



EL EMPLEO DE UN PAQUETE INTEGRAL MULTICOMPONENTE COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA ANTE UN CASO DE ESQUIZOFRENIA

Antonia Rentería Rodríguez¹ y Armando Bautista Baños²
Facultad de Estudios Profesionales Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

En el presente trabajo se describe el caso de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia al que se le administró un paquete de tratamiento cuyo principal propósito fue instaurar diversas habilidades cognitivo-conductuales para lograr la auto regulación de la sintomatología psicopatológica. Se adaptó el modelo de auto regulación de Bandura (1977a), y el de la terapia psicológica integrada de Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed & Liberman (1994), para estructurar un paquete integral multicomponente de tratamiento. El procedimiento constó de tres fases a través de las que se implementaron diferentes entrenamientos como psicoeducación, biblioterapia, solución de problemas, habilidades sociales y auto regulación. Los resultados indican que este procedimiento logró atenuar la sintomatología psicótica así como la mejoría de diversas habilidades cognitivo conductuales. Los resultados se analizaron de acuerdo a ambos modelos.

Descriptor: esquizofrenia, auto regulación, paquete multi componente, terapia psicológica integrada.

Abstract

The main aim of this study was a schizophrenic client's symptomatology self-regulation through a multi component

¹ Profesora del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: antoniar@unam.mx

² Psicoterapeuta y Rehabilitador Físico. Consultorio y Laboratorio de Psicología de la Subdelegación San Mateo Tlaltenango, Delegación Cuajimalpa de Morelos. Correo Electrónico: abbanos@126.com

cognitive/behavioral training. An integral multicomponent procedure with Self-regulation Bandura's model (1977a) and Integrated Psychological Therapy Brenner, Redel, Hodel, Kienzle, Reed & Liberman's model (1994) was implemented. In a three phases procedure different psychological training like psychoeducation, bibliotherapy, problem solving, social skills and self-regulation were implemented. As psychotic symptomatology was self-controlled cognitive-behavioral skills were increased. According to data both models were discussed.

Key words: schizophrenia, self-regulation, multi component procedure, integrated psychological therapy.

Introducción

La esquizofrenia está considerada un padecimiento psicopatológico que aqueja al 1% de la población mundial. En México, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2008) el porcentaje es del 5% y ocupa el tercer lugar dentro de los trastornos mentales después de la depresión y ansiedad.

Este problema de salud pública es un síndrome caracterizado por la desorganización en varias áreas de funcionamiento, la persona tiene dificultades para establecer la diferencia entre experiencias reales e irreales, para pensar de manera lógica y abstracta, para concentrarse, dificultades en memoria a corto o largo plazo y, dificultad para elaborar juicios de causalidad ciertos (déficits cognitivos); es muy frecuente que presenten respuestas emocionales como la depresión, ansiedad, ira y en pacientes paranoides hostilidad (conflictos en la expresión emocional) y suelen comportarse de manera extraña en situaciones sociales así como formas bizarras de solución de problemas; el deterioro en esta área es notable (déficits conductuales y sociales). De acuerdo al DSM IV R, la esquizofrenia forma parte de los trastornos con síntomas psicóticos como característica definitoria; por psicótico se entiende la pérdida del sí mismo y de la evaluación y contacto con la realidad.

Los síntomas de este trastorno son subjetivos, es decir, dependen de lo que el paciente refiera. Existen dos tipos de síntomas en la esquizofrenia: síntomas positivos: son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta como las alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, angustia, movimientos motores absurdos o repetitivos; y en el área vegetativa mareos, insomnio, trastornos

gastrointestinales; y los síntomas negativos: son aquellos que el paciente deja de hacer o los ejecuta muy por debajo de los estándares sociales típicos, como ejemplos de estos síntomas están la pobreza afectiva, la alogia, abulia, apatía, anhedonia y problemas de atención, entre otros.

Dentro de los posibles factores causales de la esquizofrenia están a) la transmisión genética: la evidencia de transmisión genética de las alteraciones anatómicas y estructurales correlacionadas con la ocurrencia de la esquizofrenia es alta de acuerdo a Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, (1968); recientemente los datos del Proyecto Genoma Humano corroboran estas afirmaciones (Fosella & Casey, 2006); b) las alteraciones anatómicas: éstas han sido detectadas en pacientes vivos a través de tomografía computarizada y resonancia magnética cerebrales y en fallecidos mediante disección cerebral. Entre las principales anomalías cerebrales encontradas están la dilatación de los ventrículos cerebrales (Chua & McKenna, 1995; Johnstone, Crow, Frith, Husband & Kreel, 1976); alteraciones del lóbulo temporal medial, en particular de la zona hipocámpica (Stefanis, Yakeley, Frangou, Sharma, O'Connell, Morgan & Murray, 1997); problemas en la corteza prefrontal (Benes, McSparren, Bird, SanGiovanni & Vincent, 1991); anomalías en el cuerpo caloso (Bogerts, Meertz & Schonfeldt-Bausch, 1985) y otras alteraciones menores. c) alteraciones en la bioquímica cerebral: niveles alterados de neurotransmisores como la dopamina y serotonina están correlacionados con algunos síntomas como las alucinaciones y la depresión (Van der Gaag, 2006).

En condición semejante se encuentran los factores psicosociales, sobre todo cuando inciden persistentemente en los primeros años de vida del sujeto; estos factores constituyen catalizadores encargados de encauzar en diversas direcciones y proporciones lo que aporta la biología: el desarrollo y expresión del trastorno psicótico. Entre los elementos psicosociales asociados y correlacionados en la manifestación de la esquizofrenia están a) el papel de la comunicación (Bateson, 1972; Hirsch & Leff, 1971), b) el tipo de emoción expresada por los familiares (Vaughn & Leff, 1976), c) la presencia de otros conflictos psíquicos (Margolin & Burman, 1992), d) susceptibilidad al estrés (Zubin & Spring, 1977), entre otros. Todos estos elementos constituyen factores

de riesgo y es probable que sea importante que se de una combinación entre ellos para condicionar la presentación del trastorno.

No obstante esta gran diversidad de elementos implicados en la génesis y desarrollo de la esquizofrenia, las propuestas terapéuticas anteriores a la década de los 90 se han abocado, en su gran mayoría, al encuadre unidimensional del fenómeno. Afortunadamente, en los últimos veinte años se encuentran cada vez con mayor frecuencia intervenciones terapéuticas que integran diferentes elementos logrando así mejores resultados (Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992; Brenner, Hodel, & Roder, 1990; Kraemer, 1991).

Dentro de esta última línea de intervenciones terapéuticas, este trabajo tuvo como objetivo emplear un paquete multi componente con orientación cognitivo conductual ante un caso de esquizofrenia.

Antecedentes

Incursionar en el análisis de soluciones ante la esquizofrenia conlleva aportar estrategias de intervención frente a todas las dimensiones del trastorno: la neuroquímica, la cognitiva-conductual, la social, la familiar y la económica. La muy diversa sintomatología, los efectos del trastorno en un porcentaje importante de la población, los estragos en la familia y comunidad en general, todos constituyen elementos a considerar al diseñar las metodologías de trabajo terapéutico.

La esquizofrenia es una condición heterogénea con una variedad de posibles causas, por lo tanto es razonable combinar tratamientos sociales, biológicos (Leff, 1996) y psicológicos.

Los diferentes marcos teóricos han propuesto diversos tratamientos para el abordaje de este problema psicopatológico. Dentro de la aproximación cognitivo conductual se han planteado diversos trabajos psicoterapéuticos para los trastornos psicóticos en general, por ejemplo: (a) las intervenciones familiares psicoeducativas (Goldstein, 1995, 1996), (b) el entrenamiento en habilidades sociales (Kraemer, 1991);

(c) los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las modificaciones de los procesos cognitivos básicos (Haddock & Slade, 1996; Penn & Mueser, 1996) y (d) los paquetes integrados multidimensionales (Brenner, Hodel, Roder & Corrigan, 1992; Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed, & Liberman, 1994; Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993).

Dado que la sintomatología de la esquizofrenia abarca un amplio espectro de problemas, es importante recordar que un acercamiento terapéutico que se limite sólo a lo biológico o sólo a los elementos del entorno social no puede abarcar la complejidad del fenómeno y fracasará en el intento de proveer el máximo beneficio posible al paciente.

Modelo de terapia psicológica integrada de Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed & Liberman (1994).

En esta propuesta de trabajo socio-cognitivo-conductual se integran diversos subprogramas encaminados a afrontar un problema tan complejo y multicausado como la esquizofrenia.

Los subprogramas de intervención están ordenados jerárquicamente, para promover que en las primeras sesiones se aborde el entrenamiento de habilidades cognitivas básicas, las intermedias van dirigidas a que estas nuevas competencias se conviertan en respuestas verbales y sociales, y en las últimas sesiones se entrena a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. Cada subprograma contiene pasos concretos y planificados, aunque conforme se avanza en los subprogramas las actividades y tareas son menos estructuradas para dar paso a que los sujetos se expresen en las nuevas habilidades sociales y cognitivas.

Modelo de auto regulación de Bandura (1977a)

En la década de los 60, Bandura llevó a cabo varios proyectos de investigación dentro de los que analizó el desarrollo de la capacidad auto regulatoria en niños, es decir, Bandura concluyó que más que un ser meramente reactivo a los estímulos del medio, el ser humano es un organismo capaz de auto regularse y auto reflexionar acerca del

entorno, así como de su propio comportamiento. De igual manera estudió el desarrollo y adquisición de estándares personales para la obtención de auto recompensas.

En 1963, Bandura y Walters publicaron *Social Learning and Personality Development*, texto donde afirman que el modelamiento es un procedimiento poderoso para la adquisición de diversas formas de aprendizaje, refutando así los principios de identificación y catarsis freudianos así como a los hullianos y skinnerianos de reforzamiento directo, como principios necesarios y fundamentales para el aprendizaje.

El estudio del aprendizaje vicario le permite a Bandura (1977b) formular posteriormente su hipótesis de la auto eficacia. En este período él ya afirmaba que había que distinguir entre aprender y ejecutar; así como el aprendizaje “por tiempos”, es decir, el ser humano primero auto establece estándares de conducta -a manera de normas, reglas o metas- con los que compara su comportamiento, y después en un segundo momento aparecen e intervienen otros factores que dan paso a la realización de la conducta concreta.

Cuando el organismo se ajusta a los estándares de conducta establecidos por él mismo, aparece el auto control y la posibilidad de otorgarse recompensas de diversa índole (auto aplicación de contingencias); pero si el ser humano se desvincula de aquellos estándares, puede padecer los efectos indeseables del descontrol (déficits y excesos).

En Bandura (1978) aparece la fórmula o pasos a seguir para alcanzar la auto-regulación conductual: 1) auto-monitoreo, 2) establecimiento de estándares de ejecución, 3) valoración de los niveles de ejecución personal y finalmente 4) el otorgamiento de auto consecuencias en forma de premios o castigos por el cumplimiento o no de los estándares. Desde esta perspectiva, la conducta depende del sujeto, relativamente independiente de los sucesos del entorno.

Método

Sujeto

Joven de 26 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde los 16 años. Esta etiqueta diagnóstica se le aplicó en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al igual que el tratamiento farmacológico a base de neurolépticos.

Características

Esta persona presentó el siguiente cuadro sintomático: contacto adecuado con la realidad temporal y espacial, sabía perfectamente quién era y el trastorno que padecía, reportó alucinaciones auditivas y visuales con marcado contenido persecutorio; no obstante esta característica, no presentó conductas agresivas, pero sí mucha desconfianza ante todo y todos; estado emocional estable en lo general, inasertivo, tímido, en ocasiones presentó una tendencia a quedar bien con toda la gente con la que establecía contacto. Ligeros problemas de articulación de lenguaje. Deficiente higiene personal. No acudió por su propia voluntad, su padre lo llevó a solicitar apoyo psicoterapéutico. Se negaba a participar en un proceso de terapia pero mostró una firme convicción de trabajar para ganar dinero.

Evaluación

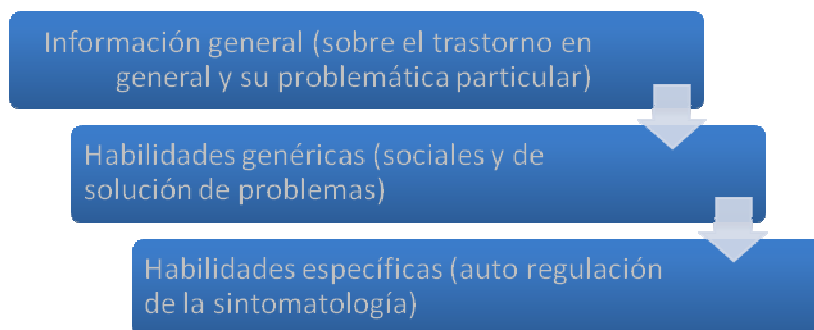
Las siguientes evaluaciones se realizaron antes de iniciar el procedimiento terapéutico:

- a) se aplicó un cuestionario verbal de 15 reactivos de respuesta abierta para indagar la información que el paciente poseía sobre su propia problemática.
- b) se llevaron a cabo registros conductuales de eventos en el área de habilidades sociales, estos registros se realizaron tanto dentro del consultorio como fuera del mismo en lugares como calle, mercado y campo de futbol de la comunidad de residencia del paciente. Los registros en casa no se pudieron llevar a cabo por las críticas paternas hacia la conducta de “escribir” de su hijo. Se le sugirió al paciente interrumpir los registros en este contexto.
- c) se registraron en forma continua todas las verbalizaciones del paciente en las sesiones psicoeducativas, esto con la finalidad de conocer las principales temáticas de conversación y conocimientos del paciente ante su problemática y de igual forma se grabaron las sesiones de terapia auxiliada con textos escritos o biblioterapia.

d) acudió al gabinete de terapia con una copia del expediente del departamento de psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social; en dichos documentos se asentaba el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Procedimiento

Además de atender las recomendaciones de la American Psychiatric Association plasmadas en Bellack, Buchanan & Gold (2001) para el abordaje de la esquizofrenia en el sentido de incluir un enfoque terapéutico psicosocial que incluya entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, rehabilitación vocacional y terapia familiar; la lógica de la estructura y secuencia de este procedimiento está ligada con la suposición de que trabajar primero con aspectos generales del problema (información general del mismo) para después ir abordando competencias genéricas y paulatinamente entrenar las más específicas, es decir, “entrenar hacia abajo” favorece el enganche paulatino del paciente con su proceso de terapia. De igual forma facilita subsumar habilidades y establecer cadenas de competencias que van de lo simple a lo complejo y que a la larga aseguran un mejor y mayor dominio en la ejecución de habilidades del paciente ante situaciones entrenadas en gabinete como las realizadas en su vida cotidiana. Las sesiones tuvieron una duración promedio de 90 minutos, su periodicidad fue muy variada, a veces 2 sesiones diarias, en otras una cada tercer día, de acuerdo al ánimo y disposición del paciente. Los diversos componentes del paquete terapéutico se trabajaron de manera sucesiva en el siguiente orden.



Cabe aclarar que el control farmacológico a base de neurolépticos por parte de psiquiatras del IMSS se mantuvo constante durante todo el tiempo del trabajo psicoterapéutico.

1ª Fase

Ambientación (1 sesión): el objetivo de esta sesión fue ambientar al paciente al entorno terapéutico, a los terapeutas y para explicarle en qué consistiría el trabajo terapéutico. Con la finalidad de facilitar su cooperación, participación y no activar sus ideas y pensamientos paranoides hacia los terapeutas y hacia la psicoterapia se le propuso realizar labores de apoyo y promoción del consultorio; se le comentó que para poder trabajar en el consultorio y recibir un salario era necesario que estuviera en terapia. Estuvo de acuerdo.

Sesiones psicoeducativas (5 sesiones): Fueron interactivas entre terapeutas y paciente. Estas sesiones incluyeron 1) educación sobre la enfermedad, medicación y vulnerabilidad ante el estrés, 2) educación en habilidades de comunicación, y 3) educación en habilidades de auto cuidado como asearse, alimentarse mejor, entre otras.

Temas abordados	Subtemas	Nombre de la sesión
Caracterización de la esquizofrenia	Definiciones y causas de la esquizofrenia.	¿Qué sabes de tu problema/ locura?
Síntomas de la esquizofrenia y primeras señales de aviso	Síntomas positivos y negativos. Factores que favorecen las crisis.	Análisis de los síntomas que tienes
Terapéutica	Relajación, calma. Pensar ordenadamente. Efectos de la ingesta inmoderada de sustancias. Control emocional. Control de la ira	¿Cómo se puede curar tu problema?
Comunicación efectiva	Escuchar atentamente. Habla focalizada.	¿Cómo te puedes comunicar mejor contigo y con los otros?

Arreglo personal y alimentación	Higiene personal y del entorno. Vestir ropa adecuada. Alimentación sana.	¿Cómo andar por la calle y qué comer?
--	--	---------------------------------------

De acuerdo a algunos autores como Goldstein (1995, 1996) la fase psicoeducativa de las intervenciones terapéuticas va dirigida principalmente a informar tanto al paciente como a sus familiares de las características del trastorno, causas tentativas, modelos terapéuticos, así como desarrollar un plan para responder ante las primeras señales de aviso para prevenir recaídas, entre otros temas. En el presente caso los padres se negaron rotundamente a participar en el proceso de terapia, argumentaron “desilusión y cansancio”. Por lo tanto estas sesiones se diseñaron para el paciente únicamente.

Sesiones de terapia asistida con textos o biblioterapia (9 sesiones): Estas sesiones interactivas se programaron con el objetivo de leer algunos textos, reflexionar acerca de los contenidos de los mismos y aplicar dichas reflexiones en la percepción del paciente acerca de la génesis de sus problemas, papel de su familia en el desarrollo de la esquizofrenia, entre otros temas. Estas sesiones fueron fundamentales por el análisis (muy general en esta fase) realizado por el paciente acerca de su sintomatología y cómo manejarla.

Temas abordados
Independencia, volar, deambular
Padres, nacimiento, nutrición, herencia, hermanos
Soledad, aislamiento, voluntad, oler el propio cuerpo
Amistad, sexualidad, homo y heterosexualidad
La "otra gente", sus voces, su ropa y lo propio
Cosas y actos prohibidos, policía, autoprotección, cuidar-se, excremento
Locura, conducta, síntomas, control, auto control, centrar-se

La temática de estas sesiones se estructuró de acuerdo al contenido discursivo o narraciones registradas durante las sesiones psicoeducativas. Los materiales escritos empleados podían ser cualquier texto (s) que incluyera (n) los temas anteriores.

2ª Fase

En esta etapa se pretendió proveer al paciente de toda una serie de competencias que lo llevaran a relacionarse mejor con los demás, así como a enfrentarse ante las exigencias de la vida cotidiana con más y mejores habilidades para adaptarse, enfrentar y solucionar cierto rango de problemas en las relaciones sociales y de la práctica doméstica cotidiana.

Liberman, Vaccaro & Corrigan (1995) consideran que las intervenciones psicosociales deben incluir para garantizar su eficacia: 1) elementos prácticos de solución de problemas cotidianos y que estén orientadas hacia metas específicas realizables; 2) que se basen en una relación positiva entre el clínico, el paciente y su familia; 3) que se centren en los estresores ambientales y en los déficits personales relacionados, en cada caso, con la recaída y la mala adaptación comunitaria y 4) que tengan una orientación multimodal.

Entrenamiento en solución de problemas (9 sesiones): Consistió en la aplicación del procedimiento originalmente diseñado por D´Zurilla y Goldfried (1971) ante diversas situaciones de la vida diaria. En esta fase lo que se busca es que la persona reduzca la dependencia hacia los terapeutas y se valga por sí misma, en la medida de lo posible. Se le enseñó mediante juego de roles, instrucciones, moldeamiento, reforzamiento, entre otras técnicas, a seguir una secuencia de pasos: definir el problema, generar una lista de posibles soluciones, evaluar cuáles son las ventajas y desventajas de cada una de estas soluciones, escoger cuál o cuáles son las más adecuadas, formular un plan para llevarlas a cabo y posteriormente repasar los progresos realizados para solucionar el problema.

Entrenamiento en habilidades sociales (11 sesiones): sirve para abordar la escasa y deteriorada competencia interpersonal que usualmente presentan estos pacientes. Se

deben evaluar las siguientes categorías: habilidades no verbales, equilibrio interactivo, contenido verbal y habilidades de percepción de los otros y de sí mismo. Este entrenamiento se realizó considerando situaciones de bajo riesgo emocional (inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones; expresar agradecimiento; expresar alabanza, reconocimiento y hacer cumplidos; solicitar información) y de alto riesgo emocional (hacer un reclamo, realizar una crítica, enfrentar críticas, expresar una petición o deseo, percibir a los otros). El propósito de esta división en las habilidades sociales fue facilitar la interacción social empezando con lo más simple y continuando con las que requieren mayores destrezas, como aceptar una crítica; recuérdese que la tendencia paranoide en él lo hacía más proclive a alterarse en situaciones de este tipo.

Las conductas de bajo riesgo emocional son conductas sencillas, de corta duración que sólo requerían de instrucciones y una breve explicación de cómo ejecutarlas y para qué; ejemplos de ellas fueron saludar, decir hola, adiós, presentarse ante alguien, dar las gracias, y las habilidades no verbales como gestos y ademanes, entre otras. Las conductas de alto riesgo emocional son aquellas que requieren de complejas secuencias conductuales, así como exponerse ante situaciones que puedan activar su desconfianza y sospechas de daño hacia su persona o ira del paciente hacia los demás.

3ª Fase

Entrenamiento en auto-regulación (10 sesiones). Esta fase condensó los contenidos regulares del entrenamiento en auto regulación, además de las habilidades y contenidos acumulados de fases anteriores. Es importante resaltar que la auto regulación implica no solo la ejecución de determinadas acciones, sino “entender” la lógica de tales comportamientos, el para qué, sus efectos y consecuencias, la estrecha relación entre el propio comportamiento y el de los demás, así como también los beneficios personales, entre otros elementos. Se fomentó el incremento cognitivo (Hogarty & Flesher, 1999), es decir, pasar del pensamiento concreto al abstracto, en la medida de las habilidades del paciente.

Se elaboró una secuencia de sesiones cada una de ellas dirigidas a establecer diversas competencias relacionadas con el manejo específico de la sintomatología esquizofrénica. Se emplearon instrucciones y juego de roles con reforzamiento social.

Sesión 1: Aprender a registrar conducta, la de otros y la de sí mismo. Se empleó solamente el registro de eventos por ser el más simple. El paciente frecuentemente mencionaba que no registró por escrito las conductas pero que sí había puesto atención en la conducta de los demás y en la de él.

Sesión 2: ¿Qué hacer?. En esta sesión se analizaba la pertinencia o no de ciertas respuestas del sujeto ante lo que sucedía en el entorno. La pertinencia se definió en términos de dimensiones físicas, cuantitativas y lógica del discurso.

Sesión 3 Aprender a detectar/registrar las señales de aviso de la próxima ocurrencia de un episodio psicótico.

Sesión 4 ¿Qué hacer?. Se le enseñaba a relajarse y a concentrar/se en otra cosa y/o a centrar/se en la siguiente idea/máxima "en muchas ocasiones piensas cosas fuera del centro".

Sesión 5 Aprender a detectar y establecer relaciones funcionales. Se fomentó en el paciente a observar la estrecha relación entre su comportamiento y el de los demás.

Sesión 6 Aprender a detectar y establecer relaciones funcionales.

Sesión 7 Aprender a detectar y establecer relaciones funcionales.

Hasta esta sesión se procedió a establecer habilidades de auto monitoreo de acuerdo al modelo de Bandura.

Sesión 8 ¿Qué hacer para no ser el loco del pueblo? Aprender a detectar y proponer qué cosas hacer o no hacer para no ser calificado como el loco del pueblo y de la casa (establecimiento de estándares de comportamiento y valoración de los niveles de ejecución)

Sesión 9 Aprender a premiarse (reforzar su propia conducta), no se mencionó el auto castigo ya que él a veces abusaba de este procedimiento correctivo.

Sesión 10 Aprender a no involucrarse en problemas ajenos, principalmente en los de sus padres. Recordar centrar-se y controlar-se fue la regla.

Estas acciones constituyeron la constatación del avance terapéutico y la finalización del programa de tratamiento.

Seguimiento. A los tres meses se citó al paciente y se constató el mantenimiento de la mayoría de las habilidades de auto regulación. (no involucrarse en las fuertes y frecuentes peleas con los padres le resultaba muy difícil).

Resultados

1ª fase del procedimiento: En los reportes verbales de la primera fase se pudo observar lo siguiente:

Temática discursiva	% frecuencia pre-post		Frases comunes antes del procedimiento
1. Auto estima baja	46	20	“soy feo, loco, tonto, son mejores que yo”
2. Contenidos paranoides	19	11	“me quieren atropellar, me dicen cosas malas, me quieren dañar, me van a volver loco”
3. Percepción de colores oscuros	12	9	“veo gente con ropa oscura, todos traen lentes negros, los coches son negros, siempre está oscuro”
4. Suciedad	11	8	“hay excremento en todos lados, huelo a caca, me huelo, mis manos traen...”
5. El paciente como único poseedor de	12	3	“Mi papá está bien, mi mamá es norteamericana, mi hermano es arquitecto famoso, mi hermana se casó con un tipo muy

problemas en la familia			rico, todos están bien.., yo soy el único mal de la familia”
-------------------------	--	--	--

TABLA 1. Datos de temas, frecuencias pre y post tratamiento así como frases comunes del paciente antes del tratamiento

Como se puede observar la frecuencia de temáticas discursivas paranoides, auto devaluativas y negativas, entre otras después de tratamiento (post) disminuyeron, y se incrementaron los contenidos discursivos no psicóticos .

El contenido de las verbalizaciones pre y post tratamiento lleva a afirmar que el análisis, reflexión y activación cognitiva fueron de moderadamente exitosos a exitosos significativamente en el primero, segundo y quinto tema, de acuerdo al análisis visual de las frecuencias.

Con respecto a la 2ª fase del tratamiento se presentan datos graficados sólo para las habilidades sociales porque sólo esas conductas se registraron cuantitativamente. Como se puede observar, en la Figura 1 el paciente presenta en las evaluaciones de línea base tanto de conductas de bajo (línea azul) como de alto riesgo emocional (línea roja) baja frecuencia del repertorio comportamental, lo que indica poca interacción social del sujeto con los terapeutas u otras personas localizadas dentro del gabinete o consultorio; esto mismo se repite en las evaluaciones de línea base de la Figura 2, lo que confirma la poca interacción social que establece el sujeto en su entorno social. A partir del entrenamiento en habilidades sociales se incrementaron sus comportamientos de bajo riesgo emocional dentro y fuera de gabinete. En la Figura 1 se puede observar que las conductas de alto riesgo emocional se mantienen a los mismos niveles que en línea base, esto se puede interpretar como que el procedimiento no logró modificar esta característica suya de “ser amable y no reclamar” en el entorno social donde se registraron estas conductas.

No obstante se observó que mediante el reporte verbal tanto de los padres como del paciente, éste presentó un importante incremento en sus conductas de alto y bajo riesgo emocional en casa ante ellos, es decir, en este contexto el paciente sí se mostró

mucho más asertivo como para reclamar, hacer críticas, y sobre todo para no involucrarse en las constantes discusiones y peleas entre ellos. No se registró en este contexto por las razones antes expuestas.

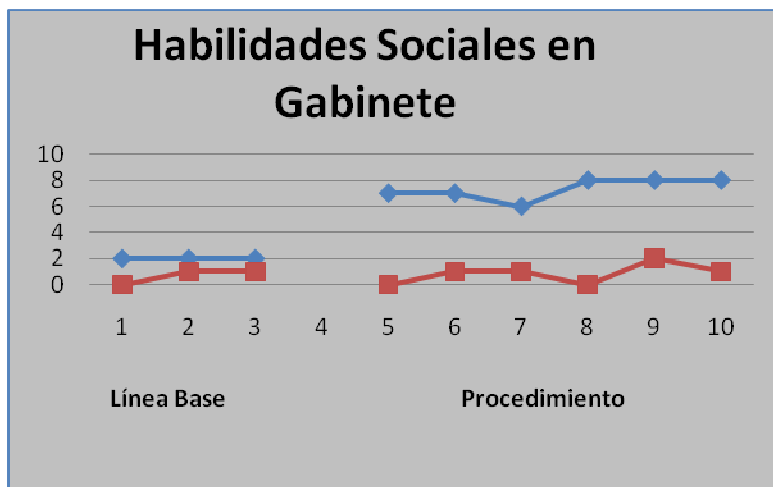


Figura 1 Conductas por sesión tanto de bajo (azul) como alto riesgo (rojo) emocional

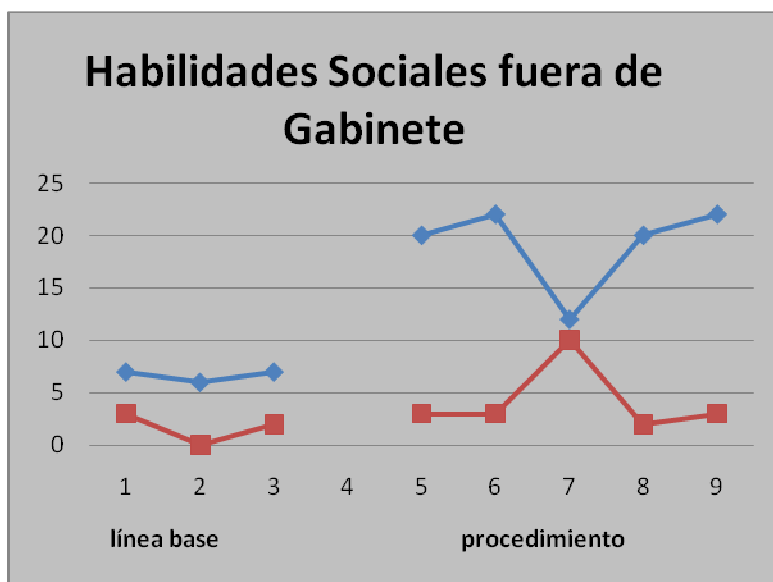


Figura 2 Conductas por sesión tanto de bajo como alto riesgo emocional

En la Figura 2 se observa en la sesión 7 un notorio decremento de las conductas de bajo riesgo y un incremento en las de alto riesgo emocional, la causa probablemente sea que ese día el paciente llegó al gabinete después de haber ingerido alcohol.

En la 3ª Fase se presentaron cambios notables en las habilidades de auto monitoreo, aunque el paciente se negó repetidamente a realizar los registros por escrito, sí se detectaron habilidades notorias al momento de describir verbalmente comportamientos propios y ajenos, así como su interdependencia.

De igual manera el paciente mostró mediante reporte verbal tener una mejor perspectiva para darse cuenta de qué acciones lo podían llevar a ser considerado como "loco o esquizofrénico" por los demás miembros de la comunidad además de los terapeutas. Tomando en cuenta lo anterior, se puede afirmar que el paciente adquirió importantes competencias en el terreno de la auto regulación de la sintomatología psicótica.

Conclusiones

Como se puede observar, a lo largo de los resultados de las tres fases, la conducta psicótica plasmada en contenidos discursivos disminuyó, las habilidades sociales se incrementaron y la auto regulación mostrada por el paciente, aunque no excelente, sí lleva a afirmar que este programa multi componente aportó resultados positivos como se ha observado en otros estudios similares tanto de caso único como de trabajo con grupos de pacientes (Brenner, Hodel, Roder & Corrigan, 1992, Brenner, Hodel & Roder, 1990; Penn & Mueser, 1996). Cabe mencionar que el modelo de Brenner y cols. (1994) "organiza" las habilidades de acuerdo al nivel de complejidad de las mismas, es decir, saludar, presentarse, referir verbalmente y resolver problemas simples, fueron entrenadas dentro del primer nivel o subprograma, mientras que en el presente trabajo reportado el criterio de corte y organización de actividades como las mencionadas anteriormente dependía del lugar ocupado dentro de los entrenamientos empleados y éstos respetaban un orden sucesivo y secuenciado de acuerdo a las fases programadas de antemano. Se recomienda para futuros trabajos con este tipo de

poblaciones analizar e investigar si el orden/secuencia del entrenamiento de las habilidades es importante y cómo afecta este orden secuencial el aprendizaje de las mismas.

Los resultados del presente estudio estuvieron sujetos siempre a la disposición y cooperación del paciente las cuales no siempre fueron las óptimas, no obstante sí se puede afirmar que el paciente mostró una franca mejoría como lo confirman los reportes de seguimiento.

Es importante mencionar que para futuros trabajos con este mismo tipo de problemática se recomienda emplear más y mejores controles, incluir un número mayor de pacientes, involucrar a la familia en el trabajo terapéutico, realizar análisis cualitativos de las verbalizaciones y narraciones, así como no dejar de lado el trabajo de las áreas vocacional y ocupacional para facilitar también la inserción de los pacientes en el mundo productivo, a pesar de sus limitaciones.

Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33 (4), 344-358.
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winstone.
- Bateson, G. (1972). *Steps to a ecology of mind, collected essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bellack, A.S., Buchanan, R.W. & Gld, J.M. (2001). The American Psychiatric Association: practice guidelines for schizophrenia: scientific base and relevance for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 283-308.

- Benes, F. M., McSparren, J., Bird, E.D., SanGiovanni, J.P. & Vincent, S.L. (1991). *Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenic and schizoaffective patients. Archives General Psychiatry, 48*, 996-1001.
- Bogerts, B., Meertz, E. & Schonfeldt-Bausch (1985). Basal ganglia and limbic system pathology in schizophrenia. *Archives General Psychiatry, 42*, 784-791.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V., & Corrigan, P. W. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry, 161* (Suppl. 18), 154-163.
- Brenner, H. D., Hodel, B., & Roder, V. (1990). Integrated cognitive and behavioral interventions in treatment of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 13*, 41-43.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. W. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. En F. P. Ferrero, A.E. Haynal & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). London: John Libbey.
- Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. & Liberman, R.P. (1994). *Integrated Psychological Therapy for schizophrenics patients*. Seattle, Was.: Hogrefe & Huber.
- Chua, S. E., & McKenna, P.J. (1995). Schizophrenia a brain disease? A critical of structural cerebral abnormality in the disorder. *British Journal of Psychiatry, 166*, 563-582.
- D´Zurilla, T. J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- Falloon, I. R. H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioral strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.
- Fosella, J. A., & Casey, B.J. (2006). Genes, brain and bahavior: Bridging disciplines. *Cognitive, Affective & Bahavioral Sciences, 6* (1), 1-8.
- Goldstein, M.J. (1995). Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology, 9* (Suppl. 5), 59-70.
- Goldstein, M.J. (1996). Psychoeducation and family treatment related to a phase of a psychotic disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 11* (Suppl. 2), 77-84.

- Haddock, G., & Slade, P.D. (1996). *Cognitive-behavioral interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Hirsch, S.R., & Leff, J.P. (1971). Parental abnormalities of verbal communication in the transmission of schizophrenia. *Psychological Medicine* 1, 118-127.
- Hogarty, G. & Flesher, S.(1999) Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (4), 693-708.
- Johnstone, E. C., Crow, T.C., Frith, C.D., Husband, J. & Kreel, L. (1976). Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenic. *Lancet*, 2, 924-926.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P.H. & Schulsinger, F. (1968). The type and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 345-362.
- Kraemer, S. (1991). Cognitive training and social skills training in relation to basic disturbances in chronic schizophrenic patients. En N. Stefanis (Ed.), *Proceedings of the World Congress of Psychiatry: 1989*. (pp. 478-483). Amsterdam: Elsevier.
- Leff, J.P. (1996). Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophrenia Bulletin*, 2 (4), 566-574.
- Liberman, R. P., Vaccaro, J. V., & Corrigan, P. W. (1995). Psychiatric rehabilitation. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 2)* (pp. 2696-2719). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Margolin, C., & Burman, B. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Penn, D. L., & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Stefanis, N., Yakeley, J., Frangou, S., Sharma, T., O'Connell, P., Morgan, K. & Murray, R. (1997). Pregnancy and birth complications (PBC)-associated hippocampal volume reduction in sporadic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24 (1), 157-158.

Secretaría de Salud. (2008)
http://74.125.113.132/custom?q=cache:DES74zdU6jAJ:portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/period_mexsano/mexicosano_dic08.pdf+esquizofrenia&cd=2&hl=es&ct=clnk&client=google-coop-np Recuperado el 25 de septiembre del 2009

Van der Gaag, M. (2006). A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 32, (Suppl 1), 113-122.

Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-124.