situación	Estado de la enfermedad	Centro
Brenner et ál. ^{42,43}	Alemania	-Terapia Psicológica Integrada	43	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Brenner et ál. ⁴⁴	Alemania	-Subprograma 4 ó subprograma 2	28	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Stramke and Hodel ⁴⁵	Suiza	-Subprograma 2	18	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Bender et ál. ⁴⁶	Alemania	-Subprograma 1+2	28	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Brenner et ál. ⁴³	Alemania	-Terapia Psicológica Integrada	18	Externo	Síntoma estabilizado	No-académico
Hermanutz and Gestrich ⁴⁷	Alemania	-Terapia Psicológica Integrada	64	Interno	Post-agudo	No-académico
Kraemer et ál. ⁴⁸	Alemania	-Subprograma 1+2+ Estrategias de «arreglárselas» con lo cognitivo	30	Interno	Síntoma estabilizado	Mezclado o mixto
Roder et ál. ⁴⁹	Suiza	-Terapia Psicológica Integrada	17	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Funke et ál. ⁵⁰	Alemania	-Subprograma 1+2	24	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Heim et ál. ⁵¹	Alemania	-Subprograma 1-3	65	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Peter et ál. ^{52,53}	Alemania	-Subprograma 1-3	83	Interno	Post-agudo	Académico
Kraemer et ál. ⁵⁴	Alemania	-Subprograma 1+2 versus subprograma 4	43	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Olbrich and Mussgay ⁵⁵	Alemania	-Subprograma 1	30	Interno	Post-agudo	No-académico
Heim et ál. ⁵¹	Alemania	-Subprograma 1-3	65	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Peter et ál. ^{52,53}	Alemania	-Subprograma 1-3	83	Interno	Post-agudo	Académico
Kraemer et ál. ⁵⁴	Alemania	-Subprograma 1+2 versus subprograma 4	43	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Olbrich and Mussgay ⁵⁵	Alemania	-Subprograma 1	30	Interno	Post-agudo	No-académico
Roder ⁵⁶	Suiza	-Subprograma 1	18	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Schüttler et ál. ⁵⁷ and Blumenthal et ál. ⁵⁸	Alemania	-Subprograma 1-4	95	Interno	Post-agudo	No-académico
Hubmann et ál. ⁵⁹	Alemania	-Subprograma 4 + Programa de Economía de sí Símbolos.	21	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Gaag van der ⁶⁰	Holanda	-Subprograma 1+2	42	Interno	Síntoma estabilizado	No-académico
Takai et ál. ⁶¹	Japón	-Terapia Psicológica Integrada	34	Interno	Síntoma estabilizado	Mixto
Theilemann ⁶²	Alemania	-Terapia Psicológica Integrada	45	Interno	Post-agudo	No-académico
Hodel ⁶³	Suiza	-Terapia Psicológica Integrada	21	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Spaulding et ál. ⁶⁴	EE.UU.	-Subprograma 1-3 + Formación en habilidades sociales según Lieberman et ál. ⁶⁶	91	Interno	Síntoma estabilizado	Académico
Roder et ál. ⁶⁵	Suiza	-Subprograma 4	143	Mixto	Síntoma estabilizado	Mixto
Vallina-Fernández et ál. ⁶⁶	España	-Subprograma 2-4 + Psicoeducación	35	Externo	Síntoma estabilizado	No-académico
Vauh et ál. ⁶⁷	Suiza	-Subprograma 4+5	57	Interno	Post-agudo	Académico

TABLA 1. 30 estudios independientes de Terapia Psicológica Integrada. (N = 1.393) (continuación)

Fuente	País	Intervención	Número	Situación	Estado de la enfermedad	Centro
Vita et ál. ⁶⁸	Italia	-Terapia Psicológica Integrada	86	Externo	Síntoma estabilizado	No-académico
Brian et ál. ^{69,70}	Canadá	-Terapia Psicológica Integrada + Formación de la Gestión Emocional de acuerdo con Hodel et ál. ⁽⁶⁷⁾	90	Mixto	Mixto	Mixto
Penadés et ál. ⁷¹	España	-Subprogramas 1+2	37	Externo	Síntoma estabilizado	Académico
García et ál. ⁷²	España	-Subprograma 2	23	Externo	Síntoma estabilizado	No-académico
Lewis et ál. ⁷³	EE.UU.	-Subprograma 1-3	38	Externo	Síntoma estabilizado	No-académico
Ueland an Rund ⁷⁴	Noruega	Subprograma 1+2 + Psicoeducación	26	Interno ^(a)	Post-agudo	Académico

NOTA: Terapia Psicológica Integrada, Terapia Psicológica Integrada Completa (1-5); Subprogramas: diferenciación cognitiva (subprograma 1), percepción social (subprograma 2), comunicación verbal (subprograma 3), habilidades sociales (subprograma 4), resolución de problemas interpersonales (subprograma 5); Estrategias de «arreglárselas» cognitivamente, de acuerdo con Meichenbaum⁷⁵; Programa de Economía de Símbolos; Formación de Habilidades Sociales, de acuerdo con Liberman et ál.⁷⁶; Psicoeducación; a Adolescente; Síntoma estabilizado, estado residual.

cabo la investigación. Por ejemplo, los estudios más tempranos tendían a tener tamaños de muestra más pequeños, no empleaban tanto el diseño de ensayos controlados aleatorizados, y proporcionaban una frecuencia más alta de sesiones de terapia en situaciones predominantemente de pacientes ingresados (Correlación de Spearman, de 1 cola: $r > ,30$, $P < ,05$, K número de estudios = 28).

Nosotros llevamos a cabo un meta-análisis con vistas a evaluar la efectividad de la Terapia Psicológica Integrada en adultos con esquizofrenia (edad > 18 años) cuando se aplica bajo condiciones clínicas cambiantes. El único estudio⁷⁴ que incluye adolescentes es comentado separadamente. Para cubrir todo el espectro de las diferentes condiciones de tratamiento, en un primer paso se incluyeron todos los estudios sobre Terapia Psicológica Integrada disponibles (30). Son de especial interés (1) el efecto global de la terapia, definido como el promedio de todas las variables de los resultados valorados con referencia a dimensiones documentadas de los síntomas, el funcionamiento neurocognitivo y social, la calidad de la vida, de bienestar y satisfacción en cuanto al tratamiento al final de la terapia y en el seguimiento; (2) dimensiones separadas de síntomas y déficits funcionales, incluyendo la neurocognición (atención, memoria, funcionamiento ejecutivo), psicopatología (síntomas negativos y positivos), y funcionamiento psicosocial (funcionamiento social y de roles, autocuidado, habilidades ocupacionales); (3) tests singulares utilizados en diferentes estudios para controlar la comparabilidad de las valoraciones dirigidas a diferentes dominios funcionales de síntomas; (4) modula-

dores de respuesta al tratamiento, incluyendo características del paciente (por ejemplo, masculino o femenino), situación (por ejemplo paciente ingresado o interno / paciente externo) y condiciones del lugar (por ejemplo, lugar académico y no-académico); y (5) predictores del resultado definidos como la influencia sobre el resultado de variables moduladoras de las características del paciente y su ubicación.

En el segundo paso, evaluamos si el rigor metodológico de los estudios contribuían a los efectos observados mediante la comparación de los resultados de la muestra completa de estudios sobre la Terapia Psicológica Integrada con los de un subconjunto de 7 estudios rigurosamente controlados^{50, 55, 58, 60, 62, 64, 66}. Los estudios rigurosamente controlados se definieron como aquéllos que empleaban diseño de ensayo controlado, incluyendo la asignación al azar de los pacientes a diferentes grupos de tratamiento, una dosis fija de antipsicóticos o cambio de medicación estadísticamente controlado, índices o valoraciones ciegas claramente expuestas, y una explicación completa de los datos para las diferentes dimensiones de síntomas y dominios funcionales que fueron valorados.

Análisis de los datos

Para determinar el alcance del cambio en pacientes a través de diferentes condiciones de control, se calcularon primero los «tamaños de/los efectos» dentro de los grupos de comparación:

$$\text{Tamaño de los efectos} = \frac{(\text{Promedio}_{\text{pre}} - \text{Promedio}_{\text{post ó seguimiento}})}{\text{Desviación Estándar}_{\text{pre de los grupos juntos}}^{77}}$$

Como los estudios clínicos han indicado que se da un tamaño mayor del efecto para pacientes en condiciones de placebo que para pacientes que reciben tratamiento estándar^{64, 78}, estos 2 tipos de grupos de control fueron tratados separadamente. Además, se calcularon los tamaños de los efectos (ES) entre los grupos de acuerdo con el parámetro d de Cohen⁷⁹. El tamaño de los efectos generalmente se puede categorizar como pequeño (0,2), medio (0,5) o grande (0,8)⁷⁹. Se controló estadísticamente la posible influencia de tamaños de muestra desiguales y los tamaños de los efectos entre los estudios mediante la utilización de un modelo de efectos fijo en el que los tamaños de los efectos de cada estudio se ponderaban (ES_w) por su varianza inversa (tamaño de efecto w , d_w)⁸⁰. La homogeneidad de varianza del tamaño de los efectos de los estudios individuales se testó mediante el cálculo de la Q_w de Hedges⁸¹. Para medir la significación del tamaño de los efectos sopesados, se usaron el intervalo de confianza y la transformación Z de los tamaños de los efectos. Se evaluaron las diferencias entre grupos mediante el cálculo del parámetro Q_b de Hedges. Para ponderar la robustez de los hallazgos según la posibilidad de propensión de la publicación hacia resultados más favorables (por ejemplo, el «problema del cajón de archivo»), calculamos el número de estudios no publicados sin efectos que se precisarían para negar los resultados positivos totales de los estudios publicados⁸². Finalmente, se evaluaron los predictores del resultado por medio del cálculo de los coeficientes de correlación no paramétricos de Spearman.

Resultados

Las características del paciente de la muestra total que comprende 1.367 pacientes adultos en 29 estudios pueden verse en la Tabla 2.

Como resultado de las diferentes fases de la rehabilitación del paciente en cada estudio, la duración de la enfermedad y de hospitalización es heterogénea. Todos los estudios proporcionan tratamiento farmacológico para los pacientes y 8 estudios dan información sobre la dosis diaria de antipsicóticos.

Escenario de la terapia e Índice de abandonos

El período de tratamiento medio fue de 17,2 semanas (intervalo de confianza del 95%, 11,8-22,6 semanas) o 49,3 horas (intervalo de confianza del 95%, 37,5-61,1). El número medio de sesiones de terapia fue de 44,4 (intervalo de confianza del 95%, 37,7-54,0) con una fre-

TABLA 2. Características de los pacientes (K = 29 estudios)

	Promedio	Intervalo de confianza del 95%
Sexo:% hombres	68,0	61,8 < δ < 74,2
Edad, años	35,0	32,9 < δ < 37,0
Coficiente Intelectual	92,0	87,6 < δ < 96,4
Duración de la hospitalización	77,9	40,2 < δ < 115,6
Numero de hospitalizaciones	3,9	3,6 < δ < 4,2
Duración de la enfermedad, y	10,2	8,1 < δ < 12,3
Dosis diaria de antipsicóticos (valores de clorpromazina) ^(a)	876,9	364,2 < δ < 1389,6

[^(a)K = 8 estudios].

cuencia media de 3,2 sesiones a la semana (intervalo de confianza del 95%, 2,7-3,7). En 14 estudios (48,3%) las calificaciones y títulos profesionales del terapeuta fueron explicitados. En 13 de estos estudios (92,8%) tomaron parte psicólogos principalmente formados en el modelo cognitivo-conductual, y en 5 estudios (35,7%) participaron como terapeutas psiquiatras formados en Terapia Psicológica Integrada. 15 estudios (52%) indicaron el índice de abandono del período de tratamiento, y 5 de éstos (33,3%) dieron también información sobre el abandono del estudio completo incluyendo el seguimiento (fase de tratamiento y de seguimiento). El promedio del índice de abandono durante el período de tratamiento fue del 14,7% (intervalo de confianza del 95%, 7,8-21,6), y durante la prueba completa fue de 15,6% (intervalo de confianza del 95%, 0,2-31,0).

Efecto de la Terapia Psicológica Integrada sobre el resultado de la terapia global

La Terapia Psicológica Integral tenía significativamente un tamaño de efectos ponderados (Tamaño de Efectos $_w$) significativamente más alto comparado con ambas condiciones de control para cambios desde la valoración al principio a la valoración del post-tratamiento ($Q_B = 12.59$, $df = 2$, $P < 01$, 1 cola) Tabla 3.

Las condiciones de placebo exhibieron un tamaño de efectos ponderados (ES_w) pequeño, que difería significativamente de cero. Estos eran diferentes sólo marginalmente de aquéllos de los grupos que recibían tratamiento estándar ($Q_B = 3,54$, $df = 1$, $P < 0,1$). La superioridad del grupo de Terapia Psicológica

TABLA 3. Tamaños de Efectos (ES,) dentro del Grupo de Terapia Psicológica Integrada, Condición de placebo, y Cuidado Estándar: Efecto de la Terapia Global

	IPT							Condición de placebo							Cuidado Estándar							
	K	N	ES	ES _w	(95% CI)	Z	Q _w	K	N	ES	ES _w	(95% CI)	Z	Q _w	K	N	ES	ES _w	(95% CI)	Z	Q _w	
Efecto de la terapia global																						
Fase de tratamiento	27	710	,55	,51	(,40 to ,61)	9,40**	10,99	10	202	,21	,24	(,04 to ,44)	2,40*	1,79	12	160	,10	,13	(-,09 to ,35)	1,12	4,21	
Tratamiento y fase de seguimiento	8	253	,65	,57	(,39 to ,74)	6,23**	6,27	2	36	,16	,15	(-,31 to ,62)							(-,52 to ,38)			
Seguimiento M = 8,1																						
Déficits funcionales y dimensión de los síntomas																						
Neurocognición	23	633	,61	,54	(,43 to ,65)	9,41**	18,05	10	202	,18	,17	(-,02 to ,37)	1,73	4,06	9	119	,15	,20	(-,05 to ,46)	,55	2,77	
Funcionamiento psicosocial	19	530	,43	,41	(,29 to ,54)	6,65**	9,59	4	96	1,17	,28	(-,01 to ,56)	1,91	1,32	9	133	-,01	-,01	(-,25 to ,24)	-0,04	3,10	
Psicopatología	23	638	,58			8,74**	15,96	7	160	,29			2,94**	1,22	10	145	,18			1,75	5,39	
Síntomas positivos	16	424	,42			6,60**	5,94	5	139	,29			2,70**	1,05	8	122	,15			1,45	2,94	
Síntomas negativos	10	277	,46	,41	(,24 to ,57)	4,75**	11,15	4	109	,21	,25	(-,02 to ,51)	1,80	2,27	3	38	,11	,04	(-,41 to ,49)	0,16	0,88	
Formatos de Valoración																						
Auto-valoraciones	18	498	,55	,51	(,38 to ,64)	7,92**	9,58	4	79	,30	,32	(,01 to ,63)	1,99*	1,52	7	96	,10	,08	(-,20 to ,37)	0,56	3,87	
Valoraciones de Expertos	21	543	,50	,48	(,36 to ,60)	7,74**	14,70	6	124	,24	,30	(-,05 to ,55)	2,35*	0,69	11	155	,15	,15	(-,07 to ,38)	1,35	11,65	
Test psicológicos	23	633	,57	,52	(,41 to ,64)	9,14**	18,39	10	202	,18	,17	(-,02 to ,37)	1,73	4,06	9	119	,17	,21	(-,04 to ,47)	1,64	2,61	
Medidas Separadas																						
d2	11	293	,65	,60	(,43 to ,76)	7,01**	19,51	4	66	,16	,18	(-,16 to ,52)	1,03	0,38	5	87	,23	,28	(-,02 to ,58)	1,85	1,50	
GAF	6	152	,72	,59	(,36 to ,82)	5,05**	2,20	2	48	,12	,20	(-,20 to ,60)	0,96	0,90	4	67	-,06	,00	(-,34 to ,34)	-0,01	1,73	
BPRS	16	333	,64	,61	(,45 to ,77)	7,62**	24,05	4	76	,34	,28	(-,04 to ,60)	1,73	0,24	10	145	,25	,29	(,06 to ,53)	2,44*	15,53	

[NOTA: K = número de estudios; N, número de pacientes; ES, tamaños de efectos no ponderados dentro del grupo; ES_w, tamaños de efectos ponderados dentro del grupo; CI,95%, intervalo de confianza; Z, significación estadística dentro del grupo; Q_w estadístico de homogeneidad, X², de 1 cola, df = K-3; d2, Test de Esfuerzo de Atención⁸³; GAF valoración Global de la Escala de Funcionamiento (Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos mentales); BPRS Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica⁸⁴, *P < ,05, **P < ,01,]

Integrada se mantenía en el seguimiento a una media de 8,1 meses más tarde (Q_B = 8,29, df = 2, P < 0,05). El único estudio con adolescentes ingresados⁽⁷⁴⁾ encontró un tamaño de efectos moderado favoreciendo a la Terapia Psicológica Integrada combinada con psicoeducación (tamaño de efecto = 0,59) comparado con la psicoeducación sola (tamaño de efecto = 0,41).

Dimensiones de los síntomas y déficits funcionales

Hubo mejorías altamente significativas para el grupo de Terapia Psicológica Integrada en neurocognición, psicopatología y funcionamiento psicosocial (Tabla 3). Con referencia a las condiciones de control, sólo el grupo de placebo mostró una mejoría significativa en psicopatología. Una comparación entre grupos mostró una marcada superioridad de la Terapia Psicológica Integrada compa-

rada con las condiciones de control –de una forma más notable con respecto al dominio neurocognitivo y el funcionamiento psicosocial (Q_B > 9,34, df = 2, P < 0,01) pero no con respecto a la psicopatología (Q_B = 5,74, df = 2, P < 0,1)–. Cuando las dos condiciones de control se combinaban, la Terapia Psicológica Integrada ofrecía significativamente una reducción de los síntomas más alta (Q_B = 5,19, df = 1, P < 0,05). Los hallazgos pertenecientes a los síntomas negativos y positivos eran similares a aquéllos con el factor psicopatología combinado.

Formatos de valoración

Se encontraron mejorías altamente significativas favoreciendo la Terapia Psicológica Integrada para los 3 formatos de valoración como sigue: cuestionario auto-administrado hecho por el propio paciente, entrevista (valoración de experto mediante entrevista al paciente o a una persona relacionada) y tests psicológicos (tests

de lápiz y papel o basados en el ordenador para valorar principalmente el rendimiento neurocognitivo o la cognición social) (Tabla 3). Además, los efectos de la Terapia Psicológica Integrada para estos 3 formatos eran marcadamente homogéneos ($Q_B = 0,31$, $df = 2$, no significativa [NS]). Igualmente el cuestionario autoadministrado y las valoraciones de las entrevistas mostraron hallazgos significativos en la condición de placebo. Había una fuerte correspondencia entre las auto-valoraciones y las valoraciones de las entrevistas en el grupo de Terapia Psicológica Integrada (Correlación de Spearman, 2 colas: $r = 0,74$, $P < 0,01$, K estudios = 14). Es más, los 3 instrumentos más frecuentemente usados (el Test de Esfuerzo de Atención, d2⁸³; la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica, BPRS⁸⁴; la Escala de Valoración Global del Funcionamiento GAF) tenían en promedio efectos ponderados un 24% superiores para el grupo de Terapia Psicológica Integrada que las variables comprendidas bajo los 3 dominios de funcionamiento. Así, se mostró una superioridad de la Terapia Psicológica Integrada frente a las 2 condiciones de control con respecto a la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica en contraste al dominio combinado de la psicopatología ($Q_B = 6,62$, $df = 2$, $P < 0,05$).

Centros

Las posibles influencias de las condiciones institucionales, el contexto asistencial o el grado de enfermedad sobre los efectos de la Terapia Psicológica Inte-

grada fueron evaluadas mediante la combinación previa de las dos condiciones de control para maximizar el tamaño de la celda del grupo de comparación. Los tamaños de los efectos (ES_s) de la Terapia Psicológica Integrada y los grupos de control combinados se muestran en la tabla 4 (ver más adelante).

Tomados como un todo, los estudios de centros académicos mostraron efectos ligeramente más grandes que los estudios de centros no académicos con respecto a ambos, la Terapia Psicológica Integrada y los grupos de control. La Terapia Psicológica Integrada obtenía mejoras significativamente mayores en ambos ámbitos. En centros académicos, los grupos de control también obtuvieron mejoras significativas durante la fase de tratamiento. Los 4 estudios multicéntricos con participación predominantemente no académica tenían efectos que mostraban una variación más amplia y eran comparables a los otros centros, no académicos. Las diferencias considerando las condiciones de las instituciones no eran significativas ($Q_B < 1,24$, $df = 2$, NS), tanto para la Terapia Psicológica Integrada como para el grupo de control.

Escenario del Tratamiento

Los estudios que utilizaron muestras de pacientes hospitalizados exclusivamente, o ambulatorios exclusivamente, en ambos casos mostraron efectos dentro del grupo significativamente más altos para la Terapia Psicológica Integrada (ver tabla 4). Cuando se com-
para

TABLA 4. Tamaños de Efectos (ES) dentro de la Terapia Psicológica Integrada y los Grupos de Control subsumidos (CG_s): Efecto Global Controlado de la Terapia por Centros, Escenarios o Localizaciones del Tratamiento y Estado de la Enfermedad

	Terapia Psicológica Integrada							CG (Grupos de control)						
	K	N	ES	ES _w	(95% CI)	Z	Q _w	K	N	ES	ES _w	(95% CI)	Z	Q _w
Centros														
Centros académicos	10	258	,63	,56	(,38 to ,73)	6,19**	5,43	5	102	,25	,31	(,01 to ,061)	2,06*	1,63
Centros no académicos	13	288	,51	,50	(,34 to ,67)	5,92**	2,90	13	230	,09	,14	(-,05 to ,32)	1,43	1,85
Multicentros	4	90	,47	,44	(,22 to ,66)	3,96**	2,01	2	30	,06	,05	(-,46 to ,56)	0,20	0,07
Escenario de tratamiento														
Ingresados	20	475	,57	,53	(,40 to ,66)	8,07**	9,39	15	287	,14	,20	(,03 to ,37)	2,29*	3,81
Externos	5	105	,53	,49	(,22 to ,77)	3,50**	1,00	5	75	,07	,08	(-,24 to ,40)	0,50	0,55
Estado de la Enfermedad														
Pacientes con síntomas estabilizados	20	446	,57	,52	(,39 to ,66)	7,67**	9,39	16	264	,10	,14	(-,04 to ,32)	1,57	4,36
Pacientes Postagudos	6	174	,51	,50	(,29 to ,72)	4,62**	1,34	4	98	,24	,25	(-,03 to ,53)	1,73	0,04

[NOTA: CG, grupos de control /condiciones de placebo y cuidado estándar subsumidos; K = número de estudios; N, número de pacientes; ES, tamaños de efectos no cargados dentro del grupo; ES_w, tamaños de efectos ponderados dentro del grupo; 95% CI, intervalo de confianza; Z, significación estadística dentro del grupo; Q_w, estadístico de homogeneidad; X², 1 cola $df = K-3$; multicentros, predominantemente centros no académicos; pacientes con síntomas estabilizados, estado residual estabilizado * $P < ,05$, ** $P < ,01$].

raba con el grupo de control, la Terapia Psicológica Integrada era significativamente mejor sólo para los pacientes internos ($Q_B = 9,33$, $df = 1$, $P < 0,01$) y de una forma marginal significativamente mejor para pacientes externos ($Q_B = 3,65$, $df = 1$, $P < 0,1$). Aunque los pacientes ingresados en las condiciones de control mostraron mejorías significativas durante el periodo de tratamiento, ni la Terapia Psicológica Integrada ni las condiciones de control diferían con respecto a las localizaciones o escenarios del tratamiento ($Q_B < 0,42$, $df = 1$, NS). Durante la terapia y los periodos de seguimiento, los pacientes ingresados del grupo con Terapia Psicológica Integrada tenían mejorías significativamente mayores (K número de estudios = 4; seguimiento = 10 meses; tamaño de los efectos ponderados = 0,79; intervalo de confianza del 95%: 0,43-1,16) que los pacientes externos de Terapia Psicológica Integrada ($K = 2$; seguimiento = 7,5 meses; tamaño de los efectos ponderados = 0,44; Intervalo de Confianza del 95%: 0,07-0,80). Mientras a lo largo del seguimiento los pacientes ambulatorios mantenían las mejorías alcanzadas durante la terapia, los pacientes hospitalizados continuaron mejorando durante el período de seguimiento ($Q_B = 8,46$, $df = 1$, $P < 0,01$). De una manera coherente con el presunto grado más agudo o más grave de la enfermedad psiquiátrica en el hospital, los pacientes ingresados tenían una psicopatología más pronunciada según la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica⁽⁸⁴⁾ (BPRS) ($K = 12$; resultado total de la BPRS: media [Desviación Estándar], 47,8 [8,7]) que los pacientes externos ($K = 4$; resultado total de la BPRS: media [Desviación Estándar], 40,2 [11,8]).

Fase de la enfermedad

La Terapia Psicológica Integrada mostró efectos significativos para los pacientes con síntomas estabilizados y pacientes postagudos (ver Tabla 4). No se encontraron efectos significativos para el grupo de control; los pacientes postagudos mostraron pequeños tamaños del efecto ponderado (ES_w) mientras que los pacientes con síntomas estabilizados no mostraron ningún efecto durante la fase de terapia. Al principio de la terapia los pacientes postagudos de Terapia Psicológica Integrada y los pacientes de control exhibieron déficits neurocognitivos más marcados ($K = 4$; D2 valor estándar⁸³: media [SD], 88,3 [3,5]) que los pacientes con síntomas estabilizados ($K = 5$; D2 valor estándar media [SD], 101,7 [21,8]). La Terapia Psicológica Integrada fue significativamente más eficaz que el grupo de control sólo para los pacientes con síntomas estabilizados ($Q_B = 11,17$, $df = 1$, $P < 0,01$). La fase de la enfermedad no tenía influencia en el eficacia de la Terapia

Psicológica Integrada ($Q_B = 0,02$; $df = 1$, NS). Para el período de la post-terapia, los pacientes de Terapia Psicológica Integrada cuyos síntomas estaban estabilizados mantuvieron los efectos alcanzados durante la terapia al seguimiento [$K = 6$, seguimiento = 9,7 meses; (ES tamaño de efectos) = 0,64, tamaño de efectos ponderados (ES_w) = 0,53, intervalo de confianza del 95%, 0,29-0,77].

Subprogramas de la Terapia Psicológica Integrada

En cada uno de los estudios se dieron varios subprogramas diferentes de Terapia Psicológica Integrada. 12 estudios usaron subprogramas de «diferenciación cognitiva», «percepción social», y/o «comunicación verbal». (Subprogramas - Parte I). Cinco estudios sólo utilizaron los subprogramas «habilidades sociales» y «resolución de problemas interpersonales» (Subprogramas - Parte II), mientras que 12 estudios emplearon todos los 5 subprogramas de Terapia Psicológica Integrada (Terapia Psicológica Integrada-Completa). Las 3 variaciones de Terapia Psicológica Integrada mostraron efectos de terapia global altamente significativos durante el período de la terapia (Subprogramas-Parte 1: Tamaño del Efecto (ES) = 0,58; Tamaño de los efectos ponderados (ES_w) = 0,58; intervalo de confianza del 95%, 0,39-0,77; Subprogramas-Parte II: Tamaño de los efectos (ES) = 0,54; Tamaño de los efectos ponderados (ES_w) = 0,52; intervalo de confianza del 95%, 0,26-0,78; Terapia Psicológica Integrada-Completa: Tamaño de los efectos (ES) = 0,51; Tamaño de los efectos ponderados (ES_w) = 0,46; intervalo de confianza del 95%, 0,32-0,61). Los efectos ponderados medios de las 3 variaciones de la Terapia Psicológica Integrada eran homogéneos ($Q_B = 0,02$; $df = 2$, NS).

Con respecto a los dominios específicos del funcionamiento, los pacientes que recibían el Subprograma-Parte 1 llegaron a los efectos ponderados más altos en el dominio neurocognitivo ($K = 12$; Tamaño de los efectos = 0,72; Tamaño de los Efectos ponderados = 0,71; intervalo de confianza del 95%, 0,51-0,90) y los más pequeños en el funcionamiento psicosocial ($K = 7$; Tamaño de los Efectos = 0,38; Tamaño de los efectos ponderados = 0,37; intervalo de confianza del 95%, 0,13-0,61) comparados con aquéllos que recibían el Subprograma-Parte II y la Terapia Psicológica Integrada-Completa. Una comparación entre grupos de las 3 variaciones de la Terapia Psicológica Integrada revelaron resultados no significativos con respecto a los 3 dominios de resultados ($Q_B < 4,59$, $df = 2$, NS). Para evaluar si los efectos en el seguimiento al dar el pro-

grama completo de Terapia Psicológica Integrada eran más fuertes que dando sólo algunos de los subprogramas, nosotros combinamos estudios que daban solo subprograma-Parte I ó II y los comparamos con la Terapia Psicológica Integrada-Completa. Una valoración tras un seguimiento post-terapia de un promedio de 8,3 meses para el Subprograma-Parte I ó II (K(número de estudios) = 3) y de 7,9 meses para la Terapia Psicológica-Completa (K = 5), mostró mejoras significativas para ambos grupos comparados con los resultados en el inicio del proceso. Los efectos ponderados de la terapia y del período de post-terapia eran un 25% más altos para la Terapia Psicológica-Completa (Tamaño de los efectos = 0,74; Tamaño de los efectos ponderados = 0,60; intervalo de confianza del 95%, 0,39-0,81) que para el Subprograma-Parte I ó II (Tamaño de los efectos = 0,50; Tamaño de los efectos ponderados = 0,48; intervalo de confianza del 95%, 0,13-0,82) aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($Q_B = 0,35$, $df = 1$, NS).

Predictores de las consecuencias o resultados

La duración de la enfermedad era la única variable independiente evaluada en el paciente que tenía un efecto negativo en el resultado de terapia global de la Terapia Psicológica Integrada (efecto medio) (K = 19, Correlación de Spearman, 2 colas: $4 = -0,64$, $P < 0,01$). Los pacientes que tenían una duración de la enfermedad más larga tendieron a obtener menos beneficio de la Terapia Psicológica Integrada. Por contraste, la edad y la duración de la hospitalización tenía un efecto negativo moderado sobre el resultado o consecuencia de la terapia global en las condiciones de control combinadas (K > 10, $r < 0,50$, $P < 0,06$). La duración de la terapia (en semanas u horas), el número de sesiones de terapia o la frecuencia semanal de las sesiones de terapia no tenían correlación con el resultado de terapia global de la Terapia Psicológica Integrada (K = 27, $r < 0,30$, NS). Sin embargo, una duración más larga de la terapia afectaba favorablemente a la mejora en el resultado funcional (K = 19, $r = 0,47$, $P < 0,05$). Dentro de este contexto, el estudio dirigido por Takai et ál.⁶¹ era una excepción, pues mostraba una media de efectos pequeña (Tamaño de efectos = 0,17) a pesar de dar sólo una sesión única a la semana durante más de un año de terapia (60 sesiones).

Los efectos de la Terapia Psicológica Integrada en los dominios de resultados específicos estaban parcialmente intercorrelacionados durante el periodo de la terapia. La mejora en la neurocognición tenía una correlación significativa con la mejora en la psicopatología (K = 19, $r = 0,52$, $P < 0,05$) y el resultado o conse-

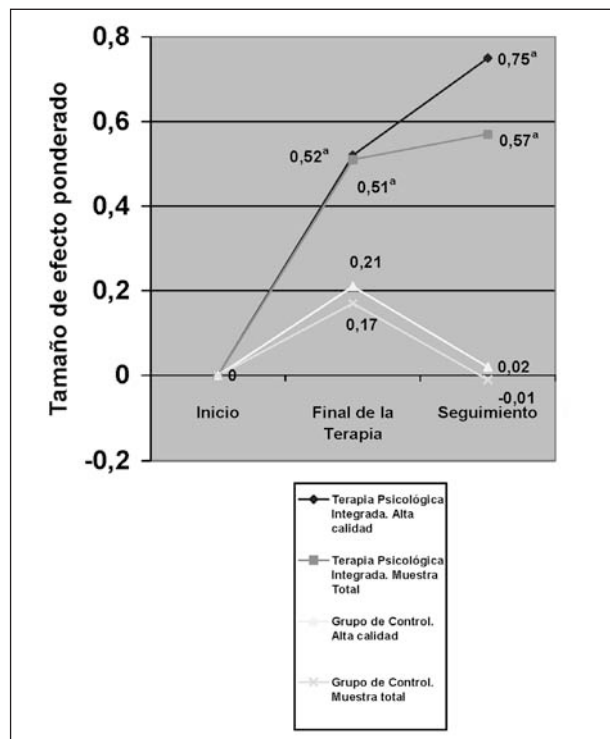
cuencias funcionales (K = 15, $r = 0,51$, $P < 0,05$). A pesar de todo, la correlación entre la mejoría en psicopatología y las consecuencias funcionales no era significativa (K = 17, $r = 0,08$, NS).

Es más, la mejoría en las consecuencias o resultados de la terapia global desde la valoración del inicio a la valoración del seguimiento tenía una correlación significativa con la mejora desde el inicio a la post-terapia (K = 8, $r = 0,91$, $P < 0,01$). Los cambios en el dominio neurocognitivo (K = 6, $r = 0,89$, $P < 0,05$) y en la psicopatología (K = 8, $r = 0,79$, $P < 0,05$) durante la terapia predijeron efectos de seguimiento de promedio. Las mejoras en estos dos dominios también tenía correlación significativa con un índice de abandono de la terapia más bajo (K = 11, $r < -0,60$, $P < 0,05$).

Tamaños de Efecto (ESS) entre los grupos de comparación

Calculando los Tamaños de efectos (d) entre la Terapia Psicológica Integrada y los grupos de comparación, se seleccionó una submuestra de estudios que incluían condiciones de control (K = 21; N = 900 pacientes). Las

FIGURA 2. Efecto ponderado promedio de la Muestra total (K = 29) y de Estudios de Alta Calidad (K = 7) de Terapia Psicológica Integrada (IPT) y Grupo de Control (CG).
^a Tamaño de efectos ponderados significativo (Z = 2,58, P < ,01)



características del paciente y la localización no diferían de las de la muestra total (TS) ($R = 29$ estudios). Se combinaron las dos condiciones de control. En comparación con las condiciones de control, la Terapia Psicológica Integrada tenía efectos de terapia global significativamente mayores durante la terapia y el período del seguimiento (período de terapia: $K = 21$; $d = 0,40$, $d_w = 0,36$, intervalo de confianza del 95%, 0,23-0,50; terapia y fase de seguimiento: $K = 6$, $d = 0,52$; $d_w = ,45$, intervalo de confianza del 95%, 0,19-71).

La superioridad de la Terapia Psicológica Integrada era también evidente en los tres dominios de resultados específicos (neurocognición: $K = 18$; $d = 0,46$; $d_w = 0,41$, intervalo de confianza del 95%, 0,26-0,55; funcionamiento psicosocial: $K = 13$; $d = 0,34$; $d_w = 0,31$, intervalo de confianza del 95%; 0,15-0,48; psicopatología: $K = 16$; $d = 0,31$; $d_w = 3$; intervalo de confianza del 95%, 0,16-0,46) cuando se convirtió d_w del efecto de la terapia global a un coeficiente de correlación, $r = 0,20$. Esto significa que de acuerdo con el «Binomial Effect Size Display» de Rosenthal⁸², un promedio del 60% de los pacientes de la Terapia Psicológica Integrada y un 40% de los pacientes de control se beneficiaron de sus tratamientos respectivos. Para enfrentarnos con el tema del prejuicio ó sesgo de la publicación hacia resultados positivos, basados en Rosenthal⁸² calculamos que serían necesarios un mínimo de 108 estudios de Terapia Psicológica Integrada que no mostraran ningún efecto ($Z = 0$, $P = 0,05$) para negar los efectos positivos de la Terapia Psicológica Integrada comparada con el grupo de control basado en este análisis ($K = 21$; $r = 0,20$, $Z = 0,89$).

Rigor metodológico de los Estudios

Para eliminar prejuicios o sesgos metodológicos o relacionados con el diseño, en un segundo paso repetimos los análisis incluyendo sólo estudios de alta calidad (HQS), como se definieron previamente. En total, 7 estudios con un total de 362 pacientes cumplieron estos criterios. Estos estudios no diferían de la muestra total ($K = 29$) en términos de las características del paciente o la localización de la terapia. Seis de estos estudios reclutaron exclusivamente pacientes ingresados (85,7%). Cuatro estudios (57,1%) incluyeron índices ciegos y 3 estudios (42,9%) no tenían índices o valoraciones de entrevistas. Tres de los estudios se limitaron a subprogramas de Terapia Psicológica Integrada para los dominios neurocognitivo y social (subprogramas 1-3), mientras que 4 estudios daban el programa completo de Terapia Psicológica Integrada. 5 estudios compararon la Terapia Psicológica Integrada con una condición de placebo, un estudio comparó la Terapia

Psicológica Integrada con el tratamiento estándar y un estudio comparó la Terapia Psicológica Integrada con ambas condiciones de control.

El tamaño promedio de efectos ponderados para el resultado o consecuencias de la terapia global de la Terapia Psicológica Integrada y grupos de control combinados de los estudios de alta calidad eran similares a la muestra total. (Ver Figura 2).

El efecto de terapia global de los estudios de alta calidad y los restantes estudios de la muestra total (no de alta calidad, $K = 22$) no difería con respecto al grupo de Terapia Psicológica Integrada o al grupo de control ($Q_B < 0,19$, $df = 1$, NS). La superioridad de la Terapia Psicológica Integrada frente a las condiciones de control fue estadísticamente significativa para los estudios de alta calidad ($Q_B = 4,02$, $df = 1$, $P < 0,05$), además de para la muestra total ($Q_B = 12,66$, $df = 1$, $P < 0,01$). Los efectos de los estudios de alta calidad en el período de terapia y de seguimiento eran mayores que los de la muestra total pero eran idénticos a aquéllos de la subpoblación ingresada en la muestra total pues los estudios de alta calidad incluían predominantemente pacientes ingresados. De nuevo, los estudios de alta calidad y los de calidad no alta no diferían ($Q_B = 0,81$, $df = 1$, NS).

Por lo que respecta a la Muestra Total (ver Tabla 3), los pacientes de Terapia Psicológica Integrada en los Estudios de Alta Calidad mostraron mejorías significativas en todos los 3 dominios específicos: neurocognición ($K = 6$; Tamaño del efecto = 0,52; Tamaño de efectos ponderados = 0,48, intervalo de confianza del 95% 0,27-0,70), funcionamiento psicosocial ($K = 4$; Tamaño de efectos = 0,55; Tamaño de efectos ponderados = 0,62, intervalo de confianza del 95% 0,33-0,92) y psicopatología ($K = 5$; Tamaño de efectos = 0,50; Tamaño de efectos ponderados = 0,49, intervalo de confianza del 95%, 0,26-0,72). Los estudios de alta calidad y los de calidad no alta tampoco diferían en los dominios específicos ($Q_B < 2,37$, $df = 1$, NS).

Con respecto al criterio de selección de «valoraciones ciegas» para los estudios de alta calidad, la comparación entre este conjunto de estudios y la muestra total sobre la variable de valoración de la entrevista es de interés particular. No había diferencia en la consecuencia de la terapia global basada en los índices del entrevistador de la Terapia Psicológica Integrada en los estudios de alta calidad comparados con la muestra total de los estudios ($K = 4$; Tamaño de efectos = 0,49; Tamaño de efectos ponderados = 0,52, intervalo de confianza del 95% 0,35-0,60). Además, no había diferencia significativa entre los estudios de alta calidad y la muestra total en los efectos sobre los índices psicopatológicos (población total: $K = 19$; Tamaño de los efectos = 0,51; Tamaño de los efectos ponderados = 0,45, intervalo de confianza del

95% 0,33-0,58; estudios de alta calidad: $K = 3$; Tamaño de los efectos = 0,53 ;Tamaño de los efectos ponderados = 0,49, intervalo de confianza del 95%, 0,17-0,81) y sobre funcionamiento psicosocial (población total: $K = 17$; tamaño de los efectos = 0,43; Tamaño de los efectos ponderados = 0,45 , intervalo de confianza del 95%, 0,32-0,58; Estudios de alta calidad: $K = 4$; Tamaño de efectos = 0,55; Tamaño de efectos ponderados = 0,62; intervalo de confianza del 95% 0,33-0,92).

Discusión

Este meta-análisis incluye ensayos clínicos controlados aleatorizados además de estudios basados en la asistencia psiquiátrica rutinaria con muestras de pacientes hospitalizados y ambulatorios en contextos académicos y no académicos. Por lo tanto, los resultados de este meta-análisis tienen un alto grado de posibilidades de generalización para escenarios clínicos y no clínicos y proporciona apoyo para la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada. En comparación con la terapia de grupo no específica o el cuidado estándar, la Terapia Psicológica Integrada proporciona efectos de terapia global significativamente mayores, los cuales estaban presentes en ambos casos, persisten tras la finalización de la terapia y se mantuvieron en el seguimiento. Los resultados de los estudios con calidad metodológica alta apoyan la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada y no difieren de los estudios menos rigurosos.

El enfoque de terapia de grupo denominado Terapia Psicológica Integrada difiere de la mayoría de otros enfoques de tratamiento psicosocial para la esquizofrenia en la integración de métodos de rehabilitación neurocognitiva y psicosocial. Por contraste, las intervenciones de familia, la terapia conductual cognitiva para la psicosis, el entrenamiento en habilidades sociales y los programas de rehabilitación neurocognitiva se han lanzado primordialmente como programas independientes, no integrados. Varios meta-análisis han apoyado generalmente la efectividad de la intervención de familia y la terapia conductual cognitiva para la psicosis^{25, 26, 29, 85, 86}, aunque los datos que apoyan el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento neurocognitivo son más débiles^{27, 28, 87-89} y son materia de cierto debate^{30, 90, 91}. Los presentes hallazgos tienen interés si consideramos que los subprogramas que comprende la Terapia Psicológica Integrada se centran primariamente en los tratamientos neurocognitivos y el entrenamiento en habilidades sociales.

Los efectos positivos de la Terapia Psicológica Integrada sobre ambas cosas, el funcionamiento neurocognitivo y los comportamientos sociales de los que se informa en el presente meta-análisis, a la luz de los efec-

tos más débiles de la rehabilitación neurocognitiva o intervenciones de entrenamiento en habilidades relatados en otros meta-análisis, sugiere que la integración de la rehabilitación neurocognitiva y la formación en habilidades psicosociales puede funcionar cooperativamente para mejorar ambos dominios de una manera más efectiva que cada intervención sola. Esta conclusión provisional está en línea con un estudio reciente de Hogarty y colegas⁹², que hallaron que la «terapia de realce cognoscitivo», que combina ejercicios de formación cognitiva basada en ordenadores con trabajo individual y de grupo sobre cognición social y desarrollo de destrezas psicosociales, tenía un impacto significativo sobre dos cosas: el funcionamiento cognitivo y el ajuste psicosocial.

Los estudios incluidos en esta revisión cubrieron una amplia gama de escenarios, métodos y características de pacientes. Para comprender las implicaciones de los hallazgos, tratamos este aspecto más abajo.

Formatos de Valoración

No se encontraron diferencias entre las valoraciones de los expertos hechas con entrevistas y los relatos hechos por los pacientes mismos. Entre los estudios incluidos, las valoraciones de los expertos y las valoraciones de los pacientes mismos tenían una correlación significativa, incluso dentro de diseños de estudios no ciegos. La mayoría de las valoraciones usadas en los estudios de Terapia Psicológica Integrada se centran en la conducta social y en la psicopatología. Los estudios de funcionamiento neurocognitivo generalmente han fracasado en encontrar una asociación sólida entre auto-valoraciones y actuación objetiva en diferentes dominios neurocognitivos^{93,922}. Así, los índices de los expertos y los auto-relatos pueden converger en algunas áreas de funcionamiento, tales como el comportamiento social más que en otras, tales como la neurocognición. Además, se ha sugerido que el déficit en la neurocognición puede moderar la relación entre las autovaloraciones y las valoraciones objetivas del comportamiento funcional⁹⁵.

Dominios de resultados y variables operativizadas

Un hallazgo general en el campo de la rehabilitación psicosocial ha sido que las intervenciones tienen su mayor efecto sobre los resultados a corto plazo que son el foco más inmediato de la intervención^{96, 97}. Esto era evidente en varios estudios de Terapia Psicológica Integrada^{50, 72}. Cuando se comparaban con las condiciones de control, los mayores efectos de la Terapia Psicológica Integrada se obtenían en el funcionamien-

to neurocognitivo, el cual es muy importante en la Terapia Psicológica Integrada. En pacientes, los efectos del aprendizaje de estrategias impartido por el primer subprograma de la Terapia Psicológica Integrada son coherentes con los hallazgos meta-analíticos para la mejora neurocognitiva²⁷. Es más, los mayores efectos del subprograma neurocognitivo de la Terapia Psicológica Integrada comparados con otras variaciones de la Terapia Psicológica Integrada sobre el funcionamiento neurocognitivo es coherente con esta observación. Similarmente, como puede esperarse, cuando el programa neurocognitivo de la Terapia Psicológica Integrada se usó de una manera exclusiva, los efectos medios en el resultado funcional eran menores comparados con la aplicación adicional o alternativa del subprograma de competencia social. Estos resultados apuntan a la validez interna del modelo de la Terapia Psicológica Integrada y minan la importancia de las intervenciones de dominio específico para mejorar el funcionamiento en la esquizofrenia.

También se halló que todas las variaciones de la Terapia Psicológica Integrada tenían efectos mayores sobre los resultados o consecuencias funcionales si se comparaban con las condiciones de control. Pero, en línea con otros meta-análisis, los efectos de la Terapia Psicológica Integrada sobre el funcionamiento psicosocial tienden a ser más pequeños que en neurocognición y psicopatología^{23, 25, 30}. De una manera más importante se ha de destacar que la medición del funcionamiento social es problemática y difícil de hacer operativa en un ambiente altamente controlado como es la condición de paciente ingresado^{96, 98}, donde los elementos que constituyen el comportamiento social puede que sean más diferentes que en escenarios mucho menos controlados.

El mantenimiento de los efectos de la Terapia Psicológica Integrada durante la fase de seguimiento es coherente con el modelo integrado de impacto mutuo de diferentes niveles del funcionamiento de habilidades neurocognitivas y psicosociales^{9, 11, 12}. Sólo aquellos pacientes que participaron en la Terapia Psicológica Integrada completa, incluyendo los componentes de neurocognición, cognición social y tratamiento de competencia social, continuaron mejorando durante la fase de seguimiento. Además, una duración más larga del tratamiento contribuyó a una mayor mejoría en los resultados funcionales. De acuerdo con estudios recientes^{19, 21, 71, 92, 99-106}, estos resultados apoyan todavía más la hipótesis general de una neurocognición mejorada y de unas habilidades sociales mejoradas en el comportamiento social real y sugieren que la mejora del resultado del funcionamiento social requiere la estrecha integración de rehabilitación social y neurocognitiva, como es el caso en la Terapia Psicológica Integrada.

Condiciones de asistenciales

El impacto de la Terapia Psicológica Integrada no está afectado por variables de los pacientes, los escenarios o las condiciones de lugar. Los efectos medios de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios durante la fase de terapia son similares a los hallazgos que se explican en otros meta-análisis de tratamientos psicosociales^{23, 89}. Cuando se interpretan los efectos más fuertes para los pacientes ingresados durante la fase de seguimiento, la patología más pronunciada de este grupo comparada con la de los pacientes externos ha de ser tenida en cuenta. Los pacientes con síntomas estabilizados o post-agudos exhibieron mayores déficits de atención selectiva. Este hallazgo está apoyado por un cúmulo de hallazgos empíricos sobre déficits neurocognitivos (por ejemplo, la atención selectiva) durante las fases premórbida y las fases de remisión de síntomas además de durante los episodios psicóticos agudos¹⁰⁵. Estos déficits de atención selectiva se pueden mejorar a través de procesos de rehabilitación neurocognitiva en la Terapia Psicológica Integrada, lo que explica la observación de un efecto fuerte.

Con respecto a las otras variables de los pacientes sólo la duración de la enfermedad predijo un éxito menor en la Terapia Psicológica Integrada. En contraste, la edad y la duración de la hospitalización predijeron el resultado para las condiciones de control pero no para la Terapia Psicológica Integrada. Considerando los efectos pequeños de las intervenciones de control, los pacientes de más edad con hospitalizaciones que duraban más tiempo no se beneficiaron. El valor predictivo marginal de las otras variables de los pacientes fue señalado previamente por Mojtabai et ál.²³. En línea con otros estudios de enfoques psicosociales y neurocognitivos^{23, 27, 92}, el escenario del tratamiento no tenía influencia aparente sobre los efectos del tratamiento. A pesar de ello, los efectos de la Terapia Psicológica Integrada tendían a ser más fuertes para estudios llevados a cabo en centros académicos que en escenarios no académicos, lo que es coherente con otros hallazgos²³, y señalan la necesidad de llevar a cabo investigación «de eficacia» en escenarios o localizaciones no académicas las cuales tienen presumiblemente una posibilidad más alta de ser generalizable a escenarios clínicos de rutina donde la mayoría de los pacientes recibe tratamiento¹⁰⁷.

Implicaciones Clínicas

Durante los años 80, la frecuencia de la terapia de grupo de Terapia Psicológica Integrada variaba entre 2 y 5 sesiones a la semana. Sin embargo, en años recientes se ha aceptado como estándar un régimen reducido

de 2 sesiones semanales de Terapia Psicológica Integrada. El uso de una combinación de sólo algunos subprogramas de la Terapia Psicológica Integrada para grupos homogéneos de pacientes seleccionados basados en análisis de conducta y de problemas³¹ parecería un enfoque de tratamiento razonable, efectivo y ajustado al coste. En casos de grupos más heterogéneos de pacientes con déficits de funcionamiento en toda una amplia gama de dominios, sólo la aplicación de la Terapia Psicológica Integrada completa parecería producir efectos sostenibles. Es más, el amplio alcance de la Terapia Psicológica Integrada, que incluye componentes neurocognitivos, cognitivos sociales, y psicosociales, la hacen adecuada para pacientes en estados diferentes de la enfermedad, y con necesidades de rehabilitación que abarcan el espectro entero de la asistencia psiquiátrica. Por ello, la Terapia Psicológica Integrada puede ser útil para completar el espacio que existe entre las intervenciones psicosociales o neurocognitivas selectivas y los enfoques de rehabilitación no específicos en el cuidado estándar de pacientes esquizofrénicos.

Perspectivas para futuras investigaciones

Los hallazgos del presente meta-análisis están, naturalmente, sujetos a limitaciones de los métodos utilizados en la investigación y las aplicaciones clínicas del modelo de la Terapia Psicológica Integrada. Cuando se revisan los resultados del limitado número de estudios de pacientes externos y pacientes post-agudos, los tests estadísticos de estos estudios tenían solo una potencia modesta. Por ello, son deseables estudios que aborden estas limitaciones. Hasta la fecha, faltan argumentos autorizados para hacer indicaciones de tratamiento diferencial, que también tomen en consideración el curso individual de la rehabilitación, el impacto de las variables terapéuticas, y la prevención de recaídas, y más debido a la cantidad de datos disponible. De acuerdo con la iniciativa del Instituto Nacional de Medición de la Salud Mental y la Investigación del Tratamiento para Mejorar la Cognición en la Esquizofrenia^{10, 12-17}, debería investigarse en más pruebas controladas usando tamaños de muestra adecuados, la coherencia de dominios funcionales diferenciados durante el curso del tratamiento y cuidado posterior de la Terapia Psicológica Integrada-especialmente en los dominios de la neurocognición y la cognición social y su relación con el resultado o consecuencias funcionales y comunitarias.

Reconocimientos

Queríamos dar las gracias a la Sra. Lic-Phil. Alexandra Colombo por su ayuda en la preparación del manuscrito.

Bibliografía

1. Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindefintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*. 2000; 71: 691-699.
2. Becker T, Hulsman S, Knudsen HC, et ál. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37: 465-474.
3. Becker T, Vasquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104 (suppl 410): 8-14.
4. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 1998; N.º CD001089.
5. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:515-523.
6. Davis JM, Chen N, Glick ID. A Meta-analysis of the efficacy of second - generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 553-564.
7. Harvey PD, Keefe RSE. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 176-184.
8. Keefe RSE, Silva SG, Perkins DO, Liberman JA. The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 1999; 25: 201-222.
9. Brenner HD, Hodel B, Genner R, Roder V, Corrigan PW. Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: implications for treatment. *Br J Psychiatry*. 1992; 161 (suppl 18): 154-163.
10. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res*. 2004; 72: 41-51.
11. Green MF, Nuechterlein KH. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull*. 1999; 25: 309-318.
12. Green MF, Nuechterlein KH. The MATRICS initiative: developing a consensus battery for clinical trials. *Schizophr Res*. 2004; 72: 1-3.
13. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophr Res*. 2005; 31: 882-887.
14. Gold JM. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 72: 21-28.
15. Marder SR, Fenton W. Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia. NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 72: 5-9.
16. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton TE. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 72: 29-39.
17. Kern RS, Green MF, Nuechterlein KH, Deng BH. NIMH-MATRICES survey on assessment of neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 72: 11-19.
18. Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 815-824.
19. Vauth R, Rüschi N, Wirth M, Corrigan PW. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Res*. 2004; 128: 155-165.

20. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Subotnik MF, Gitlin MJ. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 69: 343-352.
21. Prouteau A, Verdoux H, Briand C, et ál. Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophr Res.* 2005; 77: 343-353.
22. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychological treatment practices in schizophrenia: lessons from the Patient Outcomes Research Team (PORT) project. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2003; 31: 141-154.
23. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatment in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull.* 1998; 24: 569-587.
24. Wundelich U, Wiedemann G, Buchkremer G. Sind psychosociale Interventionen bei schizoprenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie.* 1996; 6: 4-13.
25. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et ál. Psychological treatment in schizophrenia: 1. Meta-analyses of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med.* 2002; 32: 763-782.
26. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res.* 2001; 48: 335-342.
27. Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology.* 2003; 169: 376-382.
28. Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2001; 11: 197-210.
29. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis.* 2001; 189: 278-287.
30. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et ál. Psychological treatment in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomised controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med.* 2002; 32: 783-791.
31. Roder V, Brenner HD, Kienzle N. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Erkrankte (IPT). 5. überarbeitete Auflage. Weinheim, Germany: Beltz; 2002.
32. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schizophrene Patienten. München Weihem, Germany: Beltz; 2002.
33. Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N, Reed D, Liberman RP. *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients.* Seattle, Wash: Hogrefe & Huber; 1994.
34. Trower P, Bryant B, Argyle M. *Social Skills and Mental Health.* London, England: Methuen; 1978.
35. Wallace CJ, Nelson CJ, Liberman RP, et ál. A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 1980; 6: 42-63.
36. McFall RM. A review and reformulation of the concept of social skills. *Behav Assess.* 1982; 4: 1-33.
37. Hodel B, Brenner HD, Merlo MCG, Teuber JF. Emotional management therapy in early psychosis. *Br J Psychiatry.* 1998; 172 (suppl 33): 128-133.
38. Hodel B, Kern RS, Brenner HD. Emotional Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. *Schizophr Res.* 2004; 68: 107-108.
39. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2001; 52: 1.439-1.441.
40. Roder V, Brenner HD, Müller D, et ál. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 105: 363-371.
41. Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD. *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrene Erkrankter.* Bern, Switzerland: Huber; 2002.
42. Brenner HD, Seeger G, Stramke WG. Evaluation eines spezifischen Therapieprogramms zum Training Kognitiver und Kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in einem naturalistischem Feldexperiment. In: Hautzinger D, Schulz W, eds. *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Bd. 4. Köln, Tübingen, Germany: GWG/DGVT; 1980: 31-46.
43. Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse. *Nervenarzt.* 1987; 58: 72-83.
44. Brenner HD, Stramke WG, Brauchli B. Integriertes psychologisches Therapieprogramm bei chronisch schizophrene Patienten: Untersuchungen zur Differentialindikation. In: Helmchen H, Linden M, Rueger U, eds. *Psychotherapie in der Psychiatrie.* Berlin, Germany: Springer; 1982: 77-85.
45. Stramke WG, Hodel B. Untersuchungen zur Wirksamkeit psychologischer Therapieprogramme in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten. In: Brenner HD, Rey ER, Stramke WG, eds. *Empirische Schizophrenieforschung.* Bern, Switzerland: Huber; 1983: 216-234.
46. Bender W, Gerz L, John K, Mohr F, Vaitl P, Wagner U. Kognitive Therapieprogramme bei Patienten mit schizophrene Residualsymptomatik. Untersuchungen über Wirksamkeit und klinische Erfahrungen. *Neuropsychiatrie.* 1987; 2: 212-217.
47. Hermanutz M, Gestrich J. Kognitives Training mit Schizophrenen. *Nervenarzt.* 1987; 58: 91-96.
48. Kraemer S, Sulz KHD, Schmid R, Lässle R. Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrene Patienten. *Nevenarzt.* 1987; 58: 84-90.
49. Roder V, Studer K, Brenner HD. Erfahrungen mit einem integrierten psychologischen Therapieprogramm zum Training kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten in der Rehabilitation schwer chronisch schizophrene Patienten. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 1987; 138: 31-44.
50. Funke B, Reinecker H, Commichau A. Grenzer kognitiver Therapiemethoden bei schizophrene Langzeitpatienten. *Nevenarzt.* 1989; 60: 750-756.
51. Heim M, Wolf S, Göthe U, Kretschmar J. Kognitives Training bei schizophrene Erkrankungen. *Psychiatr Neurol Med Psychol.* 1989; 41: 367-375.
52. Peter K, Glaser A, Kühne GE. Erste Erfahrungen mit der kognitiven Therapie Schizophrener. *Psychiatr Neurol Med Psychol.* 1989; 41: 485-491.
53. Peter K, Kühne GE, Schlichter A, Haschke R, Tennigkeit M. Ergebnisse der kognitiven Therapie und der Verlauf schizophrene Psychosen im ersten bis zweiten Jahr nach der Entlassung. Zur Problematik und Langzeitwirkung kognitiver Therapie. In: Brenner HD, Böker W, eds. *Verlaufsprozesse schizophrene Erkrankungen.* Bern Switzerland: Huber; 1992: 350-361.
54. Kraemer S, Zinner HJ, Riehl T, Gehringer M, Möller HJ. Kognitive Therapie und verhaltenstraining zur Förderung sozialer kompetenz für chronisch schizophrene Patienten. In: Kühne GE, Brenner HD, Huber G, eds. *Kognitive Therapie bei Schizophrenen.* Jena, Germany: Fischer; 1990: 73-82.
55. Olbrich R, Mussgay L. Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training. An evaluative study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1990; 239: 366-369.

56. Roder V. Evaluation einer kognitiven Schizophrenietherapie. In: Kühne GE, Brenner HD, Huber G, eds. *Kognitive Therapie bei Schizophrenen*. Jena, Germany: Fischer; 1990: 27-39.
57. Schüttler R, Bell V, Blumenthal S, Neumann NU, Vogel R. Haben «cognitive» Therapieprogramme messbaren Einfluss auf Basissymptome bei Schizophrenien? In: Huber G, ed. *Idiopathische Psychosen: Psychopathologie, Neurobiologie, Therapie*. Stuttgart, Germany: Schattauer; 1990: 219-240.
58. Blumenthal S, Bell V, Schüttler R, Vogel R. Ausprägung und Entwicklung von Basissymptomen bei schizophrenen Patienten nach einem kognitiven Therapieprogramm. *Schizophrenie*. 1993; 8: 20-28.
59. Hubmann W, John K, Mohr F, Kreuzer S, Bender W. Soziales Verhaltenstraining mit chronisch schizophrenen Patienten. In: Schüttler R, ed. *Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten*. München, Germany: Zuchschwedt; 1991: 118-128.
60. Gaga van der M. The results of cognitive training in schizophrenic patients. Delft, the Netherlands: Eburon; 1992.
61. Takai A, Uematsu M, Kadama Y, Ueki H, Sones K. Kognitives Therapieprogramm bei chronisch schizophrenen Japanern. Eine kontrollierte Therapiestudie über die Auswirkungen auf Symptomatik Und Bewältigungsmechanismen. *Schizophrenie*. 1993; 8: 29-34.
62. Theilemann S. Beeinflussung kognitiver Störungen bei schizophrenen und schizoaffectiven Psychosen mit Hilfe kognitiver Therapie im Vergleich zur Soziotherapie. *Nervenarzt*. 1993; 64: 587-593.
63. Hodel B. Reaktionsdefizite und ihre Wirkungen auf den Therapieerfolg bei schizophrenen Erkrankten. *Schizophrenie*. 1994; 9: 31-38.
64. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999; 25: 657-676.
65. Roder V, Zorn P, Brenner HD. Kognitiv-behaviorale Programme für schizophrenen Erkrankte zum Aufbau sozialer Kompetenz im Wohn-Arbeits- und Freizeitbereich: Überblick und empirische Ergebnisse. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 2000; 32: 195-211.
66. Vallina-Fernández O, Lemos-Giraldez S, Roder V, et ál. Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *Eur J Psychiatry*. 2001; 15: 167-179.
67. Vatu R, Joe A, Seitz M, Dreher-Rudolph M, Olbrich H, Stielglitz RD. Differentielle Kurz- und Langzeiwirkung eines «Trainings Emotionaler Intelligenz» und des «Integrierten Psychologischen Therapieprogramms» für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001; 69: 518-525.
68. Vita A, Cocchi A, Contini A, et ál. Applicazione multicentrica del metodo riabilitativo strutturato IPT (Terapia Psicologica Integrata).
69. Briand C, Lesage A, Lalonde P, et ál. The IPT for patients with schizophrenia: evidence of effectiveness during program implementation in various sites in Quebec, Canada. *Schizophr Res*. 2003; 60: suppl 1.320.
70. Briand C, Belanger R, Hamel V, et ál. Implantation multisite du programme Integred Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Elaboration d'une version renouvelée. *Santé mentale au Québec*. 2005; 30: 73-95.
71. Penadés R, Boget T, Catalan R, Bernardo M, Gasto C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003; 63: 219-227.
72. Garcia S, Fuentes I, Ruiz JC, Gallach E, Roder V. Application of the IPT in a Spanish sample of the «Social Perception Subprogramme». *Int J Psychol Psychol Ther*. 2003; 3: 299-310.
73. Lewis L, Unkefer EP, O'Neal SK, Crith CJ, Fultz J. Cognitive rehabilitation with patients having persistent, severe psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2003; 26: 325-331.
74. Ueland T, Rund BR. A controlled randomised treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109: 70-74.
75. Meichenbaum DW. Methoden der Selbstinstruktion. In: Kanfer F, Goldstein AP, eds. *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München, Germany: Urban & Schwarzenberg; 1977.
76. Liberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE. Social skills training for chronic mental patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1985; 36: 396-403.
77. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol*. 1977; 32: 752-760.
78. Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999; 25: 291-307.
79. Cohen J. *Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
80. Shadish WR, Haddock CK. Combining estimates of effect size. In: Cooper H, Hedges LV, eds. *The Handbook of Research Synthesis*. New York, NY: Sage; 1994: 261-281.
81. Hedges LV. Fixed effects models. In: Cooper H, Hedges LV, eds. *The Handbook of Research Síntesis*. New York, NY: Sage; 1994: 285-300.
82. Rosenthal R. *Meta-analytic Procedures for Social Research*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1994.
83. Brickenkamp R. *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2)*. Göttingen, Germany: Hogrefe; 1975.
84. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962; 10: 799-812.
85. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2001; 27: 73-92.
86. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorder: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005; 77: 1-9.
87. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*. 1990; 58: 741-747.
88. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2003; 29: 359-382.
89. Dilk MD, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 1996; 64: 1.337-1.346.
90. Krabbendam L, Aleman A. Psychological treatment in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomised controlled trials of social skills training and cognitive remediation: a comment on Pilling et al. 2002. *Psychol Med*. 2003; 33: 756.
91. Mueser KT, Penn DL. A rush to judgment on social skills training: a comment on Pilling et al. 2002. *Psychol Med*. 2004; 34: 1.365-1.369.
92. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, et ál. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a two-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 866-876.
93. Prouteau A, Verdoux H, Briand C, et ál. Self-assessed cognitive dysfunctions and objective performance in outpatients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophr Res*. 2004; 69: 85-91.

94. Medalia A, Lim RW. Self-awareness of cognitive functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 71: 331-338.
95. Brekke JS, Levin S, Wolkon GH, Sobel E, Slade E. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1993; 19: 600-608.
96. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The Psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 163-175.
97. Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harv Rev Psychiatry.* 1997; 5: 123-137.
98. McKibbin CL, Brekke JS, Sires D, Jeste DV, Patterson TL. Direct assessment of functional abilities: relevance to persons with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 72: 53-67.
99. Bellack AS, Weinhardt LS, Gold JM, Gearon JS. Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001; 48: 255-262.
100. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull.* 2001; 26: 21-46.
101. Kern RS, Liberman RP, Kopelowicz A, Mintz J, Green MF. Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002; 159: 1.921-1.926.
102. Liddle PF. Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 101: 11-16.
103. Semkowska M, Verdad MA, Godbout L, Limoge F, Stip E. Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 69: 289-300.
104. Velligan DI, Bow-Thomas C, Mahurin R, Miller A, Halgunseth L. Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188: 518-524.
105. Wykes T, Gaga van der M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-Cognitive Remediation Therapy (CRT)? *Clin Psychol Rev.* 2001; 21: 1.227-1.256.
106. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull.* 2005; 31: 898-909.
107. Wells KB. Treatment research at the crossroads: the scientific interface of clinical trials and effectiveness research. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 5-10.

Síntomas básicos y rehabilitación psicosocial

A. Jimeno-Valdés¹, N. Jimeno-Bulnes¹, M. L. Vargas².

RESUMEN

Se destaca en primer lugar la importancia para la aplicación de los tratamientos de rehabilitación del conocimiento de los síntomas defectivos de los pacientes psicóticos, especialmente esquizofrénicos, pero también de otros pacientes afectados de demencias orgánicas. Siguiendo la escuela de G. Huber (Bonn, Alemania) se presenta una conceptualización y esquema de los distintos niveles neuropsicológicos de estos síntomas, así como su transformación al pasar de unos niveles a otros al compás del agravamiento o disminución de las patologías responsables de los mismos. Así se definen especialmente los llamados Síntomas Básicos, describiéndose tanto sus características comunes como detalles de los más importantes en funciones perceptivas, propositivas y ejecutivas. Estos síntomas son distintos y más específicos de los identificados como síntomas negativos por las escalas habituales al uso. Por último se expresan una serie de preceptos a tener en cuenta en los tratamientos cognitivo-conductuales de rehabilitación; preceptos que se derivan de la identificación y evaluación de los síntomas básicos descritos.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, síntomas, rehabilitación.

Basic Symptoms and Psychosocial Rehabilitation

ABSTRACT

First it all it is pointed out the relevance of defectual symptoms in psychotic patients, especially those suffering from schizophrenia, but also from organic dementia. Following the school of G. Huber (Bonn, Germany) a conceptualization and a schema of the different neuropsychological levels of these symptoms are presented. It is also showed their modification from a certain level to others, according the increased severity or the decrease of the causing pathogenesis. In this way, specially basic symptoms are defined, and their common characteristics and details of the most important in perceptive, propositive and

executive functions are described. These symptoms are different and more specific than those identified as negative symptoms by the usual scales. Finally, some recommendations to follow in cognitive-behavioural rehabilitation therapies are given; recommendations resulting from the identification and assessment of the basic symptoms previously described.

KEY WORDS

schizophrenia. Symptoms. Rehabilitation.

Introducción

El desarrollo de técnicas de Rehabilitación Psicosocial cada vez más precisas para el grupo de las esquizofrenias exige tener en cuenta además los síntomas deficitarios, de origen cognitivo según hoy predominantemente se postula, es decir, debidos a fallos en los sistemas neurológicos de elaboración de la información.

Como es sabido, las esquizofrenias nacieron como síndromes demenciales, tanto respecto los síntomas productivos como los deficitarios, sin embargo en los decenios siguientes –en la época de oro de la psicopatología fenomenológica– se prestó en general escasa atención el estudio de los síntomas deficitarios, llamados luego negativos. En nuestra opinión ello fue debido a los siguientes motivos de tipo sociocultural, más que puramente científico:

- Los centros mundiales de investigación psiquiátrica se desplazan al mundo anglosajón, lo que determina una pérdida de precisión y profundidad en la conceptualización psicopatológica.
- Los antipsicóticos disminuyen la intensidad y duración de los síntomas productivos agudos causando una mitigación general del cuadro psicopatológico, cuyo estudio pierde interés por ser estos tratamientos totalmente inespecíficos respecto los diversos síntomas.

¹ Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Valladolid. España.

² Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

Correspondencia:

A. Jimeno-Valdés. Pró Baroja 126. Coto del Cardiel. 47150 Viana de Cega (Valladolid). agjimeno@wanadoo.es

- Este mismo interés por los tratamientos —eficaces pero inespecíficos—, léase también de disponibilidad de medios desde la farmaindustria, disminuye la investigación en psicopatología.
- Curiosamente, de forma paralela al aumento de uso y eficacia de los tratamientos farmacológicos, se produce además un cambio de paradigma respecto la etiopatogenia de estas psicosis, trasladándose la «culpa» a lo psicosocial y negándose lo neurobiológico.
- Este cambio se produce como caso particular de los movimientos anticulturales, anticientíficos y curiosamente también anticapitalistas, emanados desde las Escuelas Sociológicas de Frankfurt, divulgadas luego a las masas de psiquiatras y de todos los demás ciudadanos a través de Francia y los movimientos hippies de Estados Unidos. Este poderoso movimiento desacredita definitivamente las hipótesis y evidencias neurobiológicas radicalizándose en mayor o menor medida, según lugares y mentes en la antipsiquiatría.

Sin embargo, pasada la ola integrista de las orientaciones psicosociales puras —y aun políticas— de la psiquiatría, comienza el desarrollo de los tratamientos de rehabilitación psicosocial, que han de operar sobre los síntomas residuales deficitarios —inadecuadamente llamados negativos—, síntomas prácticamente insensibles a los tratamientos farmacológicos, si es que no empeoran por efecto de los mismos.

Por ello mismo importa estudiar en profundidad este tipo de síntomas para ajustar a los mismos las técnicas de psicorrehabilitación, evitando sobre todo exigir al paciente por encima de sus capacidades reales, en cuyo caso presentará los conocidos cuadros de «irritabilidad por sobrestimulación» o «emocionalidad expresada», que podrían equipararse a las llamadas antiguamente «reacciones catastróficas» asimilables a los bloqueos que sufren hoy día nuestros ordenadores cuando les aplicamos secuencias excesivas de comandos.

Así, en la presente revisión seguiremos a diversos autores de la escuela de Bonn e intentaremos presentar:

- Un esbozo de clasificación y conceptualización de este tipo de síntomas, llamados «síntomas básicos».
- Una descripción de las características generales de los síntomas básicos.
- Una descripción más detallada de los síntomas básicos que consideramos más importantes en el «defecto puro».
- Finalmente, unas consideraciones acerca de las consecuencias de este tipo de síntomas respecto la terapia del defecto psicótico.

Esbozo de clasificación y conceptualización de los síntomas básicos

Estimamos que el criterio predominante de clasificación debe centrarse en el nivel neuropsicosociobiológico de origen de cada síntoma. Siguiendo así fundamentalmente a Klosterkötter¹ distinguimos:

a) *Un nivel 1 o preferenómico, es decir, correspondiente al subsistema neurobiológico, y que puede estudiarse bien en:*

- El sustrato neurobiológico afectado, sean neurotransmisores, redes neuronales, disfunción sináptica, o como ahora parece descubrirse, también disfunción glial. Estas disfunciones serían accesibles naturalmente a técnicas de este tipo como el estudio fino de la señal digitalizada del electroencefalograma bajo algoritmos informáticos, la imaginería de función cerebral en tiempo real, o la captación directa mediante electrodos de potenciales de acción neuronales, lo que tendrá en el próximo futuro una gran importancia para el desarrollo de prótesis cerebrales. En este nivel no aparecen síntomas psiquiátricos propiamente dichos.

O bien en:

- Las disfunciones fisiopsicológicas estudiables y derivadas directamente de lo anterior como por ejemplo, en cuanto a funciones perceptivas:
 - Las demoras en el tiempo de identificación de objetos o imágenes presentados en el taquitoscopio debido a los fallos en la función de rastreo ocular de los contornos.
 - Las dificultades de atención selectiva, tanto por ejemplo en la escucha dicótica (y por ello en las conversaciones sociales en grupo) como en la tarea que se está realizando.
 - Las dificultades en diferenciar el fondo de la figura y en realizar inversiones voluntarias de las mismas.
 - Dificultades en la diferenciación del todo y la parte, con tendencia a tomar la parte por el todo.

Estas deficiencias son vivenciadas subjetivamente por los pacientes como lentitud en la respuesta a los estímulos y en la ejecución de tareas, torpeza y desgarbo en la motricidad, así como cansancio, irritabilidad, aburrimiento, falta de concentración, etc., que generan aislamiento y falta de eficacia en todas las esferas psíquicas.

Autores de la escuela de Bonn, como Huber y Süllwold²⁻⁶ los denominan insuficiencias dinámicas con síntomas no característicos, es decir, generales o inespecíficos.

Todos estos síntomas, cuando son de escasa intensidad o bien se presentan solamente en situaciones de estrés o excesiva demanda, conforman rasgos de personalidad, sea por ejemplo la personalidad esquizoide proclive a la esquizofrenia, o lo que es lo mismo: conforman la constelación de vulnerabilidad, según el lenguaje actual.

b) *Un nivel 2 fenoménico; es decir, que ofrece síntomas de observación o expresión directa tanto en funciones perceptivas como en funciones ejecutivas.*

En ausencia de síntomas productivos los pacientes son por lo general subjetivamente conscientes de este grupo de síntomas, expresándolo de forma más precisa como:

- Dificultades de concentración y atención en seguimiento de conversaciones, películas o emisiones de televisión o radio.
- O dificultades de ejecución o de pérdida de automatismos motores, tanto arcaicos –como la deambulación– como aprendidos, sea la danza o montar en bicicleta (y por lo tanto de todas las habilidades profesionales).
- Estos síntomas se documentan y evalúan con el Inventario Psicopatológico de Frankfurt de Süllwold^{6,7} traducido y adaptado por nosotros⁸.
O en funciones más complejas:
- Dificultades en la identificación de los sobreentendidos culturales en diversas situaciones, con el resultado de fallos en la percepción de los metamensajes necesarios para la adecuada evaluación de personas y situaciones, especialmente fallos en la identificación de las señales afectivas e intencionalidad (prospectividad) de las conductas de los demás, lo cual conduce al paranoidismo.
- O fallos en la función categorial, como se evidencia por ejemplo en las pruebas que exigen los cambios frecuentes de criterios de clasificación de objetos –o tarjetas (por ejemplo Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin)– presentadas físicamente o en ordenador (trastorno superinclusivo de Cameron).
- Reificación semejante a la anterior y consistente en tomar conceptos abstractos en sentido concreto, atribuyéndolos así al objeto.

Este grupo constituye lo que Huber denomina síntomas básicos característicos, que después precisaremos.

c) *Por último, un nivel 3, en el cual aparecen los síntomas psicóticos finales*, generalmente productivos (o positivos) como alucinaciones, delirios, agitación etc., que en el ámbito de estas escuelas se interpretan como consecuencia de los anteriores, al fallar las adap-

taciones y estrategias de superación más complejas y necesarias en la vida familiar, social y profesional.

Así la presentación de escotomas en la atención selectiva a la tarea produce, según hemos expuesto en otro lugar⁹ el relleno del correspondiente escotoma con intrusiones o injerencias en la percepción, volición o acción.

Otro ejemplo ayudará la comprensión de estos conceptos:

Si el investigador identifica torpeza y lentitud en los movimientos automáticos del balanceo de los brazos al andar, atribuyéndolo a déficit de un neurotransmisor en los ganglios basales, mientras que el paciente se queja de cansancio precoz y torpeza al andar por lo que tropieza con facilidad, estaremos en el nivel 1. Si el paciente dice que en concreto le cuesta mantener el ritmo de movimiento de los brazos y tiene que hacerlo voluntariamente y fijándose en cada movimiento, estaremos en nivel 2 (pérdida de automatismos); y si el paciente dice que le mueven los brazos (como injerencia alucinatoria motora) estaremos en el nivel 3.

Los antipsicóticos, por lo tanto, transforman predominantemente los síntomas del nivel 3 en el nivel 2, mientras que la rehabilitación psicosocial intenta suprimir síntomas del nivel 2 para acercar al paciente a la normalidad, aunque en ella aún puedan identificarse sus residuos como características y rasgos de la personalidad residual del paciente (o previa a la irrupción de la psicosis).

Características generales de los síntomas básicos

Aquellas épocas históricas de olvido de los sustratos neurobiológicos y de la psicopatología, especialmente de los síntomas deficitarios, afortunadamente no arrastraron a todos y podríamos citar a numerosos investigadores clásicos en este campo entre los cuales y a manera de ejemplo puede recordarse inicialmente al mismísimo Wernicke, al propio Bleuler (con sus conceptos de ambivalencia, autismo...) o a los estudiosos antiguos del lenguaje en las demencias orgánicas como Kleist¹⁰ y Goldstein. Muy especialmente se está redescubriendo a Vitgotski y a Luria, y entre nosotros ha abordado este problema Castilla¹¹.

En esos mismos años –década de los 50–, en Salamanca, Ledesma y Borreguero¹² obtienen hallazgos parecidos a los de Huber mediante encefalografías gaseosas de los pacientes esquizofrénicos crónicos.

Por otra parte, en los inicios de los años 60, el primer firmante de este artículo pudo evidenciar, trabajando en el Instituto Max Planck de Munich sobre

Esquizofrenias Sintomáticas, la relación entre síntomas psicóticos –indistinguibles de las esquizofrénicas genuinas– y lesiones específicas cerebrales¹³. En otro trabajo en colaboración, precisamos algunas particularidades de la medición encefalográfica del tercer ventrículo¹⁴ respecto las medidas presentadas en los trabajos de la escuela de Huber³, ideas que hemos precisado posteriormente¹⁵. Todo este tipo de trabajos consolidaron en nuestra opinión las hipótesis fundamentalmente neurobiológicas respecto el grupo de las esquizofrenias.

Nos referiremos sin embargo a la escuela que consideramos más relevante y que en todo caso conocemos mejor.

La escuela de Bonn, dirigida por Gerd Huber e integrada también por G. Gross, K. Klosterkötter; L. Süllwold y otros autores, precisamente desde esa época y mediante un estudio de cohortes de más de 300 pacientes seguidos durante más de treinta años, identifica por una parte indudables atrofiaciones cerebrales alrededor sobre todo del tercer ventrículo, y por otra parte infinidad de síntomas defectuales, entre ellos los que denominan Síntomas Básicos. Estos síntomas los descubre y documenta entre otras pruebas, la muy compleja y asombrosa, diríamos, Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos (Gross, Huber y cols.)¹⁶ y el Inventario Psicopatológico de Frankfurt de Süllwold⁶⁻⁸. Nótese que dentro de estas doctrinas se debe hablar de síntomas defectivos –pormenorizados como síntomas básicos– o bien de síntomas productivos, pero no de síntomas negativos o positivos, pues éstos derivan de otras doctrinas y no son exactamente superponibles.

1. *Se trata, pues, en primer lugar de síntomas deficitarios de origen cognitivo*, es decir, determinados por trastornos del procesamiento cerebral de la información, que acaban produciendo síntomas en todas las funciones psíquicas, muy especialmente en la emocionalidad, y desde luego en las conductas. Recordemos que concomitantemente con estos síntomas pueden identificarse los llamados Síntomas Neurológicos Blandos, que seguramente son corresponsables de los básicos.
2. *En segundo lugar, anteceden a veces durante años o incluso desde la formación de la personalidad en la pubertad tardía, a los síntomas productivos*, constituyendo las formas defectuales puras, o bien constituyendo factores o causas predisponentes de los síntomas agudos productivos. Estos estudios por lo tanto permiten también identificar «Síntomas Básicos» en edades infantiles, en síntomas que ordinariamente son clasificados como síntomas neuróticos o psicopáticos (junto a los síntomas neurológicos blandos). Esta detección precoz, por

lo tanto, sirve a efectos de pronóstico y prevención y pueden integrarse en el concepto de vulnerabilidad. Así la evaluación de los síntomas básicos permite una evaluación de la vulnerabilidad para las psicosis funcionales, en las cuales se engloba también al Síndrome Obsesivo Compulsivo grave, y el pánico endógeno (trastorno de angustia según el DSM). Así se ofrece una magnífica explicación de los síntomas obsesivos y obsesivoides en los pacientes esquizofrénicos y de las formas esquizofrenias antes llamadas esquizo-neuróticas, cuadros que surgirían por deficiencias cognitivas en la planificación y la ejecución de conductas aparentemente simples pero importantes, como las de atención personal o del trabajo profesional. Así el síndrome o trastorno obsesivo grave es asimilado por la escuela de Bonn a lo que llaman síndromes psicóticos idiopáticos, con el que sustituyen el término más arcaico y difícil de comprender de endógenos^{5, 17-19}.

Una vez superados los síntomas productivos y aun en casos de evolución benigna, la escuela de Bonn comprueba que los síntomas básicos permanecen un mínimo de seis meses después de la finalización del brote agudo, y por ello con frecuencia son responsables de las recaídas.

3. *En tercer lugar son síntomas eminentemente subjetivos*, es decir, que el paciente, una vez recuperada su identidad es consciente de sus deficiencias, sufre por ello y desarrolla a su vez estrategias de superación que a veces se evidencian como síntomas. El autismo, por ejemplo y según Huber, es a veces una estrategia de defensa frente al exceso de estímulos, sobre todo sociales, que el paciente tiene dificultades en comprender y responder. Ello presupone que el paciente es consciente de sus dificultades, lo que excluye en general un episodio psicótico agudo.
4. Las estereotipias y rituales obsesivos pueden provenir de la dificultad que tiene el paciente para comprobar que ha realizado bien y terminado la tarea en cuestión. Precisamente por eso algunas pruebas, como el Inventario Psicopatológico de Frankfurt, son autoaplicadas, pues el paciente puede así con toda tranquilidad identificar sus síntomas, que a veces sufre pero no sabe describir. Quienes hemos trabajado con esta escala siempre nos sorprendíamos agradablemente cuando el paciente exclamaba ante un ítem determinado: «Eso, eso es precisamente lo que me sucede».
5. *Por último los síntomas básicos así identificados detalladamente son susceptibles de ser tratados* y su estudio podría constituir por ello el primer paso en la construcción y aplicación de los programas «cognitivo-conductuales» de rehabilitación. Precisamente en

muchos casos cuando todo ello no se tenía en cuenta, fracasaban muchas «actividades» bien intencionadas de rehabilitación, en las que con frecuencia se exigía a los pacientes tareas que superaban sus capacidades, por lo que estos o rechazaban los tratamientos o sufrían reactivaciones agudas. Uno de nosotros (A. J.) tiene experiencia directa de ello en los años de trabajo en la Reforma Asistencial de Galicia desde el hospital Psiquiátrico de Conjo²⁰.

Así pues, el tiempo ha dado la razón a las hipótesis neurobiológicas y a los tratamientos basados en las mismas. Respecto al tratamiento de las psicosis es oportuno recordar aquí los programas en Berna de los también discípulos de la escuela de Bonn Roder y Brenner, así como de Andres y cols.²¹⁻²³. Nos referimos a la Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia, la Terapia de Grupo Orientada a la Superación de la Esquizofrenia y los Programas de Rehabilitación Psicosocial en Vivienda, Trabajo y Tiempo Libre, el primero de los cuales ha sido difundido en España por medio de numerosos seminarios impartidos por V. Roder en colaboración con uno de nosotros (N. J.) y cuya eficacia es objeto de un metanálisis en otro artículo del presente número de Rehabilitación Psicosocial.

En los últimos años se han desarrollado, además del IPT, otras terapias centradas más bien en el déficit de la cognición social de estos pacientes, habiéndose publicado diversos estudios acerca de la eficacia de dichas intervenciones²⁴⁻²⁷, uno de las cuales –TAR: Entrenamiento en el Reconocimiento de Afectos²⁸– se presenta en este mismo número por primera vez en castellano.

Como ejemplo de esta actualidad presentamos también una publicación reciente de Viaud y cols.²⁹ que muestra cómo surgen síntomas de ansiedad y pánico obsesivo por deficiencias informático-cognitivas en la integración de diversos canales sensoriales. Y lo evidencian mediante la sumersión del paciente en una realidad virtual con carácter de presencia y los cambios concomitantes de la información sensorial –virtual– que se le facilita. No es nada nuevo: los artilugios de las ferias y del cine dirigidos a producir miedo, ansiedad o vértigos lo utilizan desde siempre. Hoy día lo hemos encontrado antes en los videojuegos que en la investigación psicológica.

Detalle de algunos síntomas básicos importantes del «defecto puro»

A continuación se describirá con mayor detalle algunos síntomas defectivos importantes, comprendidos en lo que Huber denomina *Defecto Puro*, y que contribu-

yen a entender algunas de las conductas y problemas de los enfermos psicóticos defectivos. Son síntomas poco conocidos en nuestro medio, o al menos pocas veces citados, pero que consideramos cruciales a efectos de proporcionar ambientes y técnicas de rehabilitación adecuadas a los pacientes psicóticos, que no siempre se tienen explícitamente en cuenta.

Es preciso recordar también que estos síntomas defectuales pueden encontrarse en mayor o menor medida, varían mucho en intensidad según lugares, personas y situaciones vivenciales del paciente, y rara vez consisten en la pérdida total de la función.

Casi todos estos síntomas están comprendidos en el apartado C 1 (cognitivo 1) de la Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos. Esta escala comprende además otros muchísimos síntomas sobre todo en la esfera neurovegetativa, cenestopática y emocional. Aquí nos restringimos sólo a algunos aspectos importantes para la aplicación de técnicas de rehabilitación cognitivo-conductual en los enfermos psicóticos.

Los clasificamos en dos apartados:

Funciones perceptivas

1. *Pérdida de la direccionalidad del pensamiento.* Es uno de los síntomas más característicos descritos por Huber y su escuela. Se trata de particularidades de los clásicos síntomas de bloqueo, interferencia o robo del pensamiento, pero descritos para situaciones pre o pospsicóticas; es decir, fuera de los episodios agudos productivos.

Los pacientes en este caso nos dicen que no pueden cambiar de tema del pensamiento con la misma rapidez y seguridad que antes de estar enfermos, que no pueden pensar con precisión sobre un asunto y que han perdido la capacidad de mantener una visión general de la cuestión y de recombinar variaciones o alternativas sobre la misma. Por ello les resulta imposible trabajar bajo presión de tiempo y tomar decisiones. Una estrategia de afrontamiento de estos síntomas consiste frecuentemente en un «autismo secundario», por el que los pacientes mediante el aislamiento intentan superar sus dificultades.

2. *Fallos por la pérdida y borrosidad de la función categorial (trastorno superinclusivo de Cameron).* Se trata de un defecto cognitivo puro descrito hace mucho tiempo por Cameron, consistente en la dificultad que tienen los pacientes para delimitar la extensión semántica, o sea la connotación y significado de los conceptos. En la práctica se evidencia por metáforas ininteligibles en el lenguaje o por la inferencia de conclusiones no válidas a partir de los datos existentes, o a tomar la parte por el todo en

el discurso. En general los conceptos tienden a aumentar sus límites de forma indefinida, con lo que cada vez se hacen más vagos e inútiles. Ello afecta naturalmente a la formulación de propósitos e intenciones. Puede definirse este defecto también a partir de la pérdida de la función categorial, descrita en pacientes orgánico-cerebrales por Goldstein, el gran investigador clásico del lenguaje. Este mismo defecto condiciona también la clasificación de objetos y personas, distorsionando los procesos de atribución de nombres, significados, etc. Precisamente la mencionada terapia IPT, en sus primeros niveles, se ocupa de la rehabilitación de esta función categorial por medio de diversos ejercicios con tarjetas.

3. *Fallos en la selección y filtraje de los estímulos y su irrupción excesiva en la consciencia.* Este defecto es el más comúnmente compartido entre el enfermo orgánico-cerebral y el psicótico. La capacidad disminuida de elaboración de información de los dispositivos orgánico cerebrales conduce a que ante una avalancha de estímulos –aun anodinos para una persona normal– se produzca en primer lugar un defecto del filtraje de los mismos confundiendo lo relevante con lo accesorio y evaluando mal en segundo lugar el significado del resto. Así se produce un caos y una desestructuración más o menos completa de las funciones psíquicas del sujeto perdiendo lo que nuestros filósofos Ortega y Zubiri denominan «el saber a qué atenerse» en cada situación vivencial concreta en el mundo. Podemos citar algunos ejemplos: la entrada a un restaurante con muchas personas hablando, ruido de platos y la televisión encendida; o de una calle o tienda con mucho público, automóviles y luces de escaparates que se apagan y encienden; o bien un gran almacén con sus escaleras automáticas, personas variopintas, anuncios vocales, e incitaciones múltiples de los cientos de objetos expuestos llamativamente. En fin situaciones ordinarias en el mundo actual pero que con frecuencia sobrepasa completamente a los enfermos psicóticos u orgánico-cerebrales provocándoles pánico o conductas explosivas o inadecuadas.
4. *Dificultades en la discriminación entre la percepción y la representación; entre lo vivido, lo imaginado y lo deseado.* Se trata de un síntoma grave y frecuente pero que como los anteriores consiste meramente en el aumento en intensidad y frecuencia de deformaciones y confusiones de este tipo, bien estudiadas en la psicología del recuerdo y que tanta importancia tienen, por ejemplo, en la testificación para asuntos forenses. Las deformaciones del recuerdo y su confusión con las vivencias o con lo esperable en

la situación vivida o lo deseado más o menos inconscientemente, forman parte de las deformaciones habituales del pensamiento en función de las necesidades afectivas de la persona. En el paciente psicótico estas confusiones son frecuentes aun en asuntos anodinos y además suelen ser irreversibles o incorregibles, conformando así los pensamientos antecesores de delirio.

5. *Fallos en la expresión emocional.* Las emociones se expresan por el ademán y el gesto; por el tono, por la intensidad y la velocidad de la palabra y por supuesto de la presencia de cualesquiera manifestación concreta en el llanto, sonrisa, cólera o temblor, y todo ello es más importante que el mismo significado y contenido de la misma.

Aun siendo la comprensión y expresión emocional un proceso arcaico filogénicamente y automático en su mayor parte (es decir, instintivo), su elaboración exige un proceso cognitivo difícil que debe extenderse a múltiples y pequeños datos respecto las personas implicadas en la situación. Estos datos son sobre todo de la expresión corporal, el ademán, pero también el tamaño de las pupilas, la dirección de la mirada, el color y turgencia o no de la piel, el juego de las manos, y seguramente hasta el olor corporal –que es seguro distinto según la situación emocional, debido quizás a la excreción por el sudor de distintos metabolitos de neurotransmisores, y que desde luego saben captar los perros cuando «huelen» el estado de humor de su amo...–. La mayor parte de estos datos tiene que ser captada y elaborada en su significación de forma continua –en tiempo real– y subliminal; es decir inconscientemente. El paciente defectual es incapaz de elaborar esos diversos matices y por ello *cae* en interpretaciones simples y primitivas, además de arcaicas, y que siempre en estos casos –también por razones etobiológicas de supervivencia– rondan alrededor de vivencias de temor ante lo desconocido, es decir, vivencias de tipo paranoide. Es decir, que en la duda respecto al significado de un gesto o conducta es preferible, desde un punto de vista filogénico-evolutivo «pensar mal» que bien, y esto es lo que sucede. Aquí la prospección o expectativa de conducta que tiene el paciente psicótico respecto al interlocutor es por lo tanto de amenaza, y por ello su respuesta cognitiva es el miedo y la respuesta conductal la huida o el ataque preventivo.

Funciones ejecutivas

1. *Fallos por acortamiento del arco intencional.* Debido a la insuficiencia de los procesos informáticos cerebrales, expresados en la pérdida de la capacidad de dirigir el curso del pensamiento, el paciente es

incapaz de tener en cuenta en un momento dado todas las características y variables de la situación, y así mismo todas las características y variables que se seguirían de su propia conducta y de su interacción con el entorno.

Así el enfermo psicótico tiende a actos en cortocircuito que no son necesariamente impulsivos como en el paciente psicópata, ni por ello mismo necesariamente acelerados o agresivos, ni acompañados por estados de ánimo específicos. Se trata sencillamente de conductas desadaptativas e inadecuadas a la situación. Así por ejemplo, una persona antes educada y normal en situación de defecto psicótico o en su caso de defecto orgánico cerebral, puede gritar durante la celebración de una ceremonia religiosa que exigiera silencio y compostura. O puede coger en una tienda un objeto que no le pertenece sin conciencia de culpabilidad. O puede querer salir de paseo a las tres de la mañana.

2. *Fallos por la pérdida de la estructura jerárquica de las pautas de conducta.*

Este síntoma ha sido descrito por Klosterkötter¹, discípulo de Huber y actualmente catedrático de Psiquiatría de Colonia. Sabemos por la investigación etobiológica que en cada situación del ser vivo se encuentran «preparadas» una serie de pautas de conducta, por ejemplo huir, comer, dormir, actividad sexual, etc. Estos programas de conducta están ordenados jerárquicamente, es decir, en cada momento de la vida del animal o persona un programa determinado ocupa el primer puesto y por ello se pondrá en marcha en primer lugar. El resto de programas de conducta se ordena también jerárquicamente de mayor o menor predisposición a ponerse «en marcha». Por ejemplo en una situación de alarma, serán la huida o la lucha las situadas en la cúspide de la pirámide de respuestas conductuales, y en una situación de tranquilidad y reposo puede ser la conducta «dormir» lo que aflore en el primer plano. En Psicología esta cuestión se expresa en la conocida pirámide motivacional de Maslow.

Esta jerarquía de conducta opera no sólo sobre los programas innatos sino también sobre los hábitos aprendidos, y aun sobre los programas de conducta nuevos que se organicen sobre los anteriores.

En el defecto psicótico se produce un desplome de estos niveles jerárquicos surgiendo en un momento dado cualesquiera conductas aparentemente al azar y que por ello fácilmente resultan inadecuadas y patológicas. En ocasiones puede observarse cómo los enfermos psicóticos graves en situaciones de peligro, por ejemplo incendios u otras catástrofes, permanecen tranquilos, imperturbables y conti-

núan viendo la televisión o se niegan a ser trasladados. Desgraciadamente hemos tenido ocasión de contemplar en vivo esta conducta tan típicamente psicótica con ocasión del incendio en el Sanatorio Psiquiátrico de Conjo en Santiago de Compostela en el año 1976, en cuyo momento el primer firmante de este artículo (A. J.) era director médico del mismo.

Se trata por lo tanto de un defecto muy grave e importante que afecta, en este caso, fundamentalmente a la pro positividad o propósitos de conducta.

3. *El defecto prospectivo y proposicional.*

Prospección quiere decir la suposición que hace una persona sobre los sucesos que han de acontecer en su entorno, tanto los sucesos del mundo material como, sobre todo, los sucesos o conductas que van a presentar las demás personas, sobre todo las convivientes y significativas para el sujeto. Proposición se refiere a los propósitos o planes de conducta del sujeto, para anticiparse o adaptarse a estos sucesos venideros que espera.

Ambas funciones, claro está, son fundamentales para la organización de la conducta. Su disfunción conduce a graves síntomas incapacitantes. Los psiquiatras clásicos nos hablaban del «vaciamiento» de la personalidad. Los pacientes afectos podían responder más o menos bien a los estímulos y necesidades del presente más inmediato, pero presentaban un gran desinterés por las cuestiones a mayor largo plazo englobadas también bajo el concepto de pro positividad. Un enfermo psicótico defectual preguntará por la hora de la comida o por la fecha de su alta hospitalaria, pero no se preocupará lo más mínimo por su formación profesional o por su seguro social o qué será de él cuando fallezcan sus padres que le cuidan y protegen actualmente. Se produce, pues, un acortamiento de la extensión temporal abarcable por la pro positividad. O dicho de otra manera, desaparece de la esfera de acción e intereses del yo el futuro biográfico. Como siempre, este acortamiento puede ser más o menos grave, lo que caracterizará un defecto de mayor o menor gravedad. Por otra parte, este defecto no se relaciona con un trastorno de la memoria, como sucede en algunos casos de lesiones del lóbulo temporal, en el que el paciente conserva solo la memoria ultracorta viviendo continuamente en un presente reducido.

En los casos graves el paciente estará «tirado en la cama», sin el menor interés ni ninguna actividad o propósito. Recuérdese que una parte importante de la rehabilitación de los enfermos psicóticos defectuales consiste precisamente en llenar este

vacío de propósitos por medio de actividades sencillas y rutinarias que no exijan una planificación de propósitos compleja. La laborterapia es aquí ineludible y en nuestro medio aun queda mucho por hacer y que legislar, para la dotación de puestos de trabajo protegidos para estos pacientes así como para el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, ya que existen varios y de gran interés y calidad, como el anteriormente citado de IPT.

Otros muchos defectos han sido propuestos en un intento de identificación de las deficiencias básicas o fundamentales en la psicosis que se establecerían a niveles más abstractos en cuanto a su definición, y a niveles superiores o más complejos respecto su neurofisiología. Sin duda es necesario continuar investigando en estos aspectos, lo cual esperamos de los jóvenes investigadores creyentes en la psicopatología. En todo caso y como decíamos, la doctrina de la escuela de Bonn postula que a partir de estas disfunciones profundas «emergerían» los síntomas elementales ordinarios.

Consecuencias respecto la terapia del defecto psicótico

Los conocimientos e hipótesis expuestas, tienen a nuestro entender una enorme importancia para la planificación y ejecución de las intervenciones terapéuticas sobre el defecto psicótico con los diversos programas existentes, como el ya referido IPT. En este momento enunciamos meramente unos consejos generales respecto el contacto y actividades con pacientes psicóticos, y que pensamos es preciso tener muy en cuenta tanto en la situación de una entrevista ambulatoria o el día a día de una unidad de hospitalización, como en los consejos generales a los familiares, lo cual es una cuestión fundamental que en la actualidad se desarrolla también mediante los programas de psicoeducación y escuelas de familias.

1. En primer lugar es preciso suprimir el exceso de estímulos perceptuales y emocionales. Ello condiciona la decoración de la habitaciones (sencilla y evitando imágenes o cuadros de personas, siendo preferibles los de paisajes o plantas), el número de personas presentes en cada intervención, así como los gestos, movimientos, entradas y salidas, ruidos de teléfonos, etc.
2. Es necesario garantizar que el paciente psicótico pueda de vez en cuando aislarse. Esto explica conductas de huida y de refugio de los pacientes en el cuarto de baño o de salir a un pasillo, etc., o a la habitación de aislamiento, como observamos con

frecuencia en la unidad 11 norte del Hospital Clínico de Valladolid, donde trabajó el primer firmante de este artículo durante 27 años. Efectivamente, los mismos pacientes a veces nos pedían pasar un rato en la habitación de aislamiento buscando evitar la sobreestimulación ambiental.

3. Las tareas han de ser repetitivas, rutinarias y con gran redundancia. Un defecto identificable con la prueba de Frankfurt es la pérdida de los automatismos, lo que quiere decir que la rutina y la repetición –o, por qué no decirlo, la estereotipia– debe utilizarse terapéuticamente edificando precisamente estereotipias y automatismos simples pero saludables sustituyendo al abandono, pasividad y desorganización típicos del paciente psicótico defectual sin tratamientos de este tipo. La duración del trabajo o actividad se adaptará a las posibilidades y capacidad de cada paciente. Es preciso tener claro que muchos pacientes necesitan estar varias horas al día completamente ociosos y debe permitírseles estar solos en su habitación, o más tiempo incluso en la cama. Importante es la realización de una tarea organizada cotidiana, pero no se les puede someter a programas parecidos a los que a veces por ejemplo vemos en las actividades destinadas a tercera edad en vacaciones o excursiones... El paciente psicótico, repetimos, necesita aislarse con frecuencia y ello debe ser respetado a toda costa.
4. Dada la mejor conservación de la motricidad respecto la ideación –por ser función filogenéticamente más arcaica–, se fomentarán aprendizajes motores, que comienzan por los elementales de los ritmos y del movimiento sin olvidar la gimnasia, la danza y posteriormente el deporte. Es adecuado acoplar precisamente ideación con motricidad, tal como desde tiempo inmemorial han practicado todos los pueblos para el aprendizaje de saberes y rutinas mediante el canto y el verso. Recordamos una experiencia personal (A. J.) en el Sanatorio de Conjo en Santiago de Compostela, en la época en que emprendíamos la transformación de un terrible manicomio en un hospital terapéutico. Allá por los años 70 del siglo pasado organizamos una romería y asistimos asombrados a ver cómo las enfermas más graves y defectuales, que llevaban decenios casi sin levantarse del suelo del patio, comenzaron a bailar al ritmo de la muñeira que habían aprendido en su niñez. De aquí la enorme importancia de una laborterapia basada en los oficios tradicionales, todos los cuales incluían rutinas motoras y canciones del trabajo.

Ahora hace falta aplicar lo conocido de forma que ningún paciente deje de beneficiarse de estas técnicas. Un colectivo de pacientes el de nuestros psicóticos, no lo olvidemos, que no exige nada y que llama la atención sólo cuando perturba el orden público o familiar, y que condiciona que numerosísimos enfermos desconocidos arrastren sus deficiencias en la cama si la tienen, o en la calle o en las prisiones. Otros muchos abrumando o poniendo en peligro a las familias y a su entorno social. Un grupo de enfermos de una compleja enfermedad que todavía con harta frecuencia es presentada en foros profesionales o de medios de divulgación de forma literaria y anecdótica, recurriendo unas veces a aquellos tópicos de la antipsiquiatría y otras de forma contaminada por los fáciles estereotipos de la cultura posmoderna donde el «todo da igual» y «todos somos iguales», ignora las enormes diferencias de todo tipo entre las culturas y las personas y desde luego entre los enfermos.

Bibliografía

- Klosterkötter J. Basissymptome und Edphänomene der Schizophrenie. Springer. Berlin, 1988.
- Huber G. Endogene Psychosen: Diagnostik; Basissymptome und biologische Parameter. Schattauer. Stuttgart, New York. 1982.
- Huber G. Pneumoencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Springer. Berlin, 1957.
- Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt 1983; 54: 23-32.
- Huber G (ed). Idiopathische Psychosen. Psychopathologie, Neurobiologie, Therapie. Schattauer. Stuttgart, 1990.
- Süllwold L, Huber G. Schizophrene Basisstörungen. Springer. Berlin, 1986.
- Süllwold L. Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharacterische Basisstörungen. Springer. Berlin, 1977.
- Jimeno Bulnes N, Jimeno Valdés A, Vargas Aragón M. El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados. Springer Ibérica. Barcelona, 1996.
- Vargas Aragón ML, Jimeno Bulnes N. Esquizofrenia e insuficiencia atencional. Escala ESEA para la Evaluación Subjetiva de Errores Atencionales, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid. Valladolid, 2002.
- Kleist K. Zur Hirnpathologischen Auffassung der schizophrenen Grundstörungen: Die alogische Denksstörung. Leipzig, 1930.
- Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. 2 vols. Alianza. Madrid, 1980.
- Borreguero AD. La conexión córtico-diencefálica. En: López-Ibor JJ. La angustia vital. pp. 407-409. Madrid. Paz Montalvo, 1950.
- Jimeno Valdés A. Estudio clínico y anatómico cerebral de las formas esquizofrénicas sintomáticas. Cuadernos Madrileños de Psiquiatría 1972; III, 15: 3-50.
- Jimeno Valdés, A. y cols. III Ventrikel und Massa Intermedia. Der Radiologe 1966; 6, 12: 504-508.
- Jimeno Valdés A. Psicopatología actual. Problemas y Conjeturas. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid. Valladolid, 1998.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the assessment of basic symptoms). Springer. Berlin, 1987.
- Gross G. Phänomenologie der Basisdefizienzen schizophrener Erkrankungen und ihre Erfassung mit Hilfe eines Fremdbeurteilungsverfahrens (BSABS). En: Huber G. (ed). Fortschritte in der Psychosoforschung? pp. 165-180. Schattauer. Stuttgart, 1987.
- Gross G. The «basic» symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1989; 155, suppl. 7: 21-25.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J. Schizophrenie und endogene Zwangskrankheit. Nervenheilkunde 7: 113-118, 1988.
- Jimeno Valdés A. Cinco años de psiquiatría sectorial a partir del Sanatorio Psiquiátrico de Conjo en Santiago de Compostela. Arch. Neurobiol. XLII, 2: 87-114, 1979.
- Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia. Alborán. Granada, 2007.
- Andres K, Pfammatter M, Brenner HD, Jimeno Bulnes N. Terapia de Grupo orientada a la superación de la Esquizofrenia. Manual de Entrenamiento y aplicación. Aula Médica. Madrid, 2000.
- Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD. Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. Hans Huber. Bern, 2002.
- García S, Fuente I, Gallach E, Ruiz JC, Roder V. An application of the IPT in a Spanish sample: empirical study of the «Social Perception Programme». Int J Psychol and Psciol Ther 2003; 3, 2: 1-12.
- Silver H, Goodman C, Knoll G, Isakov V. Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study. Psychiatry Res 2004; 128: 147-154.
- Penn DL, Combs D. Modification of affect perception deficits in schizophrenia. Schizophr Res 2000; 46: 217-229.
- Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stem P. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. Schizophr Res 2007; 91: 112-116.
- Wölwer W, Frommann N, Halfmann S, Piaszek A, Streit M, Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program. Schizophr Res 2005; 80: 295-303.
- Viaud-Delmon I, Warusfel O, Seguelas A, Rio E, Jouvent R. High sensitivity to multisensory conflicts in agoraphobia exhibited by virtual reality Euroean Psychiatry 2006; 21, 7: 501-508.

Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas

Teodosia Sobrino y Abelardo Rodríguez

Desde que en los años 80 y 90 aparecieron los primeros manuales en castellano sobre rehabilitación psicosocial (Watts y Bennet, Liberman, A Rodríguez, Aldaz, etc.) el mundo de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (PEMG) ha cambiado mucho. El campo de la rehabilitación psicosocial no sólo ha multiplicado el número de dispositivos y profesionales, sino que también ha evolucionado, aunque algunos profesionales más bien creen que ha involucionado por la ausencia de conocimientos específicos de rehabilitación.

Dentro de este contexto, este pequeño gran libro ha sabido recoger y actualizar los principales modelos que aportan respuestas a las necesidades psicosociales de las PEMG.

La intervención social en PEMG es un amplio campo de actuación que puede ir desde programas de rehabilitación psicosocial, programas de apoyo a las familias, atención residencial e inserción formativo laboral. Un campo coincidente en algunos puntos con el sanitario pero en otros desborda y sobrepasa lo estrictamente sanitario. Este libro no trata por tanto de confrontar el enfoque social con el sanitario sino de ordenar y revisar cuales son las competencias que se deben acometer desde las políticas sociales (allí donde las haya) con las PEMG. Es más, los autores plantean desde las primeras páginas la necesaria complementariedad y colaboración (p. 33) de ambos sistemas:

«El sistema sanitario de salud mental y el sistema de servicios sociales tienen ante sí el desafío conjunto y la prioridad de ofrecer a las PEMG los tratamientos, intervenciones psicosociales y apoyos necesarios a través de un red de servicios y recursos comunitarios que faciliten su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de funcionamiento, autonomía y participación social», p. 9.

Los profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial podemos estar de acuerdo en esta necesaria complementariedad y colaboración, ahora bien ¿dónde

debemos de establecer la línea de demarcación? ¿hasta donde debe de llegar la actuación de cada sistema? Los autores no ven ningún lío en el campo sociosanitario, su óptica social parte de que:

«Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma y la desinstitucionalización, así como la adecuada implantación del modelo de atención comunitaria, tienen que ver con la escasa atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población ...», p. 31.

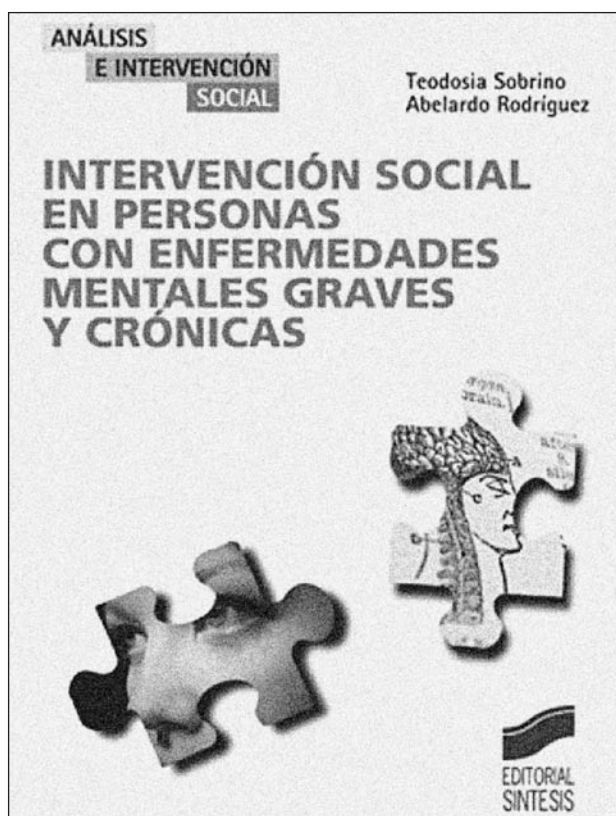
Pero para estos autores:

«Lo importante no es la adscripción a uno u otro sistema, a una u otra consejería, sino la articulación de una red de recursos de sociosanitarios que atiendan, desde una lógica de coordinación, complementariedad y continuidad de cuidados, las distintas necesidades de esta población ...», p. 37.

Diluida ya cualquier suspicacia que pueda levantar el título entre los sanitarios, o euforia entusiasta entre los partidarios de lo social, el libro avanza de manera ordenada desde la definición y delimitación de la población de PEMG hasta la propuesta de una tipología de recursos de atención. Lo cual ya es de por sí una gran aportación que ordena y clarifica este campo tan proclive a los neologismos, en cuanto se abre un dispositivo se inventa un nombre. Un dato aportado por los autores: una encuesta realizada en EE.UU. por la APA (American Psychiatric Association) llegó a recoger más de 100 etiquetas solo para denominar servicios residenciales (p. 141), una auténtica selva de denominaciones.

La tipología propuesta se organiza en 4 grandes áreas:

1. Recursos de apoyo a la rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración comunitaria.
2. Recursos de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.



3. Recursos de atención residencial y apoyo al alojamiento.
4. Programas de apoyo a las familias.

Este es un libro de pequeño formato, no llega a las 200 páginas, sin embargo consigue abordar en cada uno de los 4 apartados una información esencial, bien documentada, que, a pesar de abordar temas clásicos

y otros no tanto, siempre da una sensación de frescura y novedad gracias sin duda a una actualizada bibliografía. El enfoque va tanto desde la organización de los servicios y dispositivos (apartado residencial), hasta la enumeración de las intervenciones esenciales y características de las PEMG en los apartados de los recursos de rehabilitación psicosocial y laboral.

Los dos autores son profesionales reconocidos del campo de la rehabilitación dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid. El modelo de la CAM se ha caracterizado por una decidida iniciativa desde el ámbito social junto con una coordinación exquisita con el sistema de salud mental, constituyendo sin duda una de las claves de su éxito. Esta fórmula, iniciada en 1988 con el CRPS de Alcalá de Henares, ha sido una referencia para el campo de la rehabilitación psicosocial en general, pero muy especialmente para los profesionales, técnicos y políticos del ámbito social.

Más allá de la controversia entre una rehabilitación más sanitaria o más social, está que esa prestación se dé y que se proporcione con dignidad a sus usuarios. Ambas administraciones han mostrado dificultades a la hora de entender y resolver la cuestión de la rehabilitación psicosocial en PEMG. Conseguir una adecuada política de prestación de servicios en rehabilitación psicosocial parece depender más de las personas que figuran al frente de dicha política que de su ubicación en una u otra consejería. No obstante, en el futuro, sería deseable una ordenación y clarificación de las competencias y responsabilidades, que faciliten el desarrollo de los programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario.

JAIME A. FERNÁNDEZ
Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial

Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia

Roder, Brenner, Kienzle, Fuentes

La esquizofrenia es uno de los trastornos que más investigación ha generado en las últimas décadas, tanto en la búsqueda de su etiología como en el desarrollo de métodos de tratamiento eficaces. A pesar del reconocimiento de la existencia de múltiples factores causales en la etiología de este trastorno, las terapias psicológicas desarrolladas para su tratamiento se centran en un aspecto del problema, siendo pocos los programas de intervención multimodales o integrados que se han desarrollado hasta ahora¹. Una excepción a esto es la Terapia Integrada para la Esquizofrenia (IPT), desarrollada por el grupo de Brenner, paquete de intervención psicosocial dirigido a tratar los déficits cognitivos, conductuales y sociales que se dan en la esquizofrenia.

Los efectos beneficiosos de la IPT en la mejoría de estos déficits, tanto en pacientes ambulatorios como ingresados y en diferentes fases de la enfermedad han sido demostrados científicamente, como muestra un reciente metaanálisis realizado con más de treinta estudios de diferentes países que evalúan su eficacia².

La nueva edición del libro del IPT en castellano se estructura en dos partes, la primera «Principios básicos», se divide en cinco capítulos, los tres primeros se dedican a tratar diferentes aspectos relativos a la esquizofrenia, como son clasificación y diagnóstico, epidemiología, desarrollo y comorbilidad y fundamentos teórico-explicativos donde se exponen diversas teorías explicativas del trastorno, entre ellas la teoría de penetración de capacidades propuesta por Brenner en 1986. En el capítulo cuatro «Estado actual de la investigación en psicoterapia» se comentan los resultados empíricos obtenidos por diferentes programas psicoterapéuticos de orientación cognitivo-conductual y analiza los diferentes resultados obtenidos en los estudios realizados con la terapia integrada para la esquizofrenia. En el capítulo cinco se analizan los fundamentos teóricos para los cinco subprogramas del IPT, basándose en un modelo de vulnerabilidad-estrés y en la interacción encontrada entre el área cognitiva, la cognición social y la conducta social se plantea la necesidad de incluir estas tres áreas a la hora de realizar una intervención terapéutica.

La segunda parte del libro, «Terapia», se dedica a la forma de aplicación del programa. El sexto capítulo

«Condiciones para la realización del programa de terapia, posibilidades de empleo e indicaciones» explica las diferentes condiciones institucionales en las que puede aplicarse la terapia, el tipo de paciente, la composición del grupo, las características de los terapeutas. El séptimo y octavo capítulo se centran en la aplicación de los cinco subprogramas: Diferenciación cognitiva, Percepción social, Comunicación verbal, Habilidades sociales y Resolución de problemas interpersonales. Se expone la estructura y objetivo de cada subprograma así como una detallada descripción de cada etapa del subprograma con ejemplos sacados de terapias reales.

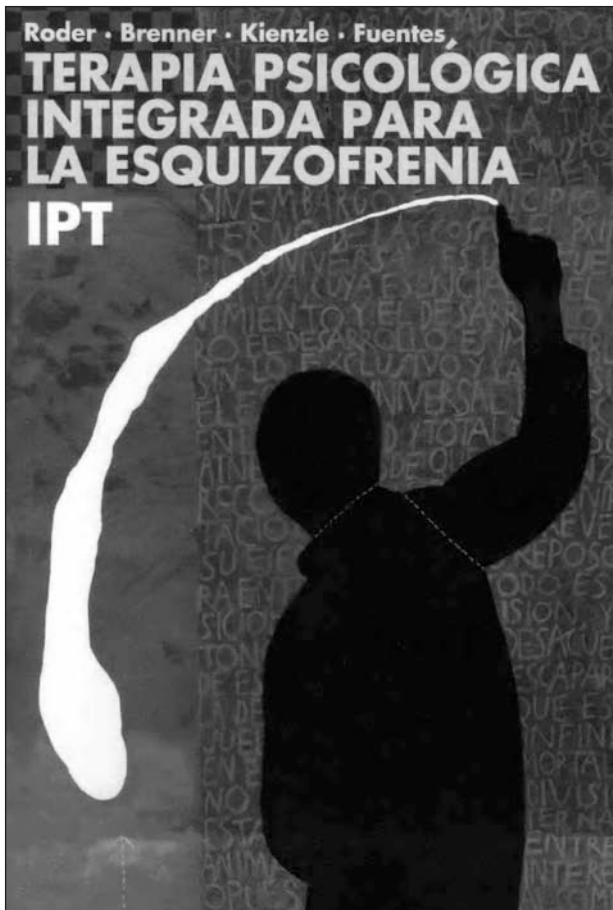
El capítulo noveno se dedica a la planificación de los pasos de la terapia, a través de la evaluación del paciente y la realización del análisis del problema y del comportamiento, se establecen unos pasos en la intervención que deben concordar con los problemas, necesidades, recursos y situación del paciente. Los autores proponen además una serie de autoinformes y escalas autoaplicadas que son útiles para la planificación de los objetivos y para controlar el curso de la terapia.

«La IPT en la intervención psiquiátrica en niños y adolescentes», décimo capítulo, supone una novedad respecto a la edición anterior. A pesar de la falta de estudios empíricos de eficacia en esta población, los autores se basan en diez años de experiencia trabajando con esta terapia con niños y adolescentes para plantear en este capítulo indicaciones y modificaciones en la aplicación de la IPT que tienen en cuenta las características y particularidades propias de la edad, el desarrollo de los pacientes y el curso de la enfermedad.

El último capítulo hace referencia a «Aplicación de la terapia psicológica integrada para la esquizofrenia en España e Iberoamérica», analizando los diferentes estudios realizados en países hispanohablantes con la IPT. Las aportaciones al texto de Inmaculada Fuentes, de la Universidad de Valencia, y Natalia Jimeno, de la Universidad de Valladolid, enriquecen notablemente el libro para los lectores en español.

La publicación de esta nueva edición del manual de la IPT en castellano supone un nuevo avance y consolidación en el uso de esta terapia en España. Manual de gran utilidad práctica para los profesiona-

Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. Granada: Alboran Editores; 2007. 308 Págs.



les interesados en la rehabilitación, proporciona, además de actualizados conocimientos sobre la esquizofrenia y la rehabilitación, una guía de máxima utilidad para la realización de la terapia. Escrita de mane-

ra didáctica, con numerosos ejemplos, consejos e indicaciones y con programas altamente estructurados, indican al profesional cómo llevar a cabo la intervención, desde la planificación de esta hasta su finalización, lo que es sin duda de gran ayuda para aquellos que se enfrentan por primera vez a la realización de grupos de terapia integrada. A pesar de su alto grado de sistematización, la IPT es una terapia flexible, que permite numerosas modificaciones y que está pensada para adaptarse a las necesidades y peculiaridades del grupo. Para quienes ya conocen y desarrollan la IPT posibilita una profundización en los conocimientos de su base teórica y de los últimos hallazgos en este campo.

La sólida fundamentación teórica de la IPT y los numerosos estudios empíricos que demuestran la eficacia de esta hacen de la «Terapia Integrada para la Esquizofrenia» un fiable instrumento de trabajo en un campo que cuenta con tan pocas terapias estructuradas y que se hayan demostrado eficaces como es la rehabilitación psiquiátrica de los pacientes que padecen esquizofrenia.

Bibliografía

1. Vallina O, Lemos S, García A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 1998; 10: 459-474.
2. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophren Bull*. 2006; 32: 81-93.

CAROLINA RODRÍGUEZ
Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

Rehabilitación Psicosocial se adhiere a los *Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas*, como Normas de Vancouver, elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponible en: <<http://www.icmje.org/>>

Rehabilitación Psicosocial publicará trabajos de investigación originales, revisiones, así como descripciones de experiencias asistenciales. Sus temas estarán relacionados con el campo de la rehabilitación psicosocial, sociales, psicológicas, neurocognitivas, básicas y aplicadas. Además, la revista contará con una sección de Cartas al Director.

Los trabajos serán originales e inéditos y no podrán estar sometidos a consideración simultáneamente en otra revista o publicación.

Presentación y estructura de los manuscritos

Todos los trabajos deberán presentarse en hojas de tamaño DIN A4, a doble espacio y por una sola cara (30 líneas de 60-70 pulsaciones), con márgenes laterales (superior e inferior) de 25 mm y paginación consecutiva empezando por la página del título.

En la primera página se indicará el título del trabajo y su correcta traducción al inglés, el nombre y un apellido, si se desea incluir los dos apellidos deberán ser unidos por un guión, el nombre de la entidad o centro de trabajo, la ciudad y el país; además de la dirección del autor responsable de la correspondencia.

Las tablas y figuras se incluirán al final del texto, se numerarán correlativamente con números arábigos y se identificarán con un título suficientemente explicativo.

El autor deberá incluir un disquete debidamente etiquetado e identificado con su nombre completo, el título del manuscrito, además de las tablas, de las figuras y el programa informático utilizado.

En la segunda página se incluirá, para los trabajos originales, un **resumen** en castellano y su correcta traducción al inglés (**abstract**) con una extensión de 250 palabras aproximadamente, estructurado en los siguientes apartados: Introducción, Material (o Pacientes) y método, Resultados y Conclusiones. Para las revisiones y los originales breves se incluirán un resumen y un abstract de aproximadamente 150 palabras, sin estructurar.

Inmediatamente después del resumen se incluirán de 3 a 10 **palabras clave** en español y en inglés (**key words**); obtenidas a partir del Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*/Medline de la National Library of Medicine de Estados Unidos, disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>>.

Los trabajos de investigación originales no deberán exceder de las 15 hojas de DIN A4 y se admitirán hasta 6 figuras y 6 tablas. Deberán ajustarse a la siguiente estructura: Título, Title, Autores, Institución (dirección completa), Resumen, Palabras clave, Abstract, Key words, Introducción, Material (o Pacientes) y método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

Las Cartas al Director tendrán una extensión máxima de 2 hojas de tamaño DIN A4, se admitirá una figura o una tabla. La bibliografía constará de 10 referencias como máximo.

Las notas explicativas se señalarán en el texto con números arábigos y se agruparán en orden correlativo a pie de página.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el texto, con la correspondiente numeración arábica correlativa; en el artículo constará la numeración de la referencia en superíndice. Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con la List of Journals Indexed del *Index Medicus*/Medline, disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>>.

La bibliografía deberá comprobarse sobre los artículos originales y se ordenarán según las normas de Vancouver (1997, edición revisada de octubre de 2001), disponible en: <<http://www.icmje.org/>>. Los ejemplos citados a continuación son algunos de los empleados con mayor frecuencia:

Revistas

1. *Artículo habitual de revista*: Citar todos los autores si son seis o menos, si son siete o más citar los seis primeros y añadir la expresión et ál.

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124: 980-3.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivano E, et ál. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1.006-12.

2. *Trabajo publicado por una corporación:*

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

3. *Sin autor:*

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

4. *Volumen con suplemento:*

Shen HM, Zhang QF. Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 (Suppl 1): 275-82.

Libros y otras monografías

1. *Autor/es personales:*

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers, 1996.

2. *Editor, complilador o director como autor:*

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elelderly people. New York: Churchill Livingstone, 1996.

3. *Capítulo de libro:*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995; pp. 465-78.

Proceso editorial

El Consejo de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados, bien por correo postal, bien en el

Espacio para autores, e informará al autor acerca de su aceptación.

El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no se juzguen apropiados o de proponer modificaciones a éstos.

Copyright

Todos los originales aceptados pasarán a ser propiedad permanente de Rehabilitación Psicosocial, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin su permiso.

El autor cede, en el supuesto de publicación de su trabajo, de forma exclusiva a la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo.

Remisión de manuscritos

El autor deberá enviar una copia de calidad del manuscrito, junto con una carta de presentación donde se solicite su examen y una copia de ambos documentos en soporte informático a la dirección postal: Rehabilitación Psicosocial, Ediciones FEARP, Paulina Harriet, 27. 47006 Valladolid (España). Tel. +34 902 500 493. Fax: +34 983 226 092 (Secretaría técnica Evento).

Alternativamente, los manuscritos y la carta de presentación pueden remitirse por vía electrónica a través del sitio web: www.fearp.org o bien a través de la dirección de correo electrónico:

autores@rehabilitacionpsicosocial.com