

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN SOBRE LOS DOMINIOS
DE LA COGNICIÓN SOCIAL ASOCIADOS AL PROCESAMIENTO
EMOCIONAL Y TEORÍA DE LA MENTE, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ESQUIZOFRENIA.**

**MARÍA ALEJANDRA BERMEO LOSADA
MARÍA TERESA VANEGAS TORRES**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA-HUILA**

2014

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN SOBRE LOS DOMINIOS
DE LA COGNICIÓN SOCIAL ASOCIADOS AL PROCESAMIENTO
EMOCIONAL Y TEORÍA DE LA MENTE, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ESQUIZOFRENIA.**

MARÍA ALEJANDRA BERMEO LOSADA

MARÍA TERESA VANEGAS TORRES

Trabajo presentado como requisito para optar el título de Psicóloga(s)

ASESOR: Manuel Guillermo Sánchez MsC.

Neuropsicólogo.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA-HUILA

2014

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Dedicatoria

A mis padres y hermanos, por el apoyo incondicional, paciencia, cariño y amor entregado durante el transcurso de mi existencia, ya que han sido la base y fuerza necesaria para alcanzar mis metas y aspiraciones.

María Alejandra Bermeo Losada

A mi padre, por todo el cariño, paciencia y comprensión que me ha brindado a través de los años; a mi amado compañero de travesía, que con su optimismo, confianza y entrega incondicional ha contribuido para lograr todos mis objetivos.

María Teresa Vanegas Torres

Agradecimientos

De manera cordial, las autoras expresan sus agradecimientos a:

La Unidad de Salud Mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, por permitirnos desarrollar la presente investigación en sus instalaciones.

A los pacientes, que nos ofrecieron su apoyo y disposición durante todo el proceso

A nuestro asesor, Manuel Guillermo Sánchez Cuellar por su constante acompañamiento, comprensión y valiosos aportes científicos para la construcción del presente estudio.

A todos los docentes del programa de psicología, por brindarnos los conocimientos indispensables para nuestra formación profesional.

A nuestras queridas familias por respaldarnos y creer en nosotras.

Y finalmente, agradecemos a nuestras amigas por las increíbles experiencias compartidas y su incondicionable amistad.

Tabla de contenido

Resumen	12
Abstrac.....	14
Planteamiento del Problema.....	15
Justificación.....	19
Antecedentes.....	21
Marco Teórico	29
Esquizofrenia.....	29
Criterios diagnósticos de esquizofrenia.....	30
Alteraciones Cognitivas en la esquizofrenia.....	32
Cognición social	33
Procesamiento emocional.....	34
Teoría de la mente.....	35
Cognición social y esquizofrenia.....	37
Modelos de la cognición social en la esquizofrenia.....	38
Evaluación de la cognición social en esquizofrenia.....	42
Tratamientos en la esquizofrenia.....	44
Programas de intervención en cognición social	45
Estimulación cognitiva	48
Programa de estimulación en la cognición social.....	49

Objetivos.....	50
Objetivo General	50
Objetivos específicos.....	50
Metodología.....	51
Tipo de Estudio.....	51
Población	51
Muestreo	52
Criterios de inclusión.....	52
Criterios de exclusión	52
Muestra	53
Caracterización de la muestra.....	53
Operacionalización de las Variables	56
Instrumentos de evaluación	61
Instrumentos para la evaluación del procesamiento emocional.	61
Test de reconocimiento emocional en caras.....	61
Test de reconocimiento emocional en ojos.	61
Instrumentos para la evaluación de la teoría de la mente.....	62
Faux pas test.	62
Ordenación de dibujos de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-R. ...	63
Instrumentos de evaluación neuropsicológica para la caracterización de los sujetos de estudio.....	65

Batería neuropsicológica breve en español.	65
Neuropsi atención y memoria.....	66
Fases de la investigación	68
Aspectos Éticos de la Investigación	70
Flujograma de Actividades.....	74
Resultados.....	75
Discusión	79
Conclusiones.....	91
Recomendaciones	93
Referencias	95
Apéndice.....	108

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> El modelo de Green y Nuechterlein (1999). (Tomado de Ruiz et al., 2006)	39
<i>Figura 2.</i> El modelo de Vauth, Rüsck, Wirtz, y Corrigan (2004). (Tomado de Jaramillo, Ruiz & Fuentes, 2009) (Los valores reflejan la influencia de unos factores sobre otros)..	40
<i>Figura 3.</i> El modelo de Brekke, Kay, Lee y Green (2005). (Tomado de Ruiz et al., 2009) (El grosor de las líneas es proporcional a la influencia de unos factores sobre otros).	40
<i>Figura 4.</i> Marco Conceptual para comprender la interacción entre la cognición social y el funcionamiento social (Green & Leitman, 2008).....	41
<i>Figura 5.</i> Perfil general de los procesos cognitivos intra-sujetos.	54
<i>Figura 6.</i> Perfiles pre y post de la evaluación de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto nº1.....	75
<i>Figura 7.</i> Perfiles pre y post de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto nº2.....	76
<i>Figura 8.</i> Perfil pre y post de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto nº3.....	77

Lista de cuadros

Cuadro 1 Criterios diagnósticos del CIE-10 para la esquizofrenia.....	31
Cuadro 2 Principales instrumentos utilizados para evaluar la cognición social en pacientes con esquizofrenia.....	42
Cuadro 3 Diagrama tipo de diseño de la investigación	51
Cuadro 4 Operacionalización de las Variables Dependientes	56
Cuadro 5 Operacionalización de la variable independiente.....	59
Cuadro 6 Actividades a desarrollar durante las fases de la investigación.....	74

Lista de Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado.....	111
Apéndice B. Evaluación del programa por jueces expertos.....	113

Resumen

Durante las últimas décadas se han realizado grandes esfuerzos por valorar el déficit en la cognición social presente en la esquizofrenia, sin embargo, son pocos los estudios que se han desarrollado en torno a la estimulación específica de los dominios de dicho constructo.

Los alcances de la presente investigación involucraron establecer los efectos de un programa de estimulación sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional (PE) y teoría de la mente (ToM) en pacientes con esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental de Neiva. Participaron 3 sujetos de género masculino con diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, con una edad promedio de 39 años y un nivel medio de escolaridad de 11 años de formación académica.

Se utilizó un diseño metodológico cuasi-experimental intra-sujetos. En el protocolo preliminar, se realizó una caracterización de los tres sujetos, explorando los datos personales, el perfil cognitivo general, los antecedentes psiquiátricos y el tratamiento farmacológico; de igual manera, se realizó la evaluación de los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, mediante el test de reconocimiento emocional en ojos, test de reconocimiento emocional en caras, prueba de faux pas y subprueba de ordenación de dibujos del WAIS.

Finalizada la implementación del programa, se evaluó nuevamente los dominios de la cognición social encontrándose que se presentaron cambios en los perfiles de cada uno de los sujetos en las pruebas utilizadas.

Palabras claves: Esquizofrenia, Cognición Social, Estimulación, Procesamiento Emocional, Teoría de la mente.

Abstrac

During the past decades have made great efforts to assess the deficits in social cognition in schizophrenia, however, few studies that have been developed around the specific stimulation of the domains of social cognition.

The scope of this research involves to establish the effects of a stimulation program on the domains of social cognition associated at emotional processing (PE) and theory of mind (ToM) in patients with schizophrenia in the Mental Health Unit of Neiva. Participated three male subjects with a diagnosis of paranoid schizophrenia, with an average age of 39 years and an average education level of 11 years of education.

Was used a quasi-experimental intra-subject methodological. In the preliminary protocol, was performed a characterization of the subjects, exploring personal data, cognitive profile, psychiatric history and pharmacological treatment, similarly, were assessed domains of social cognition, which are related to emotional processing and theory of mind, through test of emotional recognition eyes, test of emotion recognition faces, faux pas test and subtest drawings management WAIS.

After implementation of the program, the domains of social cognition were assessed again, where it was found that changes occurred in the profiles of each of the subjects used in the tests.

Key words: schizophrenia, social cognition, stimulation, emotional processing, theory of mind.

Planteamiento del Problema

La salud mental es un componente necesario para el desarrollo y funcionamiento de los seres humanos. Según la ley de salud mental en Colombia, este elemento permite que las personas interactúen con el entorno, regulen su comportamiento en la vida diaria, utilicen los recursos emocionales, cognitivos y mentales en el trabajo, en el estudio, al momento de establecer y mantener relaciones representativas contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de la comunidad en la que habita. (Ley de Salud Mental de 2013)

Al inicio del siglo XXI, diversos países han implementado en sus planes de desarrollo, políticas públicas que permiten promover y fortalecer la salud mental. Estas estrategias están orientadas a reducir los altos índices de trastornos mentales, que cada vez se presentan con mayor frecuencia y afectan a la población en general, ocasionando grandes costos monetarios e impactos negativos en la vida y el entorno del individuo.

De acuerdo con los resultados proporcionados en el Informe de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, los cuales se presentan en cualquier momento del tiempo y afectan aproximadamente al 10% de la población adulta a nivel mundial; se estima que, una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida. Según la OMS, cinco de las diez principales causas de discapacidad crónica en el mundo son trastornos mentales, y dentro de ellos se encuentra la esquizofrenia, como una enfermedad que ocasiona incapacidad social y laboral.

A nivel mundial el impacto de la esquizofrenia es significativo, la organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), calcula que hay 24 millones de personas en el mundo

que se ven afectadas por este trastorno, siendo su prevalencia entre el 1 y el 1.5 % en la población mundial (7 de cada 1000 habitantes) y de este porcentaje, el 90% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia que no reciben ningún tratamiento, se encuentran en países no desarrollados. Esta situación refleja la relevancia que adquiere el contexto social, político y económico de los países en vía de desarrollo, que aun no han implementado o mejorado sus estrategias para prevenir el aumento de los trastornos mentales, lo cual contribuye a desmejorar la calidad de vida de sus habitantes.

En Colombia, según el Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, la prevalencia de la esquizofrenia es alrededor del 1,4%, afectando aproximadamente a trescientos mil colombianos, y convirtiéndose en la decima enfermedad psiquiátrica más frecuente en el país (Prog. de salud y seguridad social, 2008)

Contribuyendo a las cifras nacionales se encuentra en el contexto local, el Perfil Epidemiológico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, el cual determinó que el 50.1% de los casos de consulta y hospitalización por enfermedad mental corresponden al diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, situándose por encima del trastorno afectivo bipolar, y convirtiéndose así, en la primer causa de egreso de la unidad de salud mental. (Alcaldía Municipal, 2012)

Este trastorno se caracteriza por presentar alteraciones a nivel cognitivo y social; por tal motivo durante las últimas décadas se han realizado esfuerzos por mejorar la medición y el tratamiento de las áreas que se ven comprometidas. En el 2003 el proyecto *“Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia, del National Institute of Mental Health”* de Estados Unidos, (Green, Olivier, Crawley, Penn, & Silverstein., 2005) señala la cognición social como uno de los siete dominios que se ven

afectados en los pacientes con esquizofrenia. Este término que surge como mediador entre la Neurocognición y el funcionamiento social, hace alusión al “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” (Ostrom 1984, Brothers 1990, como se cito en Rodríguez & Touriño 2010).

El déficit en la cognición social genera grandes cambios en la forma como los pacientes estructuran sus relaciones con los demás, la inadecuada percepción produce una incorrecta interpretación de las situaciones sociales, lo que conlleva a reacciones inesperadas, cambios de humor, retraimiento, escaso contacto afectivo con otras personas e incluso el aislamiento social. Estos factores, asociados con otros síntomas como delirios y las alucinaciones, ocasionan que el paciente se cohíba de realizar actividades del diario vivir, tales como estudiar o asistir al trabajo, iniciar o mantener conversaciones amenas, entablar relaciones interpersonales significativas y adquirir habilidades asertivas para relacionarse con los demás. (Cavieres & Valdebenito, 2005).

Pero esta problemática no solo ocasiona deterioro y/o privación social en la persona, trasciende de lo personal al núcleo familiar donde las manifestaciones clínicas del paciente combinadas con la sobrecarga objetiva de la enfermedad en los familiares, definida como la descripción de todos los cambios que la familia sufre como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros, cualquier modificación de la vida familiar debida a la enfermedad del paciente, potencialmente verificable y observable como la realización de tareas cotidianas, (Leal, Espinoza, Vega & Vega., 2012), genera en los familiares y/o cuidadores una actitud hostil, irritabilidad, impaciencia, sentimientos de

enfado, y rechazo, permitiendo así, que se incrementen las disfunciones psicosocial es en el individuo que padece dicha enfermedad.

Los tratamientos actuales incluyen en gran medida la utilización de fármacos para controlar los síntomas psicóticos, y aunque se ha demostrado la efectividad algunos medicamentos, es importante resaltar que persisten algunos síntomas negativos como distorsiones cognitivas, fallos en la percepción y procesamiento de emociones y escaso ajuste social, durante la intervención farmacológica (Navarro & Carrasco, 2009). Para contrarrestar este bajo impacto en la intervención de la problemática, se ha implementado el uso de otras alternativas como el tratamiento psicosocial, que ayuda a mejorar el comportamiento y actitud de los pacientes y al mismo tiempo brinda a los familiares la información adecuada sobre la enfermedad; Sin embargo, los avances científicos alcanzados en la última década han dejado al descubierto que la cognición social juega una papel significativo en el desenvolvimiento social, aspecto visiblemente deteriorado en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, lo que sugiere realizar investigaciones sobre el tema con el fin de mejorar los tratamientos ya existentes, proponer nuevos métodos para abordar la problemática y lograr un intervención integral.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los efectos de un programa de estimulación, sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva?

Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad altamente incapacitante, que está acompañada por diversos síntomas clínicos que no permiten un adecuado desempeño en las labores diarias. Además de los síntomas psicóticos, los pacientes presentan dificultades para reconocer y atribuir significado a las emociones de las personas con las que comparten a diario, o con las que entablan algún tipo de conversación, en ocasiones tienen dificultad en atribuirse a sí mismos estados emocionales; estos acontecimientos afectan las relaciones del individuo con los demás y promueve el alejamiento de las personas que lo rodean, contribuyendo a elevar el estigma social que acompaña a cualquier trastorno mental.

Debido a la problemática que surge del déficit en la cognición social, es importante resaltar que en el tratamiento del paciente con esquizofrenia se debe brindar una atención interdisciplinaria, (médica, psicológica y social) en la que no se utilice la intervención farmacológica como único tratamiento, sino que se combine con otros factores como la estimulación de la cognición social, lo que hace pertinente la realización y el estudio de programas que busquen optimizar las relaciones familiares e interpersonales de los sujetos y lograr mejores resultados que beneficien a las personas afectadas.

Es necesario recordar que la estimulación integra todo un conjunto de técnicas y estrategias sistemáticas y estandarizadas que tienen por objetivo activar y ejercitar las distintas capacidades y funciones cognitivas del persona con el fin último de mejorar su rendimiento. En algunas ocasiones como en la presente investigación, su objetivo es terapéutico, ya que es utilizada en personas que presentan algún tipo de déficit o deterioro

cognitivo importante y significativo, y pueden de alguna manera ayudar a mejorar su calidad de vida. (Tafur., 2011).

La creación y ejecución del programa de estimulación sobre los dominios de la cognición social, permite identificar cuáles son los efectos que producen las variables de interés, sobre las habilidades del paciente en el momento de inferir estados mentales (ToM) y la percepción de las emociones, que se ven afectados en un alta proporción en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Además de evaluar si el programa de estimulación, contribuye en algún grado a la mejora del déficit, lo que proporcionará un sendero para realizar las correcciones adecuadas, de tal forma que se convierta en una herramienta útil y significativa para disminuir el déficit cognitivo y producir cambios en el funcionamiento e interacción social del individuo.

Cabe mencionar que actualmente, a nivel nacional no se cuenta con investigaciones publicadas sobre programas de estimulación en los dominios de la cognición social en pacientes con esquizofrenia, además de que se ha reportado una alta tasa de incidencia de trastornos mentales en la región, que genera afectación en la comunidad, lo que hace más relevante desarrollar la investigación con el fin de originar en la comunidad científica interés sobre el tema, y motivar a que futuros estudios evalúen y propongan planes de intervención adecuadas a la población, donde se tenga como intención minimizar el progreso de los trastornos mentales y aumentar los conocimientos científicos.

Antecedentes

De acuerdo con las indagaciones realizadas que sirven como fuente fundamental para el abordaje de la problemática que plantea la presente investigación se encontró que, a nivel internacional existen varios estudios que demuestran conceptual y empíricamente que los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit en la cognición social, pero hasta el momento existe un bagaje amplio sobre trabajos investigativos que demuestren los efectos de la estimulación de los procesos asociados a la cognición social. En el contexto nacional y local, no se encuentran publicaciones realizadas sobre el tema de interés, sin embargo existen algunas investigaciones que resumen los argumentos sobre los principales déficits cognitivos en la esquizofrenia.

A continuación se presenta una selección de los antecedente investigativos considerados más relevantes para la concepción y el desarrollo de este proyecto de investigación.

A nivel Internacional, García Helga, Tirapuz Javier, López José, (García, et al., 2012) evaluaron la capacidad de reconocer estados mentales en pacientes con esquizofrenia en comparación con un grupo control, a través de un estudio que denominaron, “*Valoración de la Cognición Social en esquizofrenia a través del Test de la Mirada, Implicaciones para la rehabilitación*”, utilizaron como instrumento de medición, el test de los ojos versión revisada, de Barón-Cohen aplicado a una muestra de 17 pacientes con esquizofrenia y 17 sujetos sanos.

Los autores encontraron que el rendimiento del grupo control (sujetos sanos) fue significativamente mejor, que el grupo experimental. Confirmaron que los pacientes con

esquizofrenia tienen dificultades para interpretar las expresiones emocionales faciales. Dado que este hecho está demostrado ser algo característico en esta enfermedad, se hace necesario el desarrollo de intervenciones que busquen mejorar este aspecto.

Este estudio contribuye a la presente investigación de dos maneras; la primera de ellas corresponde al aporte de datos empíricos sobre el déficit en la cognición social, y la segunda, hace referencia a la contribución de un instrumento útil para evaluar el procesamiento emocional en pacientes con esquizofrenia.

En España, Rodríguez Teresa, Gil Hiurma, Trujillo Ángel, Winter Marta, Petra León Petra, Guerra Marina y José Jiménez (Rodríguez et al., 2012) realizaron una investigación sobre “*Cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas*”, cuyo objetivo era evaluar y comparar la cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Además de estudiar la relación que guarda la cognición social con la cognición no social, la psicopatología y otras variables clínicas y sociodemográficas.

Utilizaron una muestra de 29 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 21 familiares sanos de primer grado y 28 controles. Todos los grupos fueron evaluados con un cuestionario y la Escala de Cognición Social que evalúa los dominios: procesamiento emocional, percepción social y estilo atribucional en la población española. El grupo de pacientes fue evaluado también con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia y el Mini-Examen Cognoscitivo.

Los pacientes puntuaron significativamente peor en todos los dominios de la cognición social evaluados en comparación con los controles y en el dominio estilo

atribucional en comparación con los familiares. El tipo de psicopatología correlacionó de forma negativa y estadísticamente significativa con dominios diferentes de la cognición social: la sintomatología negativa con el procesamiento emocional y el estilo atribucional y la sintomatología positiva con la percepción social. Las puntuaciones en la cognición básica correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativas con los dominios percepción social y estilo atribucional. La cognición social se ha convertido en un interesante objeto de estudio, especialmente por la relación que guarda con la cognición no social, la psicopatología y el funcionamiento global de los pacientes, aportando nuevos elementos a considerar en la detección precoz, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial de los pacientes.

Esta investigación revela el panorama de la correlación que tienen algunos dominios de la cognición social con los síntomas positivos o negativos en la esquizofrenia, además ofrece conocimientos conceptuales importantes para la elaboración del programa de estimulación a desarrollar.

En España, Reboreda Alejandra, Gómez Germán, Eugenia Esteban, Lemos Serafín, Oncins Javier y Pereyra Lorena (Reboreda et al., 2011) realizaron una investigación denominada “*Programa de entrenamiento emocional en pacientes con esquizofrenia*”, cuyo objetivo era someter a prueba la eficacia de un programa de entrenamiento en la discriminación de estímulos faciales con carga emocional, partiendo de la hipótesis de que la capacidad para identificar y diferenciar expresiones emocionales a través de los rostros, es susceptible de mejorar mediante el entrenamiento específico. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 12 pacientes en total (4 mujeres y 8 varones) que acuden a un dispositivo de Rehabilitación de la ciudad de Teruel, a quienes se les realizó inicialmente

una evaluación pre-test (Face Test, Eye Test, dos programas computarizados de identificación de Emociones), seguidamente se aplicó un Programa de Entrenamiento en reconocimiento de Emociones, con una duración aproximada de 3 meses, distribuyéndose en sesiones semanales de una hora de duración y para finalizar una evaluación post-test. Al finalizar la aplicación del Programa de Entrenamiento de Emociones, se obtuvieron mejoras generales significativas en la capacidad de reconocer emociones.

La presente investigación, confirma resultados de varias investigaciones anteriores que van en línea en cuanto a los programas necesarios para la estimulación de áreas específicas afectadas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, además ofrece una metodología base para el presente trabajo investigativo y brinda un conocimiento general sobre los instrumentos necesarios para realizar la evaluación de la cognición social.

En Suiza Schmidt Stefanie, Mueller Daniel y Roder Volker (Schmidt et al., 2011), publicaron un artículo llamado “*Social Cognition as a Mediator Variable Between Neurocognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling*”, se plantearon revisar sistemáticamente los resultados y la metodología de los estudios que han investigado la cognición social como variable mediadora entre el rendimiento neurocognitivo y el resultado funcional en la esquizofrenia. Además, llevaron a cabo un estudio para evaluar la hipótesis de la mediación por medio de modelos de ecuaciones estructurales en una amplia muestra de 148 pacientes con esquizofrenia. Los datos fueron recolectados en el contexto de un ensayo controlado aleatorio internacional en Suiza, Alemania, Austria y evaluaron la eficacia de un programa de terapia neurocognitivo integrado (INT). Todos menos 4 participantes

estaban tomando fármacos antipsicóticos (neurolepticos atípicos 92%, 6% neurolepticos típicos, 2% mixtas).

Revisaron sistemáticamente los estudios que investigan el papel mediador de la cognición social. A pesar de amplias variaciones en la selección de cognitiva y dominios y medidas de resultado, el hallazgo más consistente fue que al menos parte de esta relación está mediada por una vía a través de los dominios cognitivos sociales. Esto implica que las alteraciones neurocognitivas pueden tener un efecto adverso sobre la cognición social y de este modo ejercer una influencia negativa en el estado funcional.

Este artículo aporta información relevante sobre datos empíricos de diferentes estudios que hacen énfasis en que la cognición social, es un mediador entre la Neurocognición y el funcionamiento social, lo cual sirve de complemento para el referente teórico de la presente investigación.

En Buenos Aires, De Achaval Delfina (De Achaval 2010), investigó el funcionamiento social en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, mediante un estudio que denominó "*Evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia y sus familiares de primer grado no afectados*", cuyo objetivo era establecer si los pacientes con esquizofrenia y sus familiares de primer grado no afectados tienen un procesamiento similar de la información cognitiva social involucrada en dos subcomponentes de la Cognición Social (Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente), para estimar su asociación familiar y posible heritabilidad. Fue un estudio observacional prospectivo transversal sobre el desempeño de tareas de Cognición Social en personas con esquizofrenia, sus familiares de primer grado no afectados e individuos normales; contó con una muestra de 17 pacientes con esquizofrenia, 19 familiares de primer grado no

afectados, y 21 sujetos sanos como control. Las personas que participaron en el estudio, fueron evaluadas a través de, pruebas de Screening Cognitivo; Pruebas Visuales de Procesamiento Emocional y pruebas Verbales de Teoría de la Mente.

Las autoras encontraron que el rendimiento de los pacientes en ambas pruebas de Teoría de la Mente fue significativamente menor al de los controles normales; mientras que en los familiares se evidenció un rendimiento significativamente menor solamente en la prueba de Faux Pas. Asimismo, se evidenció una correlación inversa en pacientes y familiares entre la edad y pruebas de TOM. Por último, se pudo ver en los familiares una alta correlación entre pruebas verbales de PE y ToM, lo que no fue observado en pacientes y controles normales. Los pacientes mostraron una alta correlación entre las pruebas verbales entre sí, mientras que los familiares entre las pruebas visuales entre sí. En conclusión, estos resultados sugieren que los pacientes con esquizofrenia y sus familiares exhiben anomalías similares, aunque no idénticas, en el proceso de la Cognición Social.

De manera general, este estudio aporta instrumentos útiles para la evaluación de la teoría de la mente y el procesamiento emocional, además otorga evidencia empírica del bajo desempeño que tienen los pacientes en las pruebas utilizadas para evaluar los dos componentes de la cognición social.

En España, García Rebeca, De La Torre Francisca, Cantero Begoña y Gómez José (García et al., 2004); realizaron un estudio llamado, "*Aplicación de la terapia psicológica integrada a pacientes psicóticos crónicos en un centro de salud mental*" con el fin de conseguir que los pacientes, y sus familiares, alcancen una mayor conciencia de enfermedad; también buscaban mejorar la percepción que tienen sobre sí mismos, reducir los trastornos cognitivos básicos que presentan en los procesos atencionales y perceptivos;

proporcionarles estrategias para hacer frente a las situaciones de su vida diaria (enseñarles recursos para solucionar los problemas que se les presenten, y convertir a la familia en un apoyo social efectivo para el paciente.

Los autores utilizaron el tratamiento Psicológico Integrado (ITP) para pacientes con esquizofrenia propuesta por Roder, se enfocaron en los trastornos perceptivos y cognitivos. La población estudiada, son pacientes y familiares, usuarios del Centro de Salud Mental Delicias (Valladolid) con tratamiento psiquiátrico y psicológico de forma ambulatoria; de donde se toma una muestra configurada por doce pacientes repartidos en dos grupos de edad; entre los 20 y los 40 años, siendo seis menores de 30 años y seis mayores de esta edad. De ellos, seis mujeres y seis hombres. Encontraron que se produjeron importantes mejoras en el funcionamiento social y capacidades cognitivas en los miembros del grupo experimental. Por tanto, este estudio apoya la idea de que a pesar de que el programa IPT es eficaz en el tratamiento de pacientes psicóticos y ha dado muestras de su eficacia a corto y medio plazo, haría falta realizar estudios de seguimiento para comprobar que mantiene su eficacia a largo plazo.

El principal aporte de este estudio, fue brindar herramientas y conocimientos útiles para la construcción del programa de estimulación en la cognición social en los procesos asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, igualmente importancia de implementar estrategias que contribuyan a la intervención integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares o cuidadores.

En el contexto nacional, Lozano Lyda y Acosta Rocío. (Lozano et al., 2009) llevaron a cabo una investigación denominada, *"Alteraciones cognitivas en la*

esquizofrenia", cuyo objetivo era actualizar los conceptos neurológicos, neuropsicológicos y psiquiátricos con que se manejan las alteraciones neurocognitivas de la esquizofrenia.

Los hallazgos encontrados en el estudio, se soportan en bases neuroanatómicas, funcionales y de imágenes, y estudios que utilizan pruebas neuropsicológicas. A partir de lo que afirman que en la esquizofrenia no es uno, sino múltiples los procesos que se alteran y que los supuestos de Kraepelin, en cuanto al compromiso cognitivo de la enfermedad, que compromete de manera significativa el funcionamiento social de los pacientes, siguen vigentes. Las funciones más afectadas son la atención, la memoria, las habilidades visuoespaciales, la motricidad fina, el aprendizaje y las funciones ejecutivas, las cuales pueden estar alteradas incluso antes del diagnóstico de la enfermedad, en personas genéticamente vulnerables. Al tener la cognición varias dimensiones, hay que resaltar la importancia del deterioro en la cognición social (que incluye la teoría de la mente) y que según estudios, es más frecuente en pacientes con síntomas negativos. Este estudio contribuye al aporte de conocimientos conceptuales ya que realizan una actualización de las principales nociones que se ven afectadas en los pacientes con esquizofrenia.

Marco Teórico

Los siguientes elementos teóricos tienen como finalidad brindar un panorama acerca de los conocimientos y perspectivas teóricas sobre la esquizofrenia y la cognición social, exponer los conceptos esenciales relacionados con el tema, además de proveer un marco de referencia que permitirá guiar el desarrollo de la investigación y sustentar los resultados obtenidos en el estudio.

Esquizofrenia

Desde el punto de vista histórico la esquizofrenia ha sido definida de diferentes maneras, en la psiquiatría se considera a Emil Kraepelin (1856-1926) como una de las figuras más influyentes ya que estudió y delimitó la “demencia precoz”, como una enfermedad que habitualmente inicia antes de la vida adulta y que se caracterizaba por una deficiencia marcada en la vida afectiva y de la voluntad lo que evolucionaba hacia una desintegración completa de la personalidad. En 1915, Eugen Bleuler (1857-1940) introdujo el término esquizofrenia, definiéndola como una alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior también incluyó algunos síntomas accesorios como las ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura, e hizo especial énfasis en que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, contrario a los planteamientos de Kraepelin sobre la evolución de la enfermedad. (Ibarra, 2012).

Todas las aproximaciones que se hicieron sobre la esquizofrenia hasta la mitad del siglo XX tuvieron que ver con la perspectiva clínica y psicopatológica de la enfermedad,

después de la década de los 50 con la introducción de los fármacos, P Denicker y J. Delay (1955) comenzaron a utilizar la clorpromazina en pacientes con esquizofrenia y observaron que tenían un efecto tranquilizante, y antipsicótico ya que actuaba sobre los delirios y las alucinaciones. Luego de la aparición de la moderna psicofarmacología, el progreso de las neurociencias y la incursión en la genética hubo un cambio profundo en la conceptualización de la esquizofrenia, enfocándose en el conocimiento neurobiológico para mejorar la conceptualización clínica, pero a aún se mantiene en los límites propuestos por Kraepelin y Bleuler. (Ibarra, 2012).

En la actualidad, la clasificación Internacional de las enfermedades (OMS, 2014) bajo el código F20 - F29, en el encabezado “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes” describe la esquizofrenia como un trastorno que se caracteriza por las distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones. Se conserva la conciencia y la capacidad intelectual del individuo, pero la presencia continua de la enfermedad puede ocasionar un déficit cognitivo.

Criterios diagnósticos de esquizofrenia.

En la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10, el individuo debe presentar al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados del 1 al 4 si son evidentes (dos o más si son menos evidentes) o al menos dos de los síntomas y signos listados del 5 al 8 deben haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.

Cuadro 1

Criterios diagnósticos del CIE-10 para la esquizofrenia

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia	
1.	Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2.	Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad
3.	Voces alucinatorias
4.	Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo tales como las de identidad religiosa y poderes sobrehumano
5.	Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
6.	Manifestaciones catatónicas como excitación, mutismo, estupor o flexibilidad
7.	Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional
8.	Un cambio consistente y significativo de algunos aspectos de la conducta personal, como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad y aislamiento social

No obstante, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su quinta versión (DSM V), ha propuesto seis criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia; donde incluye el cumplimiento de al menos uno de los síntomas característicos (Delirios, Alucinaciones, Lenguaje desorganizado), los síntomas deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes, y deben haberse iniciado o empeorado significativamente en el último año, estos síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción sociolaboral al paciente y/o padres/cuidadores, los síntomas psicóticos atenuados característicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias

y no se han cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico. (Tandon, 2013)

Alteraciones Cognitivas en la esquizofrenia.

Hasta el momento se han realizado numerosos estudios que buscan comprobar si existe o no un déficit cognitivo en personas con esquizofrenia y cuál es la naturaleza de dichas alteraciones. Los resultados demuestran que existe afectaciones en varios procesos, entre los cuales se encuentra un déficit atencional que se manifiesta en el bajo desempeño en tareas que evalúan la atención sostenida, atención dividida, procesamiento temprano de la información visual y sobre todo en la atención selectiva, cuyo objetivo es concentrarse en un solo estímulo excluyendo otros que se presentan paralelamente, en comparación con sujetos sin enfermedades psiquiátricas. (Mihai, Marinescu, & Mihail, 2013)

El déficit en la atención puede presentarse en individuos genéticamente predispuestos a la esquizofrenia antes de ser diagnosticada la enfermedad, y puede persistir posterior al primer episodio psicótico aún cuando se hayan controlado la sintomatología, haciéndose más evidente interfiriendo en la manera como el sujeto se relaciona con el mundo que lo rodea (Orellana, Slachevsky & Silva 2006).

La memoria está especialmente afectada en los pacientes con esquizofrenia, se presenta deterioro en la memoria declarativa verbal, la memoria episódica y la memoria semántica. Estas alteraciones en la memoria se relacionan con la evolución de la enfermedad y con la falta de adherencia al tratamiento (Barrera, 2006). Las alteraciones en los diferentes tipos de memoria no se deben a olvidos cortos, sino más bien a problemas en la codificación y la recuperación de los recuerdos; los sujetos presentan fallas en el uso de

señales que provienen del contexto y las habilidades para organizar la codificación y recuperación de la información. (Pardo, 2005)

Considerando que las funciones ejecutivas incluyen la habilidad para diseñar un plan, preparar y ejecutar acciones, la capacidad para modular el nivel de actividad y la capacidad para integrar la conducta y las funciones de automonitorización, resultan afectadas en sujetos con esquizofrenia que presentan dificultad en la resolución de problemas, escasa habilidad para esquematizar, disposición a persistir en las respuestas, escaso juicio social y la falta de flexibilidad cognitiva (Lozano & Acosta, 2009).

El déficit cognitivo depende en gran medida de la interacción de los diferentes procesos, ya que si existe de base una alteración en la atención y concentración, puede generar que la información que se almacena en la memoria no sea codificada de manera correcta, lo que genera que su evocación también sea errada, y en esa medida sea posible suponer que la planificación y resolución de problemas se de de manera tergiversada, ya nuestro cerebro es una red neuronal que funciona con una maquinaria compleja.

Cognición social

La cognición social es un constructo relativamente reciente. Durante los últimos años se han realizado investigaciones que buscan definir, delimitar, evaluar, estimular y comparar dichos procesos; Hasta la fecha varios autores han realizado varias aproximaciones llegando a definirla como "el 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" (Ostrom, 1984; Brothers, 1990). También se piensa que son los

"procesos y funciones que permiten a la persona entender, actuar y beneficiarse del mundo interpersonal" (Corrigan & Penn, 2001). 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 (Green, Crawley, Penn, & Silverstein 2005).

La mayoría de los autores coinciden en que son "procesos" involucrados en la interacción del individuo consigo mismo y con el contexto que lo rodea, de la manera como utiliza las estrategias para comprender el funcionamiento social y la ganancia y/o pérdida que obtiene al relacionarse con sus pares.

Dentro de la literatura revisada se encuentran cinco dominios de la cognición social que hacen referencia al procesamiento emocional, la teoría de la mente, el conocimiento social, la percepción social y el estilo atribucional; sin embargo en la presente investigación solo nos enfocaremos en los dos primeros términos ya que son los dominios escogidos para realizar el plan de intervención.

Procesamiento emocional.

El conocimiento empírico en este aspecto de la cognición social es el segundo más numeroso luego de la teoría de la mente. Hace referencia a todos aquellos aspectos que están relacionados con percibir y utilizar emociones. El modelo de procesamiento emocional desarrollado por Barrett y Salovey en el año 2002, incluye cuatro componentes de procesamiento emocional: identificación de emociones que consiste en la habilidad para reconocer los estados emocionales propios y de las demás personas; expresión de emociones que es la habilidad para producir una emoción y luego razonar con dicha

emoción; comprensión de emociones que es la habilidad para entender el significado de las emociones básicas y complejas y la transición de emociones en diferentes niveles de complejidad; y por último el manejo de emociones que se refiere a la habilidad para regular las emociones que se expresan ante las demás personas. (De Achaval, 2010)

Se considera que las emociones son manifestaciones de cambios en el estado ánimo. Varios autores dividieron las emociones en dos grandes grupos: las emociones primarias o básicas (alegría, tristeza, miedo, asco, sorpresa e ira) que tienen la singularidad de ser universales, ya que sin importar la cultura a la que se pertenezca, las características anatómicas más relevantes son similares y no varían de una persona a otra; las emociones secundarias o morales que se encargan de la regulación del comportamiento frente a eventos que incluyen otros agentes, a partir de la representación del sí mismo en un ambiente social. Su expresión varía en función de las creencias y las costumbres en las que se haya desarrollado la persona. (Cavieres & Valdebenito, 2007)

Para desenvolverse en el contexto social se necesita poseer habilidades de identificación, reconocimiento y expresión de emociones básicas y complejas, ya que contribuyen a la comprensión de las situaciones sociales en las cuales estamos inmersos a diario y proporcionan retroalimentación de la manera como nos relacionamos a través de los gestos fáciles.

Teoría de la mente.

Este dominio es uno de los más estudiados en la cognición social. El término ToM fue definido originariamente en 1978 por Premack y Woodruff que estudiaban el comportamiento en chimpancés en su artículo “Does the chimpanzee have a Theory of

Mind?” trataron de exponer los mecanismos por los cuales los chimpancés eran capaces de inferir los estados mentales de otros animales de su misma especie. Brune, la definió como la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, intenciones, disposiciones, deseos y creencias de los demás y de sí mismo (Brune 2005). En los seres humanos el desarrollo de la teoría de la mente es crucial y cualquier alteración se manifiesta en alteraciones en la interacción social.

Se han descrito tres estadios fundamentales en el desarrollo de la ToM en el ser humano. La primera fase se adquiere hacia los 4-5 años de edad. Los niños desarrollan la habilidad para diferenciar cuales son los estados mentales propios y ajenos, además se empieza a crear conciencia de la capacidad que tienen los demás sobre las creencias, es decir, para entender que otras personas pueden tener creencias falsas sobre el estado del mundo, que es diferente a nuestro propio concepto del mundo. La fase 2 se alcanza entre los 6-7 años; en esta fase los niños adquieren la habilidad para reconocer que uno puede tener una creencia falsa acerca de lo que los demás creen. La última fase se alcanza entre los 9-11 años y corresponde a la capacidad de reconocer y comprender situaciones (meteduras de pata, ironía, humor...) en las que alguien dice algo que no debería decir o algo inapropiado, sin saber o deducir que no debería decirlo; es decir, que la gente puede equivocarse sin tener la intención de herir o lastimar a la personas o personas con las que se está presentando la situación social y además tener una representación mental de que la persona que escucha puede sentirse insultado o herido con lo que la otra persona está expresando. (Wellman y Liu, 2004 como se citó en Masa, 2012)

Cognición social y esquizofrenia

Diversos investigadores han tratado de establecer si existe o no un déficit en la cognición social en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Los autores Penn, Sanna y Roberts, consideran que los individuos con esquizofrenia presentan déficit en tres dominios de investigación como lo son, la percepción de emociones, la teoría de la mente y el estilo atribucional, llegando a concluir que los déficits en pacientes con esta enfermedad son más severos comparados con individuos que presentan otro tipo de desordenes psiquiátricos; además, las alteraciones se hacen evidentes en la percepción y reconocimiento de caras neutras o sin emoción, ya que suelen identificar la presencia de emociones negativas. Los sujetos presentan dificultad para leer entre líneas, ya que no saben identificar que está pensando o sintiendo otro individuo; y muestran un marcado deterioro en la capacidad para expresar emociones faciales. Finalmente, las alteraciones en la percepción de las emociones están presentes desde el inicio clínico de la enfermedad, es observable en los familiares de primer grado y se mantiene en el tiempo. (Penn, Sanna & Roberts., 2008)

De acuerdo con los modelos que hablan de tres dimensiones en la sintomatología de la esquizofrenia, positiva, negativa, y desorganizada, los estudios en ToM muestran que los déficits en esa capacidad están asociados a la tipología sintomática. Los pacientes con sintomatología negativa parecen que nunca llegaron a desarrollar una teoría de la mente y los pacientes con síntomas negativos y desorganización, muestran peores resultados en la ejecución de tareas que requieren una teoría de la mente que los pacientes con sintomatología positiva (Ruiz, García & Fuentes, 2006)

Existen varios estudios sobre teoría de la mente que han concluido que los sujetos con esquizofrenia presentan déficits en la ToM en relación con sujetos "sanos" y controles

psiquiátricos (Peen, et al., 2008). En el año 2007 se realizó un meta-análisis que incluyó 29 estudios y 1500 participantes donde señalan que los pacientes con esquizofrenia muestran un deterioro significativo y estable en la ToM; este deterioro es específico y no secundario al deterioro cognitivo característico de esta enfermedad y no puede explicarse por la presencia de la psicopatología general. Diversos autores defienden que la alteración de la teoría de la mente en la esquizofrenia está relacionada con un déficit en la capacidad de planeación; y el bajo rendimiento en las pruebas puede estar relacionado con el feedback de las propias acciones, sino también con la inadecuada representación de los estados mentales de otras personas y con la dificultad para integrar contextualmente la información, lo que ocasionaría que los sujetos presenten dificultades a la hora de determinar estados mentales en la acción de otras personas. (Sánchez, 2014)

Modelos de la cognición social en la esquizofrenia.

Así mismo, los autores más influyentes en este campo, han planteado varios modelos que tratan de explicar la relación entre la cognición social con los procesos cognitivos y el funcionamiento social, considerando que existe algún tipo de influencia de unos procesos sobre otros o sirven como mediadores entre los aspectos biológicos y sociales del ser humano.

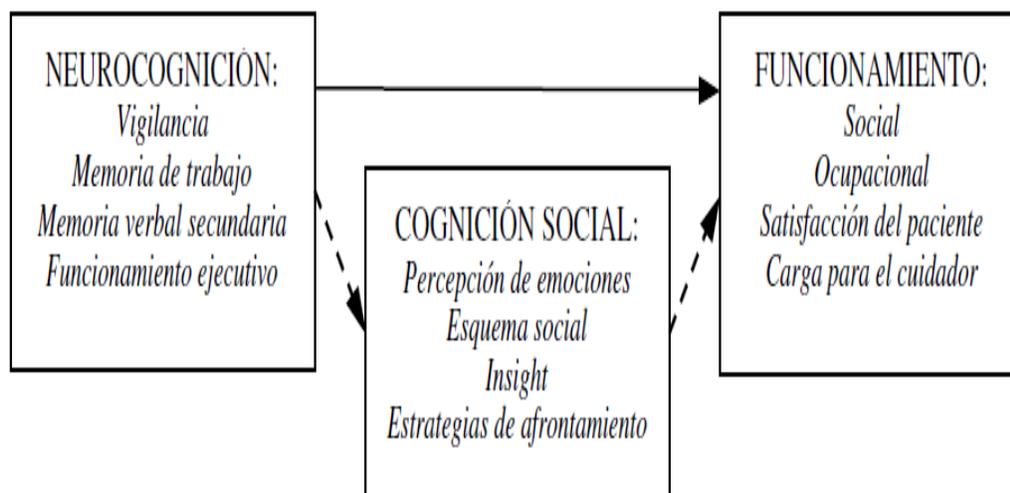


Figura 1. El modelo de Green y Nuechterlein (1999). (Tomado de Ruiz et al., 2006)

Este modelo presenta de manera separada los procesos cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas), de la cognición social y el funcionamiento social. La asociación entre la cognición social y la neurocognición por un lado y la cognición social y el funcionamiento social, apenas era vista como potencial, lo cual se denota con líneas entrecortadas. Sin embargo, es necesario aclarar que este modelo creado hace más de una década y sugirió una posible relación entre los diferentes procesos cognitivos sociales y no sociales, introduciendo la necesidad de estudiar a profundidad la relación entre las tres variables.

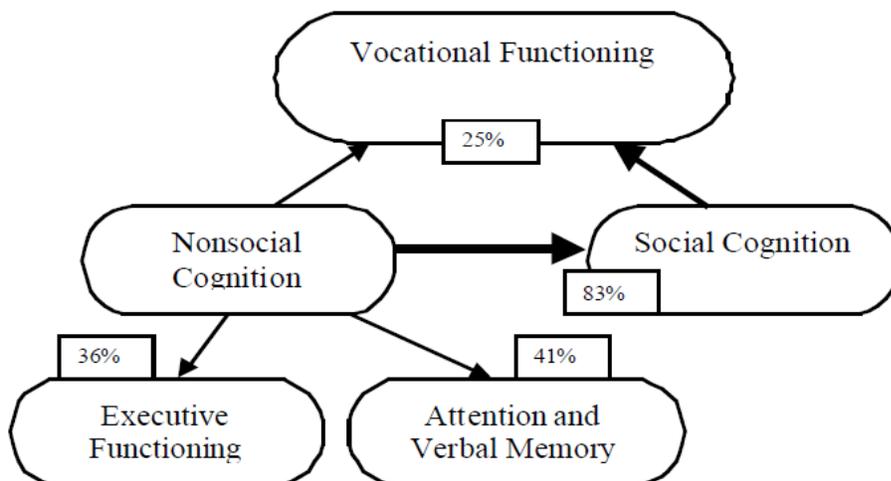


Figura 2. El modelo de Vauth, Rüschi, Wirtz, y Corrigan (2004). (Tomado de Jaramillo, Ruiz & Fuentes, 2009) (Los valores reflejan la influencia de unos factores sobre otros).

El modelo de la *figura 2*, propone existe una relación directa entre los procesos cognitivos (cognición no social) y la cognición social, además que la cognición social es un fuerte predictor entre la cognición no social y funcionamiento social. Todos estos resultados implican que la cognición social podría actuar como un factor mediador entre las influencias de los déficits neurocognitivos en el funcionamiento social en personas con esquizofrenia.

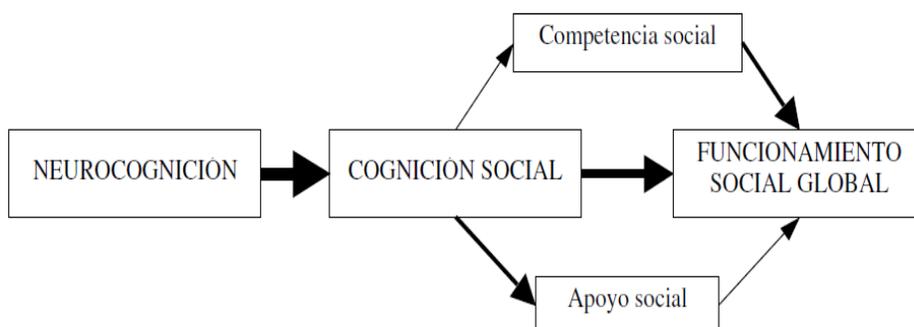


Figura 3. El modelo de Brekke, Kay, Lee y Green (2005). (Tomado de Ruiz et al., 2009) (El grosor de las líneas es proporcional a la influencia de unos factores sobre otros).

En la figura anterior se muestra un modelo que involucra un componente biopsicosocial causal del funcionamiento social en la esquizofrenia. Se puede observar que la neurocognición tiene marcada influencia en la cognición social y esta a su vez, sobre el funcionamiento social. Así mismo, la cognición social tiene efectos de mediación a través de apoyo social y competencia social.

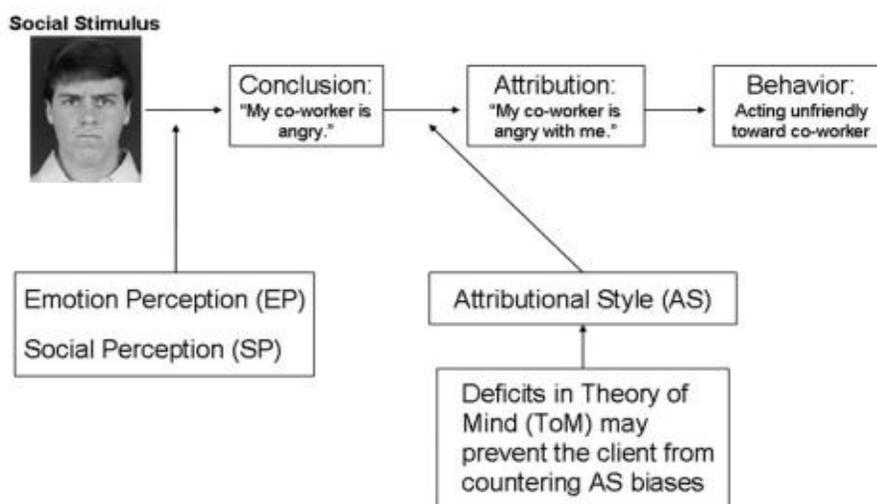


Figura 4. Marco Conceptual para comprender la interacción entre la cognición social y el funcionamiento social (Green & Leitman, 2008)

Este modelo incluye ejemplos de una situación social particular. (La reacción de un sujeto con esquizofrenia con su compañero de trabajo que pasó por un lado y no lo saludó). Primero el sujeto puede percibir erróneamente la expresión emocional de rabia en el rostro de su compañero, y asistir a las señales sociales, sin observar la información adicional presente en la situación. Estas percepciones erróneas pueden provocar que el sujeto realice una conclusión errónea acerca de que su compañero de trabajo esté enojado. La siguiente fase de procesamiento implica que el sujeto busque una explicación del motivo por el cual el compañero de trabajo está enojado con él; lo que implica que sienta enojado y resentido

y concluya que efectivamente el compañero de trabajo está enojado con él, lo que no es correcto ya que el sujeto presenta una dificultad para ponerse en la posición de su compañero, que dicho en otras palabras es la incapacidad del sujeto para captar el "contexto emocional y social" de la conducta de su compañero. (Green & Leitman, 2008).

Evaluación de la cognición social en esquizofrenia.

Según la revisión bibliográfica hasta el momento no existen baterías o pruebas que evalúen la cognición social en general, en cambio, se han desarrollado varios instrumentos que evalúan cada uno de los dominios por separado. El instrumento Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT), que propone el proyecto MATRICS, para evaluar de manera global la cognición social, fue diseñado con el propósito de medir la inteligencia emocional, consta de 141 ítems que evalúan como actúa la gente y resuelve problemas emocionales en ocho tareas divididas en cuatro clases de habilidades que consisten en la percepción de emociones, la integración de las emociones para facilitar el pensamiento, la comprensión de las emociones y el manejo de las emociones para promover el crecimiento personal. Es importante considerar que es una prueba que se enfoca en solo un dominio de la cognición social y por tal motivo muchos investigadores optan por utilizar otro tipo de instrumentos en sus investigaciones. (Fuentes, Ruiz, García & Soler, 2008)

Cuadro 2

Principales instrumentos utilizados para evaluar la cognición social en pacientes con esquizofrenia.

Dominio	Prueba	Material	Aplicación
	<i>Pictures of Facial Affec</i>	Está compuesto por 110 fotografías de personas	Las personas evaluadas con esta prueba deben identificar cuál de las siguientes emociones: Tristeza,

	<i>(Ekman 1976)</i>	expresan diferentes emociones	Alegría, Miedo, Enfado, Asco, Sorpresa y Neutra, está siendo expresada.
Procesamiento emocional	<i>Face Emotion Identification Test Kerr y Neale, 1993)</i>	Está formado por 19 fotografías en blanco y negro de caras que expresan 6 emociones básicas	Los ítems son presentados mediante un ordenador por 15 segundos y el participante debe elegir cual emoción está siendo expresada.
	<i>Face emotion discrimination test (Kerr y Neale, 1993)</i>	Incluye 30 pares de fotografías del mismo sexo	Cada par de fotografía es presentado por ordenador durante 15 segundos. El participante debe decidir si las dos caras presentadas expresan la misma emoción.
	<i>Test de Reconocimiento Emocional en Ojos (Baron Cohen, 2001):</i>	consiste en 36 fotografías de ojos de diferentes actores. Son presentadas una por vez en un orden fijo.	Cada imagen tiene a su alrededor cuatro palabras que describen emociones, dentro de las cuales el sujeto tiene que elegir aquella que mejor describa lo que la persona está pensando o sintiendo.
	<i>Test de Reconocimiento Emocional en Caras (Baron Cohen, 1997)</i>	20 fotografías de expresiones faciales realizadas por una modelo que expresa 10 emociones básicas y 10 emociones complejas	Se le solicita al sujeto que elija la palabra que mejor describa lo que la persona está pensando o sintiendo. Debe responder lo más rápido posible. Si ninguno de los términos le parece del todo correcto, de todas maneras debe elegir una de los dos términos.
	Teoría de la mente	<i>Test de Sally y Anna; Wimmer y Perner (1983)</i>	Se utilizan para valorar la habilidad del sujeto para comprender creencias falsas de primer orden.
<i>Ice-Cream Van store (Baron-Cohen 1985) Burglar store (Happè y Frith, 1994)</i>		Se utilizan para valorar la habilidad del sujeto para comprender creencias falsas de segundo orden.	con base al estado mental de uno de los personajes y concerniente a la falsa creencia del personaje sobre la situación. La segunda pregunta refleja la comprensión del sujeto sobre las historias.
<i>Hinting Task (Corcoran et al. 1995)</i>		Comprende 10 historias que implican la interacción entre dos personajes. Se evalúa la habilidad para inferir las intenciones	Cada historia es leída por el experimentador dos veces para compensar posibles daños en la memoria de trabajo evaluada. Las historias terminan con uno de los personajes "soltando una indirecta"

	que hay detrás de discurso.	y el participante debe explicar que intenta comunicar el personaje.
<i>Test de Faux Pas (Gregory et al. 2002)</i>	Consiste en 20 historias; la mitad contiene un faux pas social (paso en falso) y la otra mitad son historias control.	Mide la habilidad para detectar cuando alguien dijo algo inapropiado pero sin mala intención, porque era o podría haber resultado hiriente para otra persona.

Tratamientos en la esquizofrenia

El tratamiento más utilizado para mejorar los síntomas psicóticos en la esquizofrenia es el farmacológico; los antipsicóticos tradicionales también llamados neurolépticos o sedantes mayores, actúan principalmente sobre los síntomas positivos (alucinaciones, excitación y delirios), mientras que los antipsicóticos atípicos producen pocos efectos extrapiramidales y mayor eficacia en pacientes con síntomas negativos (apatía, pérdida del impulso y de la efectividad, y retraimiento social) o que no responden a los antipsicóticos tradicionales. (Isaza, Isaza, Fuentes, & Marulanda, 2008).

También se puede encontrar una gran variedad de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia como la intervención familiar, que disminuye la carga emocional de los familiares, las recaídas y hospitalizaciones de los pacientes y mejora la conciencia de la enfermedad y la adherencia al tratamiento; el entrenamiento en habilidades sociales que amplía las destrezas sociales, aumenta la asertividad y mejora el desempeño social; los tratamientos cognitivo conductuales que disminuyen la gravedad y la cantidad de síntomas psicóticos principalmente los positivos con estrategias de afrontamiento y promueven la participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y los niveles de desadaptación social; y por último encontramos los paquetes

integrados multimodales que estimulan los niveles funcionales de la organización de la conducta como el nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel micro-social y nivel macro-social. (Fernández & Griraldez, 2001)

Actualmente se busca que los tratamientos sean integrales y que se realicen con un equipo multidisciplinar, (Psiquiatras, Psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, y trabajadores sociales) donde se incluya el uso de medicamentos para mejorar los síntomas psicóticos, apoyo psicológico para mejorar los déficits cognitivos y ayuda psicosocial para optimizar el funcionamiento social, las relaciones familiares y la calidad de vida de los pacientes.

Programas de intervención en cognición social

Los programas de intervención diseñados para estimular la cognición social se pueden clasificar por sus características en dos grupos; Los primeros tienen como propósito realizar una intervención específica en uno o varios dominios de la cognición social, mientras que los segundos tienen como objetivo brindar un tratamiento integrado para disminuir el déficit o deterioro tanto a nivel cognitivo como social.

A continuación se realiza una breve descripción de los principales programas de intervención en la cognición social citados en Ruiz, et al., (2006).

- Training of Affect Recognition (TAR; Frommann, Streit & Wölwer, 2003). Se encarga del reconocimiento de emociones y comprende un total de 12 sesiones. En las primeras sesiones los pacientes aprenden a identificar y discriminar, las 6 emociones básicas. Luego se intenta integrar esta visión del afecto detallada en un modo de procesamiento cada vez más global, a partir de las primeras impresiones,

del procesamiento no-verbal y del procesamiento de expresiones faciales con baja intensidad. Las últimas sesiones comprenden el procesamiento de expresiones no prototípicas y ambiguas del afecto que a menudo ocurren en la vida diaria, y por otra la integración de expresiones faciales en el contexto social conductual y situacional.

- El Emotion Management Training (EMT; Hodel, Brenner, Merlo & Teuber, 1998) es un programa que valora los déficits en la percepción de emociones, así como las con secuencias de estos en el ajuste social. Se aplica en tres pasos: se inicia con la expresión de emociones en uno mismo y el reconocimiento de emociones en los demás. Continúa la valoración del pobre ajuste social mediante estrategias de afrontamiento. Y finalmente, tanto el ajuste social como la baja tolerancia al estrés, aumentan con la adquisición de estrategias de afrontamiento eficaces.
- Social Cognition and Interaction Training (SCIT; Penn, Roberts, Munt, Jones & Sheitman, 2005). Este programa divide la intervención en 3 fases. La primera fase agrupa las primeras seis sesiones y se denominada comprensión de emociones. En esta fase se explica el funcionamiento del programa de intervención, qué es cognición social, se establece la alianza en el grupo y se revisa el papel de las emociones en las situaciones sociales. La segunda fase incluye hasta la sesión número trece y se denomina estilo de cognición social. Se trabaja el problema de saltar a las conclusiones precipitadamente, el estilo atribucional, la tolerancia a la ambigüedad, la distinción de pistas y la recogida de datos para mejorar dichas pistas. Por último, en la tercera fase llamada Integración, que culmina en la sesión

número 18, se consolidan las habilidades y se generalizan a problemas de la vida diaria mediante ejercicios.

- Integrated Psychological Therapy (IPT; Roder, Brenner, Hodel & Kienzle, 1996). Este programa forma parte de aquellos tratamientos integrados para mejorar tanto el funcionamiento cognitivo como el funcionamiento social. Consta de cinco programas denominados Diferenciación cognitiva, Percepción social, Comunicación verbal, Habilidades sociales y Resolución de problemas interpersonales. El programa que más se relaciona con el tema es el de percepción social, se emplean 40 diapositivas que representan distintas situaciones sociales. Está dividido en tres fases; la primera fase se encarga de recoger información de la dispositiva, en la segunda fase se realiza la interpretación y discusión de la dispositiva y en la tercera fase cada participante debe asignar un título a la dispositiva que resuma lo más importante de la situación descrita en la imagen y finalmente se establece un nuevo debate sobre qué título les parece más adecuado.
- Cognitive Enhancement Therapy (CET; Hogarty & Flesher, 1999) Fue desarrollada como un tratamiento integrado para mejorar las habilidades neurocognitivas y cognitivas sociales. Se aplica en grupos pequeños, y combina entrenamiento progresivo mediante ejercicios de atención, memoria y solución de problemas, con una hora y media a la semana de ejercicios grupales de Cognición Social. Después de 4 ó 5 meses de entrenamiento atencional hay un periodo en el que un grupo de 6 pacientes empieza a interactuar, seguido de un trabajo por parejas con ejercicios.

La mayoría de programas de intervención en la cognición social estimulan los dominios relacionados con el procesamiento emocional, el conocimiento social y

percepción social; en menos medida se tiene cuenta el sesgo atribucional y la teoría de la mente. El escaso desarrollo de programas de intervención que incluyan el sesgo atribucional y la teoría de la mente radica posiblemente en el nivel de complejidad que involucra comprender y resolver ejercicios donde se empleen estos dos dominios, ya que por lo general las tareas incluyen la lectura de historias y los rol-playing cuando se trabaja con varias pacientes a la vez.

Estimulación cognitiva

Es una disciplina de intervención psicológica que integra todo un conjunto de técnicas y estrategias sistemáticas y estandarizadas que tienen por objetivo activar y ejercitar las distintas capacidades y funciones cognitivas del individuo con el fin último de mejorar su rendimiento. Es utilizada en cualquier tipo de población, pero su objetivo en ocasión suele ser terapéutico, ya que es utilizada en personas que presentan algún tipo de déficit o deterioro cognitivo importante y significativo, y pueden de alguna manera ayudar a mejorar su calidad de vida. (Tafur 2011)

Dentro de la estimulación cognitiva se encuentran los programas de entrenamiento de procesos específicos, o estimulación cognitiva directa o dirigida, que consiste en estimular áreas o componentes cognitivos muy determinados. Estos programas se fundamentan en el estudio psicológico individual y detallado de las personas a ser intervenidas, se debe realizar una exploración y evaluación neuropsicológica para posteriormente centrarse en el tratamiento de las capacidades cognitivas. Cuando la estimulación se centra en conductas sociales, es idóneo trabajar en grupo, ya que la presencia de otros miembros con dificultades similares desinhibe al sujeto ayudando a

mejorar su conciencia de enfermedad, por otra parte, proporciona una amplia variedad de modelos de conducta y de afrontamiento, factores que mejoran el aprendizaje y la generalización. (Tafur, 2011)

Programa de estimulación en la cognición social.

El programa de intervención realizado en la presente investigación, se basa en la estimulación específica de dos componentes determinados de la cognición social (PE, ToM), consta de 20 sesiones, que se aplican de forma individual o colectiva con una duración de aproximadamente 45 minutos por cada sesión. Las ocho primeras sesiones se encargan de estimular el procesamiento emocional en cuatro fases; la primera fase es la identificación de emociones, en la segunda fase se trabaja la expresión de emociones básicas y complejas y se razona con dichas emociones; en la tercera fase se ejecutan actividades relacionadas con la comprensión de emociones para entender su significado y en la cuarta fase se implementa el manejo de emociones que se encarga de la regulación de las emociones que se expresan ante los demás en determinada situación social.

Las ocho sesiones siguientes estimulan la teoría de la mente en cuatro fases, la primera fase busca que los pacientes atribuyan pensamientos, deseos e intenciones a las demás personas, en la segunda fase los pacientes deben las identificar falsas creencias de primer y segundo orden, la tercera fase pretende que el paciente reconozca la ironía mediante el humor y algunos absurdos, ya en la cuarta fase de la estimulación de la ToM se debe reconocer las "meteduras de patas" o los "pasos en falso" y las mentiras. Por último, las cuatro sesiones finales integran las fases de estimulación del procesamiento emocional y teoría de la mente.

Objetivos

Objetivo General

- Evaluar los efectos de un programa de estimulación sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva.

Objetivos específicos

- Identificar el perfil de cognición social, asociado al procesamiento emocional y teoría de la mente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva.
- Identificar el perfil de cognición social, asociado al procesamiento emocional y teoría de la mente, en cada uno de los sujetos participantes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva, posterior a la ejecución del programa de estimulación.
- Realizar un análisis intra-sujetos de los dominios de cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, evaluados antes y después de la ejecución del programa de estimulación.

Metodología

Tipo de Estudio

Este estudio es de enfoque cuantitativo, con un diseño cuasi-experimental intra-sujetos, “en el cual se administran a su tiempo, dos o más valores de la variable independiente al mismo sujeto” (McGuigan 1977, p.341) el cual pretendió establecer los efectos que produce la estimulación sobre los dominios de la cognición social, asociados a la Teoría de la Mente y el procesamiento emocional en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

El diseño a utilizar se representa en el siguiente diagrama:

Cuadro 3

Diagrama tipo de diseño de la investigación

sujetos	Pre-test	Tratamiento	Pos-test
N°	0 _{1E}	X	0 _{2E}

N°: Número de Sujetos

01: Pre-Test

02: Pos-Test

X: Variable independiente

Población

Está conformada por 132 pacientes diagnosticados con esquizofrenia en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de

la ciudad de Neiva, cuyos datos corresponden a la tasa de pacientes reportada por el perfil epidemiológico de Neiva del año 2012.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado, es no probabilístico intencional, los sujetos fueron seleccionados de la Unidad de salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la Ciudad de Neiva, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos cuyo diagnóstico principal sea esquizofrenia.
- Pacientes de hospital día, atendidos en la unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.
- Escolaridad mínima básica primaria aprobada.

Criterios de exclusión

- Presencia de alteraciones en la salud, que le impidan por completo participar en el desarrollo de la presente investigación.
- Pacientes en crisis psicótica aguda reportado por el médico tratante.
- Una historia de retraso mental de cualquier grado, reportado en la historia clínica médica.
- Dependencia de Alcohol y/o uso activo de drogas ilegales, indicado por el paciente o el informante y/o acompañante.

Muestra

La muestra inicial estuvo conformada por 8 pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la ciudad de Neiva. Durante la realización del estudio se presentó la deserción de cinco sujetos en diferentes fases del proceso; de los cuales, dos se retiraron inmediatamente después de terminar la etapa de evaluación en un primer momento, y tres sujetos abandonaron el proceso luego de la implementación del plan de intervención; las justificaciones proporcionadas por las personas que renunciaron a la investigación comprometen obligaciones laborales, rechazo al asistir a las sesiones en la unidad de salud mental, crisis psicóticas y desinterés personal, por tal motivo la muestra final quedó conformada por 3 sujetos de género masculino.

Caracterización de la muestra.

Las edades de los sujetos que participaron en el estudio fueron de 56 años, 31 años y 41 años; así mismo, el nivel de escolaridad es de 11 años de estudios para cada uno de los dos primeros sujetos y 9 años para el tercer sujeto, esto indica que los tres participantes cuentan con formación académica en educación básica secundaria.

El diagnóstico de los sujetos corresponde a esquizofrenia en el subtipo paranoide, siendo este el diagnóstico más común y con mayor prevalencia en la unidad de salud mental; el tratamiento farmacológico del sujeto n°1 incluye la risperidona (antipsicóticos atípicos) y el Biperideno (para la corrección de los síntomas extrapiramidales inducidos por neurolepticos) ; el sujeto n°2 ha sido medicado con Pipotiazina (antipsicóticos típicos), Ácido Valproico (anticonvulsivo) y Biperideno; y el sujeto n°3 recibe un tratamiento que

incluye; risperidona, Biperideno y la Fluoxetina (antidepresivo). Los medicamentos y las dosis varían según las necesidades y la sintomatología clínica de cada paciente.

Para conocer el perfil cognitivo general de los sujetos, se realizó previo a la aplicación del plan de intervención una evaluación de los procesos cognitivos mediante la batería Neuropsicológica Breve en Español y la Batería de Atención y Memoria, con el objetivo de explorar las habilidades cognitivas de cada uno de los pacientes y otorgar mayor validez a los resultados de la evaluación de la cognición social en los sujetos participantes; A continuación se describen los resultados obtenidos.

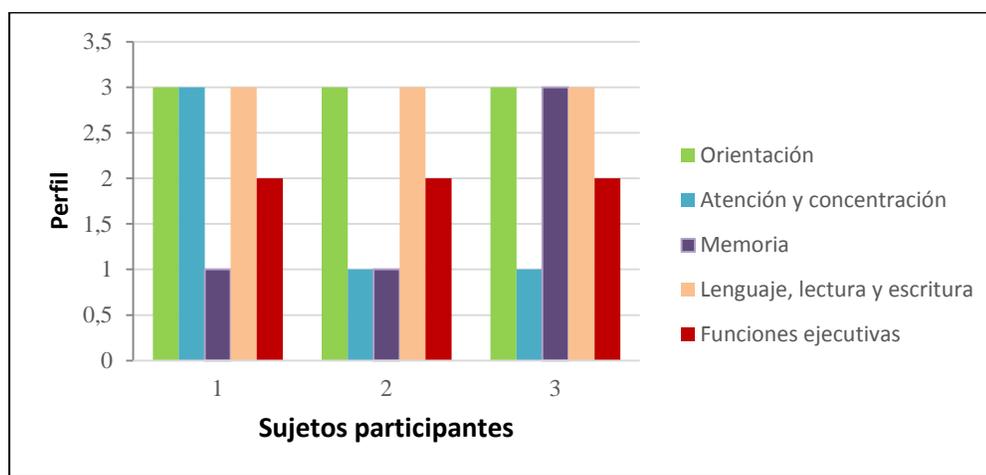


Figura 5. Perfil general de los procesos cognitivos intra-sujetos.

En la *figura 5* se observa que el sujeto nº 1 presenta un perfil normal en los procesos cognitivos de orientación, atención y concentración, lenguaje lectura y escritura, lo que implica que se encuentra orientado en las tres esferas (espacio, tiempo, persona), mostrando habilidades básicas para enfocar y sostener la atención, para denominar figuras, repetir frases y comprender instrucciones, sin embargo, presenta un perfil leve-moderado en funciones ejecutivas y un perfil severo en Memoria, lo cual indica que presenta dificultades para resolver problemas, (abstracción y generalización) planear, secuenciar y

organizar información, además, de un déficit en la habilidad para retener, almacenar y evocar la información de la huella de memoria.

El sujeto n° 2 se encuentra ubicado en un perfil normal en los procesos de orientación, lenguaje, lectura y escritura, lo que sugiere que se encuentra orientado autopsíquicamente y alopsíquicamente, presenta habilidades básicas para realizar lectura y comprensión de textos y una adecuada ejecución en la de escritura por copia y por dictado. No obstante, se ubica en el perfil severo en los procesos de atención, concentración y memoria, dejando de manifiesto un déficit en la habilidad para enfocar y sostener la atención, así como en la habilidad para registrar, conservar y recuperar la información.

Por último, se observa que el sujeto n° 3 se encuentra en un perfil normal en los procesos de orientación, memoria, lenguaje, lectura y escritura, lo que refiere que se encuentra ubicado en espacio, tiempo y persona, además cuenta con las habilidades básicas para adquirir, guardar y evocar información, aún así, presenta un perfil leve moderado en funciones ejecutivas y un perfil de severo en atención y concentración, que involucra la habilidad para resolver problemas, planear, secuenciar y organizar información y en la habilidad para enfocar y sostener la atención en un estímulo.

Operacionalización de las Variables

Cuadro 4

Operacionalización de las Variables Dependientes

Operacionalización del constructo	Tipo de Variable	Dimensiones del Constructo	Operacionalización de las Dimensiones	Indicadores	Niv. Med.
<p>“Es el conjunto de operaciones mentales (Identificación, diferenciación, comparación, análisis, síntesis, clasificación, entre otras) 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. Entre sus dominios</p>	C	<p>Procesamiento Emocional</p>	<p>El procesamiento emocional hace referencia a la capacidad que poseen las personas para percibir, identificar, reconocer y utilizar emociones a través de las expresiones o gestos faciales (Penn, et al., 2000)</p>	<p>Filminas: Reconocimiento Emocional en Caras 1-10 Representa Emociones Básicas 11-20 Representa Emociones Complejas</p>	
	U			<p>De acuerdo con el número de aciertos: Nivel normal: 17 a 20 filminas (17 a 20 puntos).</p>	O
	A			<p>Habilidad básica para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial.</p>	r
	N			<p>Nivel medio: 12 a 16 filminas (12 a 16 puntos).</p>	d
	T			<p>Habilidad medida para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial.</p>	i
	I			<p>Nivel bajo: 11 filminas o menos (Menos de 11 puntos). Dificultad y/o incapacidad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial</p>	n
	T				a
	A				l
	T		<p>Filminas: Reconocimiento Emocional en Ojos 36 fotografías de rostros de ambos sexos, en blanco y negro, de la misma región ocular. De acuerdo con el número de aciertos:</p>		

Cognición Social	se encuentran: El procesamiento Emocional, Teoría de la Mente, Percepción Social, Conocimiento o Esquema Social y Estilo Atribucional.” (Brothers, 1990)	I V A	<p>Nivel normal: 32 a 36 filminas (32 a 36 puntos). Habilidad básica para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada.</p> <p>Nivel medio: De 22 a 31 filminas (22 a 31 puntos). Habilidad medida para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada.</p> <p>Nivel bajo: 22 filminas o menos (Menos de 22 puntos). Dificultad y/o inhabilidad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada.</p>	O r d i n a l
C U A N T I T A	Teoría de la mente	El término Teoría de la Mente (ToM) hace referencia a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales (intención, predicción, intenciones,	<p>Historias: Meteduras de patas</p> <p>10 Historias con metedura de patas 10 Historias control</p> <p>De acuerdo con el número de aciertos:</p> <p>Nivel normal: De 48 a 60 puntos. Habilidad básica para identificar cuando alguien dice algo inapropiado pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, a través de una tarea Faux Pas.</p> <p>Nivel medio: De 36 a 47 puntos. Habilidad medida para identificar cuando alguien dice algo inapropiado pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, a</p>	O r d i

T	conocimientos y	través de una tarea Faux Pas.	n
I	creencias) de otros y	Nivel bajo: 35 puntos o menos. Dificultad y/o	a
V	de sí mismo. (Brüne,	incapacidad para identificar cuando alguien dice algo	l
A	2005; Mazza, De Risio, Surian, Roncote & Casacchia, 2001)	inapropiado pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, a través de una tarea Faux Pas.	
		Filminas: Ordenación de Dibujos	
		11 reactivos, que consisten en un conjunto de tarjetas que cuentan una historia.	
		De acuerdo con el número de aciertos:	
		Nivel normal: De 11 a 19 puntos. Habilidad básica para pensar en forma lógica y secuencial, saber interpretar las situaciones sociales, saben establecer relaciones causales o secuencias temporales, mediante una tarea de ordenación de secuencias sociales.	
		Nivel medio: 10 puntos. Habilidad medida para pensar en forma lógica y secuencial, con moderada capacidad de interpretación de situaciones sociales, mediante una tarea de ordenación de secuencias sociales.	
		Nivel bajo: 9 puntos o menos. Dificultad y/o incapacidad para pensar en forma lógica y secuencial, pobre habilidad de interpretación de situaciones sociales, mediante una tarea de ordenación de secuencias sociales	

Cuadro 5

Operacionalización de la variable independiente

	Operacionalización del constructo	Tipo de Variable	Dimensiones del Constructo	Operacionalización de las Dimensiones	Indicadores	Niv. Med.
Estimulación de la Cognición Social	Conjunto estructurado de actividades terapéuticas diseñadas para estimular, potenciar y/o fortalecer las habilidades relacionadas con la Cognición Social en personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia	C U A N T I T A T	Programa de estimulación de la cognición social	Programa de estimulación en los dominios de la Cognición Social relacionados con Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocho actividades o sesiones relacionadas con Procesamiento Emocional. • Ocho actividades o sesiones relacionadas con Teoría de la Mente. • Cuatro actividades o sesiones relacionadas que combinan Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente. <p>De acuerdo con el número de aciertos:</p> <p>Nivel alto: (16 a 20 actividades aprobadas). Habilidad básica para ejecutar tareas que impliquen el uso de los dominios de la Cognición Social asociados a Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente.</p> <p>Nivel medio: (12 a 15 actividades aprobadas) Habilidad medida para ejecutar tareas que impliquen el</p>	O r d i n

I	uso de los dominios de la Cognición Social asociados a	a
V	Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente.	l
A	Nivel bajo (11 o menos actividades aprobadas) Dificultad y/o incapacidad para ejecutar acciones que impliquen el uso de los dominios de la Cognición Social asociados al Procesamiento Emocional y Teoría de la Mente.	

Instrumentos de evaluación

Instrumentos para la evaluación del procesamiento emocional.

Test de reconocimiento emocional en caras.

Este test fue creado por Baron Cohen, Wheelwright y Jolliffe, en 1997 para medir la capacidad de reconocer el estado mental de una persona a través de la expresión facial. La prueba está compuesta de 20 fotografías de la cara completa de la misma actriz. (10 expresan estados emocionales básicos y las otras 10 estados emocionales complejos), cada fotografía se acompaña de dos palabras que describen estados emocionales, incluye un glosario.

- **Calificación:** Se otorga un punto por cada respuesta correcta. El puntaje máximo de la emoción evidenciada por la expresión facial es de 20. (Guinea, Tirapu, & Pollán, 2007).

Test de reconocimiento emocional en ojos.

Este instrumento fue diseñado por Simón Baron-Cohen en el año 2001. Se encarga de medir la habilidad de reconocer el estado mental de una persona a través de la expresión de su mirada, hace énfasis en el aspecto visuoperceptivo minimizando la demanda de memoria, Funciones Ejecutivas y contextual. Evalúa el área de la Cognición social en adultos. Está compuesto por: 36 fotografías de rostros de ambos sexos, en blanco y negro, de la misma región ocular, instrucciones de aplicación del Test, tabla de definiciones de las palabras, hoja de registro, hoja de respuestas correctas, tarea de control de tipo

visuoperceptivo gnósico facial (Identificación del sexo de la persona de cada fotografía, solo valiéndose de región ocular)

- **Características psicométricas:** Este test, fue validado a partir de la aplicación del mismo, a pacientes con Síndrome de Asperger (o Autismo de alto funcionamiento) y a quienes no presentan el cuadro y comparando sus resultados. Los resultados apuntaron a que tanto en los grupos experimentales como en los controles la ejecución del test de la mirada, correlacionaba inversamente con el cociente del espectro autista. En comparación con los grupos controles, el grupo experimental ejecutaba significativamente peor la tarea y no se daban diferencias significativas en la ejecución de los sujetos experimentales. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a género en ninguno de los grupos del estudio. Esta versión (segunda) del test, incrementa la variedad de resultados posibles brindando datos más específicos sobre el nivel de Teoría de la Mente de cada persona.
- **Calificación:** Se otorga un punto por cada respuesta correcta. El puntaje máximo tanto para la determinación del sexo como de la emoción evidenciada por la mirada es de 36. El punto de corte se sitúa en 22 (22 aciertos del total de 36 fotografías presentadas), mientras que la puntuación media se sitúa en 26,2 (22 a 30). (Tirapu, Pérez, Erekatxo, & Pelegrín, 2007).

Instrumentos para la evaluación de la teoría de la mente.

Faux pas test.

Se encarga de medir la habilidad para detectar cuando alguien dijo algo inapropiado pero sin mala intención, porque era o podría haber resultado hiriente para otra persona.

Esta capacidad se desarrolla entre los 9 y 11 años. El estímulo consiste en 20 historias dentro de las cuales la mitad contiene un Faux pas social (paso en falso-metida de pata) y la otra mitad son historias control que contienen un conflicto menor que no constituye un Faux pas. Se le dice al sujeto: “Le voy a leer unas breves historias y hacerle unas preguntas acerca de ellas. Usted tiene una copia de la historia delante suyo así que puede leer mientras yo se las leo y también, volver a leerlas si es que lo necesita”. Las historias se presentan una por vez, en orden fijo, cada una en hoja aparte. El texto se coloca en frente al paciente y el examinador lo lee en voz alta. Existen preguntas de detección del Faux pas, y preguntas de memoria que chequean la comprensión de detalles de la historia.

- **Calificación:** su calificación va desde 0 cuando la respuesta es incorrecta y 1 cuando la respuesta es correcta. Se otorgan dos puntos en las historias control, cuando el sujeto haya respondido NO a la pregunta "alguien dijo algo que no debería decir o algo malo" La puntuación máxima de las historias con faux pas es de 60 puntos, en las historias control se obtiene un máximo de 20 puntos y finalmente en las preguntas control que se utilizan para comprobar que el sujeto haya comprendido la tarea se alcanza un puntaje máximo de 40 puntos. (Gregory, 2002)

***Ordenación de dibujos de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos
WAIS-R.***

Fue creada por David Wechsler en 1939, su objetivo es medir la inteligencia del adulto, dentro de un enfoque global de la inteligencia. Evalúa la Memoria de trabajo, Comprensión verbal, Organización perceptiva, velocidad de procesamiento, está

compuesta por el Manual de instrucciones de aplicación, 8 juegos de tarjetas, impresas con historietas, Manual de calificación y estandarización.

- **Características psicométricas:** La consistencia interna de la adaptación española de la WAIS-IV se ha estudiado mediante el método de dos mitades y el coeficiente alfa de Cronbach, excepto para las pruebas de Búsqueda de símbolos, Claves de números y Cancelación, que se ha usado la correlación test-retest. Los coeficientes de fiabilidad varían ligeramente según el grupo de edad y oscilan entre 0,72 y 0,93 para las pruebas y entre 0,87 y 0,97 para los índices y el CIT. Respecto a las evidencias de validez convergente y discriminante, se recogen datos sobre las correlaciones entre las pruebas que conforman la escala. Como se parte de la hipótesis de que todas las pruebas contribuyen a la medida de la inteligencia general, se deberían encontrar correlaciones de diversa magnitud entre las distintas pruebas de la escala.
- **Calificación:** En el ensayo 1 se otorgan 2 puntos para una ordenación correcta terminada dentro del límite de tiempo concedido. Desde el reactivo 2 al 11 para cada ordenación correcta terminada dentro de límite de tiempo se otorgan 2 puntos, (Nótese que el reactivo 9 tiene dos ordenaciones correctas) En el caso de los reactivos 5,6,7,9 y 10, se registra 1 punto para cada una de las variaciones aceptables dentro del límite de tiempo. Puntaje máximo 22 puntos. Se discontinúa después de cuatro puntuaciones consecutivas de 0.

Instrumentos de evaluación neuropsicológica para la caracterización de los sujetos de estudio.

Batería neuropsicológica breve en español.

Es una prueba creada por Ostrosky Feggi, Ardila Alfredo y Rosselli Mónica, y permite valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Las áreas cognoscitivas que evalúa incluyen Orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, habilidades viso-espaciales, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo. El esquema de administración está constituido por reactivos sencillos y cortos. La administración es individual, en población sin alteraciones cognoscitivas la duración aproximada para su administración es de 20 a 25 minutos, y en población con trastornos cognoscitivos es de 35 a 40 minutos.

- **Características psicométricas:** Cuenta con una base sólida de datos normativos, que se obtuvieron en una población hispano-hablante sana con un intervalo de edad de 16 a 85 años, y de acuerdo a 4 niveles de escolaridad; 0 años de estudio; 1 a 4 años de estudio; 5 a 9 años de estudio y 10 a 24 años de estudio; estos parámetros sirven como referencia para realizar estudios con población patológica y también para poder identificar, diagnosticar y hacer seguimiento de problemas en áreas básicas del funcionamiento cognoscitivo.
- **Calificación:** aporta datos cuantitativos y cualitativos. Se cuantifican los datos crudos y se convierten a puntajes normalizados; el sistema permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades de sujeto en cada una de las áreas cognoscitivas

evaluadas. Tomando la escolaridad y la edad se puede clasificar la ejecución del sujeto en: normales, alteraciones leves o limítrofes, alteraciones moderadas y alteraciones severas. La información y cuantificación de errores es suficiente para que los expertos puedan hacer interpretaciones cualitativas de la ejecución del sujeto en la prueba. (Ardila & Ostrosky, 2012)

Neuropsi atención y memoria.

Este instrumento fue diseñado para evaluar en detalle diversos tipos de atención, entre los que se encuentran la atención selectiva, sostenida y el control atencional; así como tipos y etapas de memoria, incluyendo memoria de trabajo y memoria a corto y largo plazo para material verbal y viso-espacial. Cada área se explora por medio de subpruebas en las que se incluyen orientación (tiempo, persona y espacio), atención (selectiva y sostenida), memoria verbal y no verbal (codificación, almacenamiento y evocación) y funciones frontales (premotoras y conceptuales). La prueba permite obtener un índice de ejecución global: “Total Atención y Memoria”, que puede dividirse en dos puntuaciones: “Total Atención y Funciones ejecutivas”, y “Total Memoria”. La aplicación es individual y se realiza en 50 a 60 minutos aprox. En población con trastornos cognoscitivos es de 80 a 90 min.

- Características psicométricas: La confiabilidad test-retest es de 0.88 para el puntaje total. La confiabilidad para las subprueba va de 0.84 a 1.0. Los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.90 a 1.0 y los índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada son de 82.3 y 86.0%, en traumatismos craneoencefálicos moderados y severos son de 88.3 y 90.0%.

- **Calificación:** Los reactivos están adaptados a la población hispanohablante y se pueden utilizar en población analfabeta. Tiene normas obtenidas en población mexicana, considerando 9 niveles de edad (distribuidos entre 6- 85 años) y tres niveles de escolaridad (0-3, 4-9 y más de 10 años de estudios). Se obtiene una interpretación cuantitativa del puntaje total y datos cualitativos de cada una de las subprueba. La prueba permite obtener un puntaje global y además un puntaje por separado para las funciones de atención, funciones ejecutivas y de memoria. Se pueden graficar los puntajes de cada subprueba en un perfil que permite observar de manera gráfica y a detalle el desempeño del sujeto. Los puntajes normalizados del total global de la prueba así como de las dos subescalas, tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15, lo que permite clasificar la ejecución del sujeto en un nivel normal alto (116 – en adelante), normal (85 – 115), con alteraciones leves (70 – 84) o con alteraciones severas (69– o menos). (Ardila et al., 2012).

Fases de la investigación

Fase 1 - Presentación y selección de los sujetos de estudio. En la primera fase de la investigación se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, esta exploración permitió obtener datos como: nombre, edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil y tipo de tratamiento farmacológico y psicológico recibido, con el fin de caracterizar a la población de estudio.

En el primer contacto con la población estudio se citó a los pacientes y sus familiares y/o cuidadores, se realizó la presentación formal de las investigadoras a cargo del estudio, y se socializó los objetivos y metas a alcanzar; resolviendo las dudas e inquietudes que los pacientes manifestaron con respecto a la investigación. Seguidamente se procedió a firmar el consentimiento informado con aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron la participación en el estudio.

A nivel metodológico se realizó la valoración del protocolo de estimulación, por parte de una jueza experta en el área de Neuropsicología, Neurociencias y biología del comportamiento, la cual evaluó criterios como, validez, claridad, coherencia, pertinencia y diseño de cada una las actividades planteadas. Finalmente se realizaron las correcciones y se ajustó el programa de estimulación según el concepto emitido por la evaluadora. (**Ver Apéndice B-Valoración juez experto**)

Fase 2 - Aplicación instrumentos en un primer momento. Para obtener el perfil de cognición social de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se aplicó a cada uno de los sujetos, pruebas que evaluaron el PE, como el Test de Reconocimiento Emocional

en Caras (Barón & Cohen, 1997), Test de Reconocimiento Emocional en Ojos (Baron & Cohen, 2001) y para ToM, se utilizó el Faux Pas Recognition Test (Stone & Baron-Cohen 1997) y Subprueba de ordenación de Dibujos del WAIS III. Adicionalmente se evaluaron los procesos cognitivos para realizar la caracterización de los sujetos, donde se utilizó la Batería Neuropsicológica breve en español y la prueba Neuropsi atención y memoria de Ardila y Ostrosky.

Fase 3 – Aplicación del programa de estimulación. Se llevó a cabo la aplicación del programa de estimulación con cada uno de los sujetos de estudio. La aplicación se realizó de manera individual y/o colectiva según la sesión programada. El programa se realizó en un periodo no mayor a cinco meses con 20 sesiones, comprendidas entre el mes de Enero y Mayo del año 2014. El lugar contó con buena iluminación, sillas cómodas, equipos audiovisuales; estuvo libre de la influencia de ruidos contaminantes y en un espacio suficiente para el desarrollo de las actividades; en promedio cada sesión tuvo una duración entre 45 y 60 minutos.

Fase 4 - Aplicación de los instrumentos en un segundo momento. Posterior a la implementación del programa de estimulación, se procedió a evaluar los cambios en cada uno de los sujetos mediante la aplicación de los instrumentos utilizados para evaluar la cognición social.

Fase 5 - Análisis de los resultados. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel para realizar la base de datos de los perfiles obtenidos por cada sujeto en las dos aplicaciones de los instrumentos de evaluación de la cognición social. Se tuvo en cuenta que el análisis en los dos momentos en que se aplicó las pruebas se realizó con el mismo sujeto (que sirve también de sujeto control) y no se plasmaron comparaciones entre sujetos.

Fase 6 - Discusión de los resultados. Se realizó la discusión de los resultados obtenidos en la aplicación del programa de estimulación en la cognición social, basado en el marco teórico y empírico del estudio.

Aspectos Éticos de la Investigación

Este estudio se rigió por el precepto de la ley 1090 de 2006, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

- **Título I, de la profesión de psicología.**

Hace alusión al termino de la psicología definiéndola como una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

- **Capítulo III. Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional.**

El Artículo 36. En los cuatro últimos numerales menciona que se debe ser responsable de los procedimientos de intervención que decida utilizar, los cuales registrará en la historia clínica, ficha técnica o archivo profesional con su debido soporte y sustentación; No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente; Comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance. En el primer encuentro con los pacientes y sus familiares y/o cuidadores se dará a conocer la información que respecta a la intervención que vamos a realizar.

- **Capítulo VI. Del uso de material psicotécnico.**

El artículo 45 menciona que “Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología”. Para ello se contará con el debido acompañamiento y asesoría de un profesional calificado en la aplicación de las pruebas utilizadas.

- **Capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones**

Como alude el Artículo 49. En este estudio, los investigadores son los únicos responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Además de la ley anteriormente citada, el presente estudio cumplió con los requisitos plasmados en la Resolución N° 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y la investigación en seres humanos que se plantea en el título II.

- **Capítulo 1, De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos**

En esta investigación donde el ser humano es sujeto de estudio, prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar como lo dicta el artículo 5 de la presente investigación.

Según el artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos mínimos. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

El artículo 7 dicta, que se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo. Aunque la muestra del estudio se seleccionó por conveniencia, la asignación a los grupos es aleatoria.

El artículo 8 menciona que en las investigaciones con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

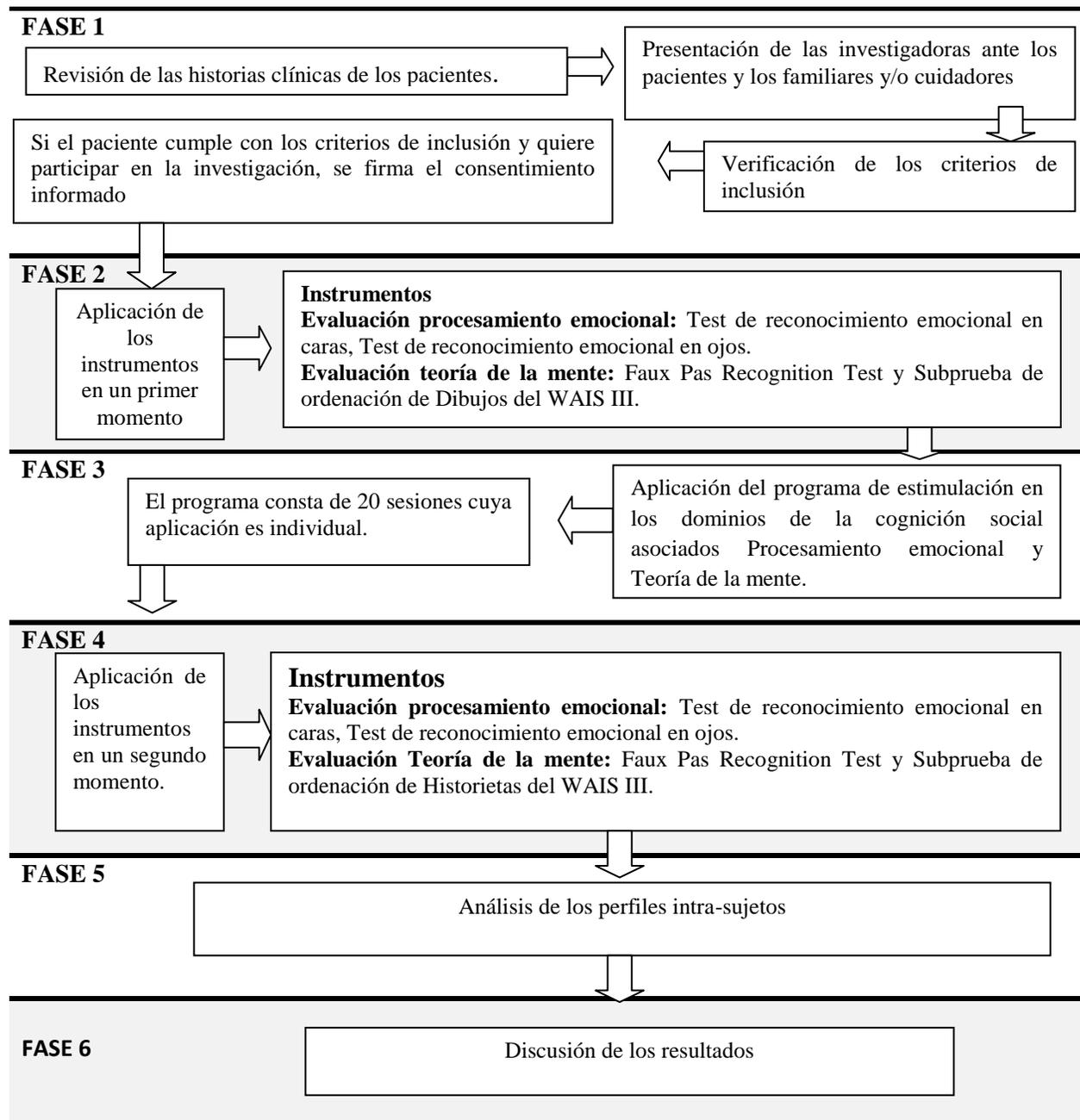
La clasificación de este estudio es de riesgo mínimo, ya que se emplea el registro de datos a través de pruebas de evaluación Cognitivas y el programa el programa de estimulación cognitiva. Según el artículo 12, los investigadores suspenderán la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Como dispone el artículo 14 de la presente resolución. **(Ver Apéndice A - Consentimiento informado)**

Flujograma de Actividades

Cuadro 6.

Actividades a desarrollar durante las fases de la investigación.



Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las pruebas utilizadas para evaluar los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente como el test de reconocimiento emocional en caras, el test de reconocimiento emocional en ojos, las historias de faux pas y la ordenación de dibujos, en la fase inicial y final de evaluación de cada uno de los 3 sujetos participantes, mediante un análisis clínico intra-sujetos de los resultados.

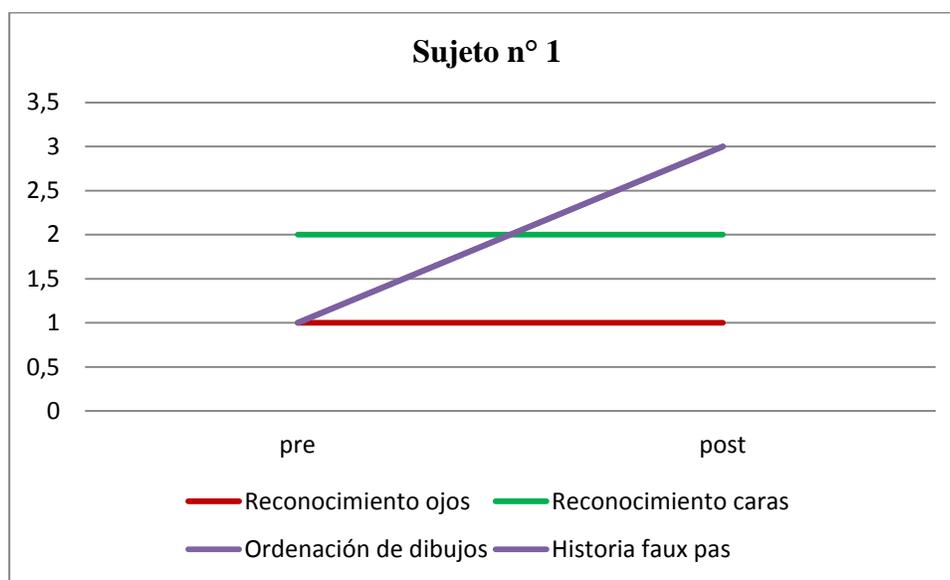


Figura 6. Perfiles pre y post de la evaluación de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto nº1.

Como se puede observar en la *figura 6*, en las dos pruebas utilizadas para evaluar teoría de la mente, el sujeto cambia de un perfil bajo (1) a uno normal (3), lo que indica que presenta habilidades básicas para identificar cuando alguien dice algo inapropiado pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, a través de una tarea Faux Pas y para

pensar en forma lógica y secuencial, interpretar las situaciones sociales, establecer relaciones causales o secuencias temporales, mediante una tarea de ordenación de secuencias sociales, así mismo, presenta escasa habilidad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial y dificultad y/o inhabilidad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada, evidenciándose un perfil medio (2) y bajo (1) respectivamente.

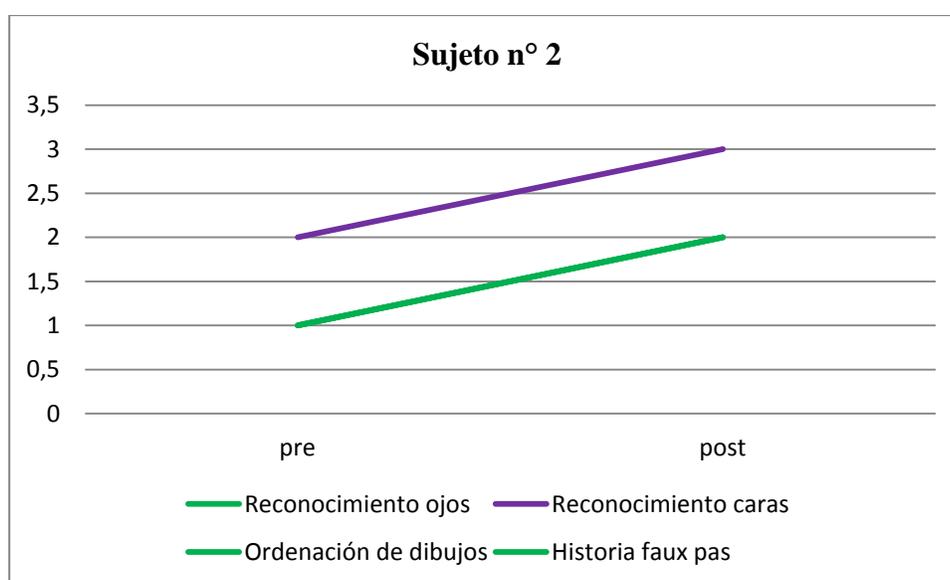


Figura 7. Perfiles pre y post de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto n°2.

En la *figura 7*, se observa que el sujeto presenta cambios de un perfil bajo (1) a medio (2) en el dominio de la cognición social asociado a teoría de la mente, lo que indica que presenta habilidades medidas para identificar los comentarios inapropiados que realizan las personas, pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, a través de una tarea Faux Pas, a pesar de haber cambiado de perfil aún presenta dificultad para pensar en forma lógica y secuencial, con moderada capacidad de interpretación de situaciones

sociales, mediante una tarea de ordenación de secuencias sociales. Con respecto al procesamiento emocional se observa que el sujeto pasa de tener una Dificultad y/o incapacidad (perfil bajo-3) a una habilidad medida (perfil medio-2) para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada.; además de que aumenta su habilidad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial, pasando de un nivel medio (2) a un perfil normal (3).

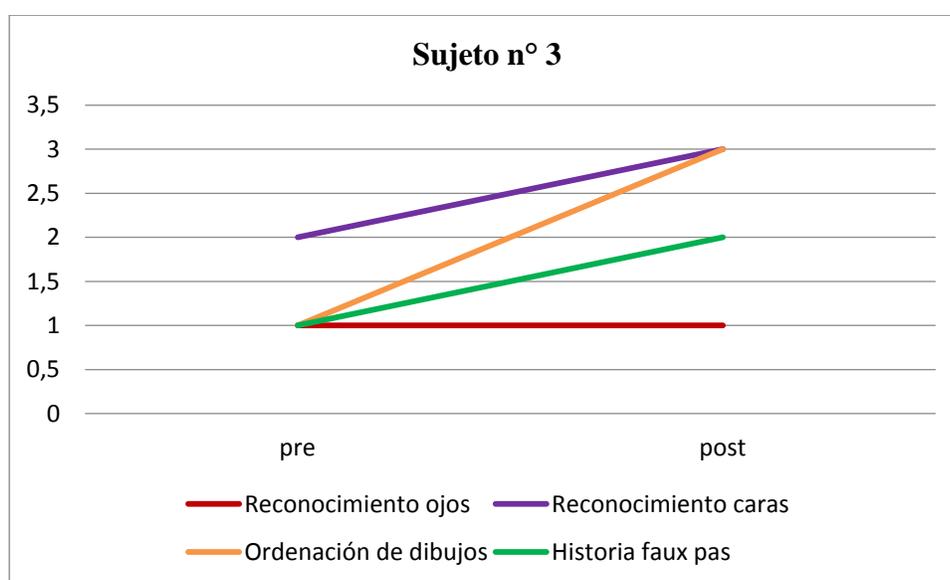


Figura 8. Perfil pre y post de los dominios de la cognición social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente del sujeto nº3.

De acuerdo a lo observado en la *figura 8*, se infiere que el sujeto presenta mejoras aunque no homogéneas en el perfil asociado a teoría de la mente, observándose la presencia de una habilidad básica (perfil normal-3) para pensar en forma lógica e interpretar de manera adecuada las situaciones sociales, mediante una tarea de ordenación de dibujos que contienen una secuencia de una situación social; por otra parte, presenta habilidad medida (perfil medio-2) para identificar una metedura de pata sin intención de

producir daño en los demás, a través de una tarea Faux Pas. Con respecto al dominio asociado a procesamiento emocional, se observa que el sujeto pasa de un perfil medio (2) a uno normal (3), en la prueba de reconocimiento de caras, permitiendo que el sujeto destaque habilidades básicas para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión facial; mientras que en la prueba relacionada con reconocimiento de ojos, el sujeto obtiene resultados similares en ambos momentos de la evaluación, lo que no le permite un cambio de nivel.

Discusión

Considerando que la esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que tiene implicaciones en el individuo tanto laboral como socialmente, se hace relevante y necesario su estudio, así como la creación e implementación de planes de intervención para disminuir los déficits, tanto cognitivos como sociales. De esta manera surge la iniciativa de diseñar, aplicar y evaluar los efectos de un programa de estimulación sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva.

El estudio contó con la participación de 3 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, todos pertenecían al género masculino y presentaron características similares en cuanto al nivel de formación académica.

En un primer momento, y antes de implementar el programada de intervención, se realizó una evaluación de los dominios de la cognición social, donde se evidenció que en el PE, los sujetos presentan dificultad para identificar y expresar la emoción básica de miedo; al momento de solicitar a los tres sujetos que reconocieran o escenificaran esta emoción, existía cierta tendencia a representarla de manera muy similar a las características anatómicas de la sorpresa. Este resultado concuerda con la investigación realizada por Mandal, Padey & Prasad (1998), en la cual refieren que los pacientes con esquizofrenia presentan mayor dificultad para reconocer las emociones “negativas” como la ira o el miedo e interpretan en manera equivocada las expresiones neutrales. No es posible referir cual es la relación que existe entre las dos emociones (miedo-sorpresa), ya que no se

indagó sobre el significado que los pacientes otorgan a cada una de ellas, sin embargo, dos participantes manifestaron que la dificultad para identificar o expresar dicha emoción correspondía a la falta de estímulos provenientes de una situación real o a la capacidad de "no sentir ningún tipo de temor" ante cualquier evento que requiera la utilización de esta emoción.

Adicionalmente, los tres sujetos demostraron tener escasa habilidad para reconocer las emociones complejas en la región ocular, todos obtuvieron un perfil bajo en la ejecución de esta tarea, estos hallazgos se comparan a los encontrados por los investigadores Mui, Taylor y Deldin (2012) quienes descubrieron que la dirección de la mirada, la orientación de la cabeza y la emoción en la cara, mostraron ser factores influyentes en la percepción del contacto visual en la esquizofrenia, además que las anomalías en la percepción del contacto visual se asocian significativamente con los síntomas negativos, neurocognición más pobre e inteligencia emocional baja en este tipo de pacientes.

Considerando que la mirada es utilizada para abrir y cerrar canales de comunicación e indicar si estamos atendiendo y percibiendo las señales no verbales, la ausencia de un grado elevado de atención visual a menudo se toma como evidencia de conductas desadaptativas en la comunicación con los demás (Caballo, 2007), esto se observó en dos de los tres sujetos, que durante las sesiones de trabajo emplearon un contacto visual deficiente en las conversaciones y presentaron escasa habilidad para reconocer el estado emocional de las personas a través de la expresión facial, de lo cual se puede inferir que posiblemente realizan una "mala interpretación" de las señales y extraen conclusiones erróneas del contexto emocional y social de la persona con la que se

relacionan, lo cual puede conducir a un deterioro de la esfera social del paciente, repercutiendo en su red de apoyo y por consiguiente en su calidad de vida.

En cuanto al desempeño en la evaluación de la ToM, todos los sujetos obtuvieron perfil bajo en las tareas de faux pas y ordenación de dibujos, haciéndose evidente la dificultad para organizar e interpretar de manera lógica secuencias de situaciones sociales y atribuir pensamientos, deseos e intenciones a las demás personas, que se traduce en inhabilidad "para ponerse en el lugar del otro", o "para saber que piensan o que sienten las demás personas". Durante la aplicación del faux pas, en la pregunta "porque piensa que él/ella dijo algo que no debería decir o algo raro", dos sujetos atribuyeron emociones "negativas", mencionando que la persona lo hizo por envidia, venganza, o rencor, y cuando cometieron la "metedura de pata" eran conscientes de lo que estaban diciendo y tenían la "intención" de herir o lastimar al otro personaje de la historia. Así mismo, al momento inferir el estado emocional de la persona afectada por la metedura de pata, dos de los tres sujetos indicaron que la persona se sintió normal, no sintió nada, no le importó la noticia o se sintió despreocupada, lo cual expuso la escasa habilidad que tienen para inferir y/o atribuir estados emocionales presentes en situaciones sociales donde se requiere la empatía.

En concordancia con los hallazgos encontrados en la evaluación de ToM, autores como Frith & Corcaran (1996) han sugerido que los síntomas psicóticos observados en la esquizofrenia indican alteraciones en las habilidades de la ToM y le impiden tomar en cuenta los estados mentales del interlocutor. Los trastornos en la forma del pensamiento hacen que el paciente infiera en forma falsa que su interlocutor comparte con él un conocimiento común, "que sabe lo que el paciente sabe", además puede presentar

dificultades para experimentar su conducta como el resultado de sus propias intenciones y puede, entonces, interpretar que sus acciones son controladas por otros. (Masa, 2012).

Autores como Rancone et al., (2004) sugieren que los déficits en la ToM son estables y están presentes en sujetos con esquizofrenia, independientemente de patrones de síntomas y otros aspectos clínicos de la enfermedad; mientras que autores como Brüne (2003) destacan que en las personas con esquizofrenia el deterioro en ToM siga un orden inverso al proceso de adquisición: primero, se deteriora la capacidad de la persona para comprender las *faux pas* y la ironía y luego las habilidades para comprender la creencia falsa de primer orden y la metáfora.

Sin embargo, mediante la aplicación de ejercicios en el plan de intervención, se observó que existen alteraciones en la manera como los tres sujetos comprenden la ironía, los chistes, las falsas creencias de primer y segundo orden y la capacidad para atribuir e identificar deseos, intenciones emociones en los demás personas en diferentes situaciones sociales complejas. Los aspectos anteriormente mencionados han sido objeto de estudio de Tirapu, Pérez, Erekatxo & Pelegrin (2007) los cuales utilizaron instrumentos como el *faux pas*, las historias extrañas de Happé, el test de reconocimiento emocional, entre otros, encontrando que los pacientes con esquizofrenia presentan dificultades en todos los componentes de la ToM, ya que existen varios niveles de complejidad dentro del mismo concepto.

Posterior a la aplicación del plan de estimulación, se comparó los perfiles de los sujetos mediante un análisis intra-sujetos, con el objetivo de averiguar si el programa de estimulación había producido cambios en los perfiles en la segunda evaluación con respecto a la primera.

En función de los resultados obtenidos se encontró que en la evaluación del sujeto n° 1, se presentó un cambio de perfil a partir de los resultados pre con respecto a los post, en el dominio de la cognición social asociado a la teoría de la mente ya que el desempeño en ambas pruebas que evalúan dicho dominio pasó de un perfil bajo a un perfil normal; caso contrario sucedió con las pruebas de procesamiento emocional que no aumentaron ni disminuyeron después de la aplicación del plan de intervención.

En la evaluación pre-post del Sujeto n° 2, se observó un cambio de perfil en todas las pruebas utilizadas, sin embargo cabe aclarar que estos cambios aunque no son tan relevantes, si contribuyen en la mejora de la cognición social. De la misma forma, el sujeto 3, obtuvo cambio de perfil en tres de las cuatro pruebas utilizadas en la evaluación, con un notable aumento en la pruebas de Teoría de la mente, (Faux pas, ordenación de dibujos) mientras que en las pruebas de procesamiento emocional (reconocimiento de ojos, reconocimiento de caras) solo logró subir de perfil una prueba y la otra se mantuvo igual que en la evaluación pre.

A nivel general se puede observar que en los tres sujetos, las pruebas utilizadas para evaluar ToM, cambiaron de perfil ubicándose en un nivel bajo o normal, lo que implica que mejoraron su capacidad para reconocer e identificar cuando alguien dice algo inapropiado pero sin la intención de herir o lastimar a los demás, además de su habilidad para pensar en forma lógica e interpretar las situaciones sociales de la vida cotidiana. En cuanto a las pruebas relacionadas con el procesamiento emocional en algunos sujetos se observó que se mantuvo el perfil de bajo o medio después de la aplicación del plan de intervención, esto indica que aun se presenta dificultad para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de su mirada y/o a través de la expresión facial.

Se puede inferir que el programa tiene efecto positivo en la estimulación de la teoría de la mente, mientras que los efectos en el procesamiento emocional resultan ser menos prometedores; sin embargo cabe resaltar que la herramienta generó cambios a nivel de la cognición social.

En concordancia con los resultados del presente estudio, se encontró que el programa de intervención Social Cognition and Interaction Training (SCIT) desarrollado por Penn, Roberts, Munt, Jones & Sheitman; (2009) y el Training of Affect Recognition (TAR) creado por Frommann, Streit, & Wolwer (2003), muestran resultados muy prometedores en la mejora de la Cognición social y habilidades sociales en la esquizofrenia. Esto incrementa la relevancia de realizar este tipo de investigaciones enfocadas en la evaluación de los efectos que generan las actividades que buscan de manera específica realizar una estimulación cognitiva en pacientes con déficit en la neurocognición y la cognición social.

De igual manera, los resultados son equiparables con los obtenidos por Habel et al., (2010) que indica que el tratamiento específico puede mejorar determinadas funciones emocionales en la esquizofrenia que ayudan a mejorar la capacidad del paciente para funcionar socialmente.

Aún así, no es posible comparar los efectos obtenidos del programa de estimulación del presente estudio con otras investigaciones, debido a que en la revisión de la literatura no se encontraron publicaciones sobre programas de estimulación en la cognición social que cumplieran con los parámetros que estable todo tipo de investigación. En su gran mayoría los programas encontrados son productos comerciales a los cuales se accede únicamente por medio de su compra.

Durante el desarrollo del proceso se presentaron varias limitaciones que pudieron afectar algunos resultados. La primera variable que posiblemente interfirió fue el estado de los procesos cognitivos en los pacientes. Al momento de iniciar la investigación se realizó una evaluación de los diferentes procesos cognitivos con el objetivo de realizar una caracterización de las habilidades con las cuales contaban los sujetos, además de otorgarle mayor validez al estudio.

Es importante resaltar que dos sujetos presentaron un bajo desempeño en las tareas de series sucesivas y detección de dígitos, donde obtuvieron puntuaciones que se clasifican en los perfiles de Leve-moderado y severo, que indica la presencia de dificultad y/o inhabilidad para enfocar y mantener la atención sostenida. Estos resultados son equiparables con autores como Shi, et al., (2002) que refieren que los pacientes con esquizofrenia presentaban un deterioro severo frente a la discriminación de estímulos diana de los estímulos no-objetivo en la prueba de ejecución continua, utilizada para evaluar el déficit de atención sostenida, en comparación con otros pacientes psiquiátricos.

En cuanto al proceso cognitivo de memoria que se encarga de conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal (Ostrosky, et al., 2003), dos sujetos obtuvieron puntuaciones que corresponden a los perfiles moderado y severo en la memoria a corto y largo plazo, lo que demuestra que puede existir alteraciones en la habilidad que tienen para registrar, conservar y recuperar la información de la huella de memoria. Y estas alteraciones pueden deberse a problemas en la codificación y la recuperación de los recuerdos; ya que los sujetos presentan fallas en el uso de señales que provienen del contexto y las habilidades para organizar la codificación y recuperación de la información almacenada. (Ginarte, Fernández & Aguilera., 2005).

En las habilidades cognoscitivas complejas los tres sujetos se ubicaron en un perfil cognoscitivo leve-moderado, presentado dificultad para solucionar problemas, secuenciar, planear y organizar acciones necesarias para entablar relaciones interpersonales y defenderse en el contexto social. Estos resultados son similares a los encontrados en una investigación reciente realizada por Lam, Raine, & Lee (2014), quienes sugieren que las alteraciones en la percepción o el funcionamiento ejecutivo empeoran la interpretación y la comprensión de los estados mentales o las intenciones de los demás. En otras palabras, los déficits en la organización, la identificación e interpretación de la información sensorial con el fin de representar y entender el medio ambiente, así como las habilidades de resolución de problemas afectan a la capacidad de detectar las señales sociales y paso en falso al interactuar con otras personas en la esquizofrenia.

De esta manera, se puede expresar que posiblemente las alteraciones o déficits en la atención selectiva, la memoria a corto y largo plazo, la comprensión y funciones ejecutivas obtenidas en el perfil cognitivo de cada uno de los sujetos, podría producir alteraciones en la cognición social. Lo han referenciado autores como Ruiz, García & fuentes (2006), quienes mencionan que la cognición social tiene un papel mediador entre la neurocognición y el funcionamiento social o comunitario del individuo, por lo tanto si la esquizofrenia puede verse como un desorden en la neurocognición es sensato conocer cuál es el papel de los déficits cognitivos en torno al tratamiento y logros que puedan alcanzarse.

Así mismo, Lam et al., (2014) sugieren que el deterioro neurocognitivo predispone a las personas con esquizofrenia a los déficits en la teoría de la mente, que a su vez aumenta la sintomatología, incluyendo los síntomas positivos y negativos de la

esquizofrenia. Siendo recomendable que para mejorar los resultados clínicos en el tratamiento terapéutico correspondiente a las personas con esquizofrenia, se utilice un enfoque terapéutico integrado con la combinación de la neurocognición y cognición social.

Otro posible factor que influyó en los resultados obtenidos en el estudio, se debe a las reacciones adversas del tratamiento farmacológico (RAM) utilizado para controlar los síntomas psicóticos de los pacientes. El sujeto n° 1, se encontraba consumiendo pipotiazina, (antipsicótico típico) uno de los medicamentos más usado en el tratamiento de este tipo de pacientes en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva y el que se encuentra implicado en la presencia de la mayoría de reacciones adversas, relacionadas principalmente con efectos extrapiramidales (Leiva, Laverde., 2012) y el síndrome neuroléptico maligno que se caracteriza por la presencia de apatía, desinterés, disminución de los movimientos espontáneos, impulsividad, agresividad, agitación y tensión afectiva; los pacientes tratados con estos medicamentos muestran clara disminución en su iniciativa y reactividad tornándose indiferentes ante los estímulos del ambiente (Isaza, Isaza, Fuentes, Marulanda.,2008); aunque otros autores refieren que este síndrome, puede ser causado también por los antipsicóticos de segunda generación como la Risperidona (Mosquera., 2013), que era utilizada para controlar los síntomas negativos de los sujeto n° 1 y n°3

También se utilizan antidepresivos para el tratamiento de la depresión y trastornos de ansiedad, como la Fluoxetina que era consumida por el sujeto n° 3, y tiene como RAM, ansiedad, nerviosismo, insomnio, agitación, astenia, temblor, acatacia, disfunción sexual, diarrea, náuseas y sudoración. (Isaza, et al., 2008).

Debido a los efectos extrapiramidales inducidos por los neurolépticos, se utilizaron fármacos para la corrección de los mismos como el Biperideno (Mosquera., 2013); este medicamento era consumido por los tres sujetos, mientras que los anticonvulsivos como el ácido valproico solamente lo consumía el sujeto n° 2.

Los medicamentos y las dosis varían según las necesidades y la sintomatología clínica de cada paciente. Cabe resaltar que no se observaron todas las RAM de los fármacos anteriormente mencionados, pero si se evidenciaron y/o reportaron por los familiares o los mismos pacientes algunas como; somnolencia, boca seca, insomnio, ansiedad, agitación, nerviosismo, efectos de sedación, desconcentración, impulsividad, agresividad y cefalea.

Las reacciones adversas identificadas en los pacientes, pueden provocar alteraciones a nivel cognitivo y del funcionamiento social, esta apreciación se equipara con la crítica al déficit cognitivo en la esquizofrenia realizada por Valverde (2011), quién manifiesta, estas alteraciones se pueden ocasionar por el efecto de los fármacos utilizados para tratar los síntomas; el autor menciona que no hay diferencia entre los efectos de los antipsicóticos típicos y atípicos, en cambio, ambos producen malestar con embotamiento emocional, inactividad intensa y torpeza cognitiva, que impacta en la manera significativa reduciendo las competencias del paciente.

Lo mencionado anteriormente muestra indicios de que el tratamiento farmacológico provoca RAM, que posiblemente pueden alterar la forma como se fija y se mantiene la atención y la concentración en tareas que requieren alta carga cognitiva.

Durante el desarrollo del estudio, dos de los tres sujetos tuvieron una recidiva que ocasionó un reintegro a la unidad de salud mental en hospitalización 24 horas por

aproximadamente un mes para cada sujeto, esto produjo un declive en el proceso ya que después del episodio psicótico, los pacientes manifestaron dificultades para concentrarse y las dosis elevadas de medicamentos producían fuertes efectos de sedación.

Adicionalmente, se observó que dos de los tres sujetos rechazaron la medicación porque no consideraban tener una enfermedad psiquiátrica, por las RAM, por prejuicios personales algunos con ideación paranoide y por el efecto de sentirse "curado" y no tener la necesidad de utilizar de nuevo los fármacos.

Estos aspectos son comparables con investigaciones de autores como Valencia, Saldívar, Rivera., (1997); Moreno, Jiménez, Godoy, Torres & Pérez., (2002) quienes manifiestan que la esquizofrenia es una de las enfermedades que mayor recidivas y costes genera; debido a la poca adherencia al tratamiento, ocasiona que los síntomas positivos como los delirios y las alucinaciones, retornen y produzcan una nueva crisis y mayores disfunciones a nivel psicosocial. Giner, et al., (2006) refiere que la poca adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia, se debe por lo general a dificultades relacionadas con los síntomas positivos y/o negativos, el deterioro que provoca la enfermedad, el seguimiento clínico, los efectos secundarios de los tratamientos, la necesidad de medicación diaria durante largos períodos de tiempo y el estigma de la enfermedad; aspectos que de igual forma se ven estrechamente relacionados con la conciencia de la enfermedad (Ruiz., 2008).

No es posible determinar con precisión cuáles de los factores limitantes influyeron de manera negativa en los resultados de las pruebas utilizadas para evaluar la cognición social, por lo cual se sugiere que en futuras investigaciones se debe realizar un control más estricto de las variables como los déficit en la neurocognición, los fármacos y las dosis, el

tamaño de la muestra o el número de sujetos, la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad, con el propósito de examinar si existe algún grado de correlación de estas variables con el desempeño de los pacientes al realizar actividades de estimulación en la cognición social.

Finalmente, cabe resaltar que el programa aportó algunos avances relacionados con los ejes de investigación, que pueden influir o tenerse en cuenta para posteriores investigaciones que incluyan las observaciones realizadas, considerando que hasta la fecha es muy poca la evidencia empírica que se tiene acerca de la estimulación de los dominios de la cognición social en pacientes con esquizofrenia.

Conclusiones

- Los resultados obtenidos en el análisis intra-sujeto de los dominios de la Cognición Social asociados a procesamiento emocional y teoría de la mente, evidencian que los tres sujetos participantes presentan un aumento de perfil en el dominio asociado a teoría de la mente, estos cambios resultan ser relevantes ya que pasan de un perfil bajo, a un perfil medio o alto en todos los casos, mientras que solamente un paciente obtuvo en su totalidad mejoras en el perfil asociado a procesamiento emocional, por lo que no se consideran relevantes su aumento en el perfil.
- Los sujetos participantes no generaron cambios relevantes en el dominio de la cognición social asociado a procesamiento emocional, debido a que los sujetos n°1 y n°3 se mantuvieron en el mismo perfil en la primera y en la última evaluación.
- Los resultados bajos obtenidos en la evaluación del dominio de la cognición social asociado a procesamiento emocional y teoría de la mente en el momento pretest evidencian que cada uno de los tres sujetos participantes, presentan dificultades para reconocer el estado emocional de una persona a través de la expresión de la mirada y la expresión facial, para hacer inferencias sobre los estados mentales relacionados con la intención, predicción, conocimientos y creencias de otros y de sí mismos, debido a la naturaleza de la enfermedad, ya que estos pacientes presentan relaciones interpersonales pobres y deterioro global del procesamiento psicosocial. Estas características se sustentan en el bajo desempeño de los participantes en las pruebas utilizadas en esta investigación; a pesar de que en la aplicación post todos sujetos obtienen una mejora en el desempeño de las tareas

relacionadas con el reconocimiento de metedura de patas y ordenación de secuencias lógicas.

- Los tres sujetos participantes presentan déficits en el perfil cognitivo general, relacionado con funciones ejecutivas, el sujeto n°1 y n°2 con memoria a corto plazo y el sujeto n° 2 y n°3 con atención selectiva, datos aportados por el desempeño en las pruebas y/o tareas utilizadas durante la investigación.
- Las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra y el diseño de la investigación, no permiten realizar una generalización de los datos para esta población en particular; aunque dentro de la investigación se trato al máximo de controlar las posibles variables intervinientes y de obtener una mayor validez interna, por medio de la evaluación de los procesos neuropsicológicos en la aplicación pretest.

Recomendaciones

- Se considera necesario, emplear estudios longitudinales o de caso único, para que haya un mayor control de variables, que permita mantener la estabilidad durante el plan de tratamiento y la eficacia del mismo, observando el avance o permanencia de los resultados a través del tiempo.
- Realizar una réplica del estudio, con una muestra más grande, fortaleciendo el tamaño de la muestra con el propósito de validar los resultados.
- De acuerdo a dificultades observadas durante el estudio, resulta de gran importancia contar con instrumentos de evaluación de la cognición validados en población Colombiana, lo cual proporcionaría herramientas útiles a nivel experimental y clínico, contribuyendo de paso en la solución de dificultades metodológicas y/o conceptuales que ayudan a una mejor comprensión del fenómeno de estudio.
- Es necesario que los programas de intervención vayan acompañados por un módulo de psicoeducación que permita generar conciencia de la enfermedad y mejor adherencia al tratamiento, ya que la mayoría no asumen con responsabilidad el consumo de los medicamentos, por lo que aumentan sus números de recaídas.
- Así mismo, es recomendable que los programas de intervención en la cognición social, estimulen de forma simultánea los procesos cognitivos como la atención, memoria y funciones ejecutivas ya que algunos modelos muestran que existe una fuerte influencia entre la neurocognición, la cognición social y el funcionamiento social, por lo tanto se deben mejorar los déficit a nivel cognitivo para obtener

resultados más representativos en los otros procesos en pacientes con esquizofrenia.

Referencias

- Alcaldía Municipal de Neiva, Secretaria Municipal de Neiva. (2012). *Perfil epidemiológico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo*. (Informe).
- Autism Research Centre. (23 de marzo de 2013). eyest test, face test y faux pas test. Recuperado de http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado de http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C & Robertson M (1997) Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V 38, 813–822. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x/abstract>
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y & Plumb I (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42(2); 241- 251
Recuperado de http://www.psychedout.org/uploads/2/7/9/7/27978279/baron-cohen_et_al_2001.pdf
- Barrera P, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44(3): 215-221. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007

- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/56/6/893/>
- Brothers, L. (1990). The neural basis of primate social communication. *Springer Link*, 14, 81-91. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00991637>
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 133(2)(3), 135-147. Recuperado de: <http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781%2804%2900268-9/abstract>
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales* (Séptima ed.). España: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Cavieres, Á., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Chilena de neuropsiquiatria*, 43(2): 97-108. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000200003
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2012). *Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá: Offsetgraf impresores S.A.S.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (2001). Social cognition and schizophrenia. *American Psychological Association*, 27, 353. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-01075-000/>
- De Achaval, D. (2010). *Evaluación de la Cognición Social en Pacientes con Esquizofrenia y sus familiares de primer grado no afectados*. (Tesis de grado). Recuperado de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/323_Tesina_Achaval.pdf.

- Fernández, O. V., & Griraldez, S. L. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Redalyc*, 13(3), 345-364. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=72713302>
- F.J McGuigan. (1977). *Psicología experimental enfoque metodológico* (Sexta reimpresión. México. Trillas.
- Fuentes, I., Ruiz, J. C., García, S., & Soler, M. J. (2008). Aproximaciones a la evaluación de la cognición social en la esquizofrenia. *Rehabilitación social*, 5(1), 23-50. http://www.fearp.org/nueva_web/revista/publicados/5/2530.pdf
- Frommann, N., Streit, M., & Wolwer, W. (2003) Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia; A new training program. *Psychiatry Research*. 117(3): 281-284. Recuperado de: <http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781%2803%2900039-8/abstract>
- García Nieto, R., De la Torre Brasas, F., Cantero Fernández, B. & Gómez Terrados, J. A. (2004). Aplicación de la terapia psicológica integrada a pacientes psicóticos crónicos en un Centro de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91) 81-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659006>
- Ginarte Arias, Y., Rivero Fernández, T., & Aguilera Reyes, M. L. (2005). Evaluación neuropsicológica en pacientes esquizofrénicos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 2(3). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0305/hph031405.htm>.
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodríguez, A., Burón, J. A., Rodríguez Morales, A., & Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas españolas de psiquiatría*, 34(6):386-392. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia_terapeutica.pdf

Gómez, R. A. (2005). Elementos para una Psicobiología. 2da edición. Argentina: Editorial brujas.

Recuperado de:

<http://books.google.com.co/books?id=kdFeNvJrYPQC&pg=PA83&lpg=PA83&dq=Emil+Kraepelin+%2818561926%29+concepto+esquizofrenia&source=bl&ots=NncTxwQdgv&sig=vSenj9VSinB1y41BorXvQ3cTnT4&hl=es&sa=X&ei=VLLNU7qRBefesASI7YH4Bw&ved=0CDoQ6AEwBA#v=onepage&q=Emil%20Kra>

Gotier B, J. (2004). Memoria de Trabajo y Envejecimiento. *Psicología de la Universidad de Chile*,

13(2): 111-124. Recuperado de:

<http://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17804/18572>

Green, Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein., S. (2005). Social Cognition in

Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to

Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*,

31(4):882-884. Recuperado de:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/31/4/882.short>

Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social Cognition in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*,

34 (4) 670-672. Recuperado de:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/4/670.short>

Gregory, C., Lough, S., Stone, V., Erzinclioglu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S., y otros. (2001).

Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's

disease: theoretical and practical implications. *Oxford Journals Medicine & Health Brain* ,

125(4), 752-764. Recuperado de: <http://brain.oxfordjournals.org/content/125/4/752.short>

Guinea Hidalgo, A., Tirapu Ustárroz, J., & Pollán Rufo, M. (2007). *Teoría de la mente en la*

esquizofrenia. Barcelona: 33(148). Recuperado de:

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5844/Teoria_de_la_mente_en_la_esquizofrenia.pdf?sequence=2.

- Habel, U., Koch, K., Kellerman, T., Reske, M., Frommann, N., Wolwer, W., Shebeider, F. (2010). Training of affect recognition in schizophrenia: Neurobiological correlates. *Social Neuroscience*, 5(1): 92-104. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17470910903170269#.VABGZmNvDgw>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A.
- Ibarra, H. S. (2012). *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM V*. Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Isaza, C. A., Isaza, G., Fuentes, J., & Marulanda, T. (2008). *Fundamentos de la farmacología en terapéutica* (Quinta edición ed.). Postergraph S.A.
- Jaramillo, P., Fuentes, I., & Ruíz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society, & Education*, 1(1): 13-24. Recuperado de: <http://www.psyse.org/articulos/Jaramillo%20et%20al.pdf>
- Jaramillo, P., Ruiz, J. C., & Fuentes, I. (2011). Relaciones entre neurocognición, procesamiento emocional y funcionamiento social en la esquizofrenia. *Psychology, Society, & Education*, 3(2): 99-112. Recuperado de: <http://psyse.org/articulos/vista%20jaramillo%2022dic.pdf>
- Lam, B. H., Raine, A., & Lee, T. C. (2014). The relationship between neurocognition and symptomatology in people with schizophrenia: social cognition as the mediator. *BMC Psychiatry*, 14:138. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/138>
- Leal Soto, F., Espinosa Cortés, C., Vega Terrazas, J. & Vega Terrazas, S. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Salud Uninorte*, 28(2): 218-226. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957005>

Leiva, L. M., & Laverde, L. A. (2012). Reacciones adversas asociadas al uso de antipsicóticos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva. *Facultad de Salud*, 4(2)25-35. Recuperado de: https://4098133a-a-a10059cb-sites.googlegroups.com/a/delaespriella.org/mdelae/home/noticias/evaluadorinvidadoenlarevistafacultaddesalud/reacciones%20adversas%20asociadas%20al%20uso%20de%20antipsic%C3%93ticos%20en%20la%20unidad%20de%20salud%20mental%20del%20hospital%20universitario%20de%20neiva.pdf?attachauth=ano7cr4bkbcd7p43tg_9xpdq3mqtimmidjhh288nwxnttekee_oup5xd6xzksg2ps_funrxfnjaswbe-dmdqi47rpk-zxgf5kdymbehlckb5kjsute-nfzn1ksg15rfdm3z8cvcsk_anaq8ridcm-htfillu9llkpnlpevepty11zat7hsjxnh-vuc3scygplhcrf0zupdaxcddpuwn02-hwfg_oob4gbaa0dvrnih3tido0pppgymn6jfg13mhkkeytcisiblmi20trkrjzmz24urntka9dzkdybwzgw3kz7-dtxvgnuzzm0ycsijvcybdwnz3ocpf48fj2qhdbwrfgygyly5cvyeym8bkqn-15uhcr2ws0ndtiigdjk10hk_gwh7z_t993wqrf9hf8llus_cnit0xzdsne09p4bx9iefex0yzzgwzpfph2dp2bzfv3nri&attredirects=0

Ley de Salud Mental de 2013. (s.f.). *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Disposiciones Generales. Artículo 3.: http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2013/Ley_1616_2013.pdf

Lozano C., L. M. & Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1): 87-94. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91020345013>

Mandal, M. K., Pandey, R., & Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 399-412. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/szb/24/3/399/>

- Masa Moreno, S. (2012). *Esquizofrenia y Teoría de la mente (Tesis doctoral)*. Universidad de Extremadura, Psicología y Antropología, España. Recuperado de: <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/315>
- Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncote, R. y Casacchia, M. (2001) Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Journals*,47 (2)(3): 299-308. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996400001572?np=y>
- Mihai, M., Marinescu, I., & Mihail, P. (2013). Cognitive impairment in Schizophrenia. *Romanian Journal of Psychopharmacology* , 13: 252-262. Recuperado de: <http://proecta.eu/site/wp-content/uploads/2014/01/Vol.13-Nr.4.pdf#page=58>
- Mohamed, S., Paulsen, J. S., Oleary, D., Arndt, S., & Andreasen, N. (1999). Generalized Cognitive Deficits in SchizophreniaA Study of First-Episode Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 56(8): 749-754. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?>
- Moragriega Górriz, A. (2010). Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial. *Información Psicológica* (98), Obtenido de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/157/123>
- Moreno Küstner, B., Jiménez Estévez, J. F., Godoy García, J. F., Torres González, F., & Pérez Costilla, L. (2002). Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia. *Actas españolas de Psiquiatría*, 30 (5): 279-286. Recuperado de: <https://medes.com/publication/6537>
- Mosquera Villareal, O. (2013). Manual de psicofarmacología. Editorial: Grafiplast del huila. Neiva. Primera edición.

- Navarro Bayón, D. & Carrasco Ramírez, O. (2009). Relación entre Síntomas Psicóticos, Estados Emocionales Negativos y Años de Evolución en Personas con Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2): 197-204. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879008>
- OMS. (2004). *Prevención de los trastornos mentales*. Recuperado el 28 de Marzo de 2013, de World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- OMS. (2004). *World Health Organization. Mental Disorders. Schizophrenia*. Recuperado el 29 de Marzo de 2013, de http://www.who.int/mental_health/resources/schizophrenia/en/index.html
- Orellana V, G., Slachevsky Ch, A., & Silva, J. R. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal . *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44 (1): 39-47. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272006000100005&script=sci_arttext&tlng=e
- Ostrom, I. B. (Noviembre de 12 de 2010). *Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión al concepto*. Recuperado de: <http://www.archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=48&path%5B%5D=49>
- Ostrosky Solís' F.,' Gómez,' M.E.,' Matute,' E.,' Rosselli,' M.,' Ardila,' A.' &' Pineda,' D.(2003).'*Neuropsi' Atención' y' Memoria' 6' a' 85' años.*' México:'American'Book'Store.

- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. 1. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1): 71-83. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_02.pdf
- Penadés, R., Boget, T., Salamero, M., Catarineu, S., & Bernardo, M. (1999). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(3): 198-208. Recuperado de: http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2000/08/111080000590069.pdf
- Penn, D. L., y Combs, D. (2000) Modification of affect perception deficits in schizophrenia. *Pubmed*, 46 (2-3): 217-29. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Modification+of+affect+perception+deficits+in+schizophrenia>
- Peen, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia bulletin*, 34(3): 408-411. Recuperado de: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/3/408.short>.
- Prog. de salud y seguridad social. (2008). *Programa de salud y seguridad social de la defensoria del pueblo*. Recuperado de: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2008.pdf
- Reboreda, A., Gómez, G. J., Lemos, S., Esteban, E., Oncins, J., & Pereyra, L. (2011). Programa de entrenamiento emocional en pacientes con esquizofrenia. 8(1-2): 8-14. Recuperado de: <http://www.fearp.org/revista/publicados/8/814.pdf>
- Ricardo, B. (1997). *Vigostky y el aprendizaje escolar*. Argentina: Aique Grupo Editor S.A.

- Roberts DL, Penn DL. Social 2009; Cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Journals*, 166(2-3): 141–147. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178108000565>
- Rodríguez Soza, J. T., & Touriño González, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Archivos de Psiquiatría*, 73:9. Recuperado de: [http://www.archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewFile&path\[\]=48&path\[\]=49](http://www.archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewFile&path[]=48&path[]=49).
- Rodríguez Sosa, J. T., Gil Santiago, H., Trujillo Cubas, A., Winter Navarro, M., León Pérez, P., Guerra Cazorla, L. M., & Martín Jiménez, J. M. (2012). Cognición social en pacientes con esquizofrenia, familiares de primer grado y controles sanos. Comparación entre grupos y análisis de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, xxx(xx): xxx-xxx. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/eop/S1888-9891%2812%2900208-X.pdf>
- Roncione, R., Mazza, M., Frangou, I., De Risio, A., Ussorio, D., Tozzini, C., & Casacchia, M. (2003). Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 14(4): 421-435. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010343000291#.VABSqGNvDgw>
- Ruiz Ruiz, J. C., García Ferrer, S., & Fuentes Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3): 137-155. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/74/76>.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., & Garcia Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de la evaluación de la no conciencia de trastorno mental (SUMD).

- Actas españolas de psiquiatría*, 36(2): 111-119. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-111-119-132431.pdf>
- Sánchez de las Matas Martín, M. D. (2014). Teoría de la mente y esquizofrenia: aspectos conceptuales y evolutivos. *InterSedes*, 15(30). Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-24582014000100009&script=sci_arttext
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vásquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Journal*, 14(3): 249-280. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-12173-001>.
- Shi, K. L., Chia Hui, C., Ching Jui, C., Tzung Jeng, H., Hai Gwo, H., & Wei, J. C. (2002). Deficits in Sustained Attention in Schizophrenia and Affective Disorders: Stable Versus State-Dependent Markers. *Am J Psychiatry*, 1(59): 975-982. Recuperado de: <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3737/975.pdf>
- Schmidt, S. J., Mueller, D. R., & Roder, V. (2011). Social Cognition as a Mediator Variable Between Neurocognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling. *Pubmed*, 37(2): 41-54. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160114/>
- Sokolov, E.N. (1970). Mecanismos de la memoria. Moscú: Editorial Universidad Estatal de Moscú.
- Tafur, J. E. (2011). *Estimulación Cognitiva*.
- Tandon, R. (2013). Getting ready for DSM-5: Psychotic disorders. [Modest changes intend to improve the clinical utility of psychotic disorder diagnoses. *Current psychiatry*. Recuperado de http://currentpsychiatry.com/pdf/1104/1104cp_commentary.pdf

- Téllez Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 17. Recuperado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles.psiquiatriaunimagdalena.webnode.es%2F200000007-7687d76e24%2FTEORIA%2520MENTE%2520EVOLUCION%2520tellez.pdf&ei=idXNU-CrFZHesATgioIY&usg=AFQ>
- Tirapu Ustároz, J., Pérez Sayes, G., Erekatxo Bilbao, M., & Pelegrín Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente?. *Revista de Neurología*, 44 (8): 479-489. Recuperado de: http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/fpelaez/Documentos%20de%20Etologia/Tirapu-Ustarroz%20et%20al_07.pdf
- Tso, I. F., Mui, M. L., Taylor, S. F., & Deldin, P. J. (2012). Eye-contact perception in schizophrenia: Relationship with symptoms and socioemotional functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 616-627. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/abn/121/3/616/>
- Valencia, M., Saldívar, G., & Rivera, E. (1997). Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental*, 20(2): 28-37. Disponible en: <http://inprf.bi-digital.com:8080/handle/123456789/1723>
- Valverde, M. (2012). Una crítica al déficit cognitivo en la esquizofrenia. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115): 521-545. Recuperado de: <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16532>
- Vásquez, C., Nito Moreno, M., Cerviño, M. J., & Fuentenebro, F. (2006). Efectos del incremento de la demanda cognitiva en tareas de atención sostenida en los trastornos esquizofrénicos y

la esquizotipia. *Psicothema*, 18(2). Recuperado de:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8496/8360>.

Vigotsky, L.S. (1978): *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press. (1979): *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

World Health Organization. (2014). *International Clasification Of Diseases (Décima-2008 versión ed.)*. (WHO, Ed.)

Apéndice

Apéndice A**Universidad Surcolombiana****Facultad de Ciencias Sociales y Humanas****Programa de Psicología****Consentimiento Informado**

FECHA _____ N° Registro _____

Yo, _____ identificado con

Cédula de Ciudadanía N°. _____ de _____,

declaro que tengo total y claro conocimiento acerca de los siguientes aspectos.

- Que he sido informado (a) acerca del estudio de investigación titulado Cognición social en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, realizado en la universidad Surcolombiana a través de las investigadoras María Alejandra Bermeo y María Teresa Vanegas, estudiantes del programa de Psicología, para optar por el título de psicólogas.
- Que he sido notificado (a) con claridad y comprendo que los resultados que se deriven de esta investigación NO tienen valor legal, ni recibiré algún beneficio de tipo económico por mi participación; estos resultados únicamente contribuirán a enriquecer el conocimiento acerca del funcionamiento de los procesos asociados a la cognición social en la esquizofrenia con el fin de promover el desarrollo de nuevas herramientas de intervención.
- Que estoy enterado del compromiso adquirido por las investigadoras, para proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar mi voluntad para continuar participando.
- Que soy consciente de mi derecho de realizar cualquier pregunta relacionada con los procedimientos que se llevaran a cabo y de retirar mi participación en cualquier momento que lo estime conveniente sin ninguna repercusión personal.

Por lo tanto, acepto voluntariamente la participación en esta investigación, aportando los datos que sean necesarios para la misma, los cuales he sido informado y que No representan ningún riesgo para mi integridad tanto física como psicológica; además dicha

información hará parte de la confidencialidad profesional; por lo tanto se tratará con respeto de acuerdo a su dignidad humana y NO será utilizada para otros fines diferentes a los objetivos planteados en esta investigación. Los datos personales NO aparecerán publicados en ningún medio de distribución de los conocimientos que de esta investigación se deriven.

Firma: _____ C.C _____

Firma Testigo: _____ C.C _____

Firma Investigador: _____ C.C _____

Apéndice B.

Evaluación del programa por jueces expertos

Programa de Psicología

Universidad Surcolombiana

Formato de calificación de protocolo de estimulación

Datos de identificación del juez:

Nombres y Apellidos	María Rocío Acosta Barreto
Formación Académica	Mg Neuropsicología. PhD© Psicología
Áreas de experiencia profesional	Neuropsicología Daño Cerebral Funciones Ejecutivas
Tiempo de experiencia profesional (años)	14 años
cargo actual	Docente
institución	Universidad de San Buenaventura Bogotá

Resumen del protocolo de estimulación

El presente trabajo de investigación titulado “Efectos de un programa de estimulación, sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental de la ciudad de Neiva”, tendrá lugar en las instalaciones de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, tiene como población a 8 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, utiliza una

metodología de simple ciego, donde 6 pacientes hacen parte del grupo comparación, con los que se realizan actividades relacionadas con adherencia al tratamiento y los otros 6 al grupo experimental, a los que se les aplicará el protocolo de estimulación sobre los dominios de cognición social, asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente; utiliza un modelo ecológico y es realizado por María Teresa Vanegas Torres y María Alejandra Bermeo Losada, estudiantes de noveno semestre de Psicología de la Universidad Surcolombiana, como requisito para adquirir el título de psicólogas.

Se adjunta el anteproyecto de la investigación, con el fin de brindar mayor claridad sobre el tema y la metodología expuestos anteriormente.

Instrucciones para los jueces:

Por favor lea cada una de las actividades que se encuentran adjuntas al presente formato y califique de acuerdo a los criterios que se especifican a continuación cada una de las siguientes categorías:

- Suficiencia
- Claridad
- Coherencia
- Relevancia

Para ayudarlo a contextualizarse con la naturaleza y objeto del protocolo de estimulación, se adjunta el anteproyecto del trabajo de investigación “Efectos de un programa de estimulación, sobre los dominios de la cognición social asociados al procesamiento emocional y teoría de la mente, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de la unidad de salud mental de la ciudad de Neiva” donde podrá encontrar

información complementaria que le permitirá obtener un conocimiento más amplio en cuanto a la estructura del protocolo de estimulación.

Una vez finalizado el proceso de calificación de las actividades, se requiere que emita su juicio general respecto a las características evaluadas, incluyendo las observaciones y sugerencias para la reestructuración de las mismas y con ello el mejoramiento de las sesiones del protocolo de estimulación.

A continuación se le presentará una tabla que le permitirá conocer con detalle los criterios de calificación de las actividades:

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA: Las actividades que pertenecen a una misma dimensión bastan para estimular la función.	1. No cumple con el criterio.	Las actividades no son suficientes para estimular la dimensión.
	2. Bajo nivel.	Las actividades estimulan algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel.	Se deben incrementar algunas actividades para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel.	Las actividades son suficientes.
CLARIDAD: La actividad se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio.	La actividad no es clara.
	2. Bajo nivel.	La actividad requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la actividad.
	4. Alto nivel.	La actividad es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA:	1. No cumple con	La actividad no tiene relación lógica con la

La actividad tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está estimulando.	el criterio.	dimensión.
	2. Bajo nivel.	La actividad tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel.	La actividad tiene una relación moderada con la dimensión que está estimulando.
	4. Alto nivel.	La actividad se encuentra completamente relacionada con la dimensión que está estimulando.
RELEVANCIA: La actividad es esencial o importante, es decir debe ser incluida.	1. No cumple con el criterio.	La actividad puede ser eliminada sin que se vea afectada la estimulación de la dimensión.
	2. Bajo nivel.	La actividad tiene alguna relevancia, pero otra actividad puede estar incluyendo lo que estimula esta.
	3. Moderado nivel.	La actividad es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	La actividad es muy relevante y debe ser incluida.

De acuerdo con los anteriores indicadores califique cada uno de las actividades según corresponda.

<i>Dimensi ones</i>	<i>Sesión</i>	<i>Actividad</i>	<i>Suficiencia</i>	<i>Claridad</i>	<i>Coherencia</i>	<i>Relevancia</i>	<i>Observaciones</i>
<i>Procesa miento emocion al</i>	<i>1</i>	Emoción con emoción	2	2	1	3	<p>Las imágenes seleccionadas no cumplen criterios internacionales para la selección de imágenes en procesos de investigación, tampoco se evidencia que las autoras hayan establecido unos criterios claros por cada emoción y por ello varias son confusas, otras muy saturadas y otras muy evidentes. Sugiero que revisen la de la IAPS (International Affective Picture System). El Dr. Carlos Gantiva hizo un estudio con el que validó un número importante de ellas para Colombia.</p> <p>Encuentro particularmente inconsistencias en las siguientes imágenes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagen 4 de tristeza porque hay un estímulo numérico distractor sobre el rostro 2. Imagen 7 de tristeza porque la expresión es confusa

							<p>3. Imágenes 3 y 6 de sorpresa porque tienen un distractor sobre el área de la boca</p> <p>4. Imagen 7 de sorpresa porque la expresión es confusa</p> <p>5. Imagen 4 de enojo resalta sobre todas las demás y confunde con agresión (diferente de enojo)</p> <p>6. Imagen 7 de enojo es confusa.</p> <p>7. Todas las imágenes de asco son confusas</p> <p>8. Las imágenes 3 y 8 de miedo son confusas, pero en general se apoyan de otros elementos de lenguaje corporal que llevan a predecir sin necesidad de tener en cuenta la expresión facial</p> <p>Revisar porque Las imágenes no deben alterar la salud mental de los pacientes.</p>
2	¿Quién está al otro lado de la	2	2	2	2	2	<p>La mayoría de los sonidos podrían afectar la salud mental de estos pacientes, teniendo en cuenta su antecedente psiquiátrico. Sugiero reformularla.</p>

		radio?					
	3	Emociones en vivo	4	3	4	4	Recomiendo revisar la redacción de las instrucciones que se darán a los pacientes.
	4	Representación y feedback de emociones frente a una cámara	3	4	3	4	Esta actividad requiere que la retroalimentación que se le brinde al paciente no sea correctiva en los errores, sino más evaluativa y/o de sugerencias.
	5	Lo que está sucediendo	3	4	4	4	Tener cuidado con el tipo de retroalimentación que pueden darle a los pacientes si no logran organizar adecuadamente la historia
	6	Encuentra la pareja	4	4	4	4	Al igual que en la anterior es importante hacer adecuada retroalimentación frente a los errores de los pacientes. Esto

							se debe protocolizar.
	7	¿Cómo me veo?	3	2	2	2	El participante debe ajustarse únicamente a lo propuesto por el terapeuta, el hecho de no crearlo como lo desean ustedes, no indica que haya un problema en autopercepción. Se debe replantear y complementar, para que sea efectivo el uso del AVATAR.
	8	Interactuando con mi AVATAR	3	4	4	4	El éxito de esta sesión depende de las modificaciones que se realicen en la sesión 7. Adicionalmente es importante hacer un análisis de la retroalimentación que está haciendo el participante. Hasta el momento el rol de retroalimentación está centrado solo en ustedes los terapeutas.
	9	Imagina lo que piensan o sienten	3	3	3	3	Imagen 5 De “lo que las personas piensan” pierde toda neutralidad de las demás, pudiendo con ello generar respuestas o reacciones negativas en el participante, dados sus antecedentes psiquiátricos. Sugiero cambiarla. La sesión por una parte no muestra una secuencia con lo que

<i>Teoría de la mente</i>		los demás					se venía trabajando en las sesiones anteriores.Cuál es el criterio para que las personas pasen a ésta sesión si no hay los efectos esperados en las anteriores?
	<i>10</i>	Contenido Inesperado.	4	4	4	4	Sugiero no sacar a ninguno de los participantes para realizar la segunda parte del ejercicio 1. Evitar al máximo cualquier tipo de percepción de exclusión o discriminación en los participantes del taller.
	<i>11</i>	Trágame tierra	3	2	3	3	El contenido de la sesión es interesante y pertinente, pero por una parte deben cambiarle el título a la sesión (es completamente inadecuado y más para trabajar con pacientes psiquiátricos). Adicionalmente, deben guiar a los participantes, no generar un ambiente impositivo. Hay que explicar de manera muy simple qué es “metedura de pata”. Hacer actividades entre ellos mismos al respecto que incluya entre todos resolver las tareas que ustedes asignen.
		Los demás					Se sugiere cambiar el título de la sesión. Los mecanismos de retroalimentación de las actividades

	12	también se equivocan	3	3	3	3	siguen siendo impositivos. Solo ustedes tienen la razón. Falta flexibilidad.
	13	Humor Gráfico	2	1	2	3	La idea es buena, pero el tipo de chistes que colocan no son apropiados. El sentido del humor debe ser manejado de forma más evidente y sin llevar a ridiculizar. Esta sesión si se adecúa, debe ir más adelante.
	14	Absurdos	4	4	4	4	Esta es una buena sesión. Sugiero que reemplace a la sesión anterior.
	15	Verdades y Mentiras	4	4	4	4	Es también una buena sesión. Revisar los criterios de retroalimentación para cada participante. Dejar solo algunas, la idea no es saturar a los participantes.
	16	Situacion es complejas	3	2	3	3	Los videos deben ser más cortos y evitar situaciones cuyo contenido sea agresivo o que lleve a implicarlo emocionalmente, ya que secundario pueda favorecer recaídas.
		El					Esta sesión no encaja. Debiese ir como sesión 9, si buscan

<i>Procesamiento emocional y teoría de la mente</i>	17	rompecabezas	4	2	2	4	<p>mayor coherencia entre las sesiones.</p> <p>Las fotografías deben seguir los criterios internacionales para su selección. De lo contrario mejor hagan caricaturas.</p>
	18	Presentación de mi "Bitstrips"	2	2	2	2	No se entiende cuáles son las situaciones que tendrán en cuenta. El cumplimiento del objetivo no se identifica en ningún momento.
	19	Escuchando una historia	3	2	3	3	No encuentro la secuencia para que se de esta sesión acá. No hay claridad en las preguntas que ustedes van a hacer ni tampoco en lo que los participantes deben alcanzar.
	20	Lo que dice el video	1	1	1	1	Para cerrar 20 sesiones de intervención es la mejor actividad? El objetivo indagar permite dar cuenta del trabajo realizado hasta esta sesión? No hay claridad.

Me permito recomendarles darle mayor correspondencia a las sesiones, implicándole al participante ir empleando lo trabajado en sesiones anteriores, retomar parcialmente actividades en sesiones más avanzadas y mejorar los procedimientos para la retroalimentación y evaluación de cada una de las sesiones.