



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Esquizofrenia:
teoría de la mente, conciencia de enfermedad
y adherencia al tratamiento

Tutor: Asist. Mag. Lisandro Vales
Revisor: Prof. Mag. Sergio Dansilio, MD

Carolina García 5.037.925-7
Montevideo, Uruguay
Julio, 2016

Índice

1. Resumen y Palabras Claves	3
2. Fundamentación y Antecedentes	5
2.1 Esquizofrenia	6
2.2 Adherencia al tratamiento	7
2.2.1 Concepto.....	7
2.2.2 Estadísticas de la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia	7
2.2.3 Consecuencias y obstáculos de la falta de adherencia terapéutica.....	8
2.2.4 Relación con la conciencia de enfermedad.....	8
2.3 Conciencia de enfermedad (Insight)	9
2.4 Teoría de la mente.....	10
2.4.1 Bases anatomofuncionales de la Teoría de la Mente	12
2.4.2 Entrenamiento en Teoría de la Mente	13
2.5 Rehabilitación psicosocial.....	14
3. Planteamiento del Problema y Preguntas de Investigación	15
4. Objetivos	16
4.1 Objetivo General	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. Marco Metodológico	16
5.1 Diseño.....	16
5.2 Población y muestra	16
5.3 Variables e instrumentos	17
5.4 Procedimiento.....	20
5.5 Consideraciones Éticas.....	20
6. Resultados Esperados	21
7. Referencias Bibliográficas	22
8. Anexos	30
8.1 Cronograma de Ejecución	30
8.2 Consentimiento Informado.....	30
8.3 Herramientas de recolección de datos	31
8.4 Tabla 1	42

El peor error es no hacer nada por pensar que es poco lo que se puede hacer
E. Burke

Lo importante es no dejar de hacerse preguntas
A. Einstein

1. Resumen y Palabras Claves

Este estudio surge de la motivación por contribuir a los movimientos que se han ido generando en nuestro país en el campo de la salud mental. A partir de las reformas sanitarias que se han efectuado desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005), el Anteproyecto de Ley de Salud Mental (2009), la integración del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011), y el surgimiento de diferentes organismos como la Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna (2012) se ha adoptado una perspectiva desde la desinstitucionalización y diversificación de estrategias que permitan un abordaje enfocado en la calidad de vida de los usuarios.

Desde este marco, el siguiente pre-proyecto tiene como objetivo investigar la relación entre la teoría de la mente (ToM), la conciencia de enfermedad (insight), y la adherencia al tratamiento de personas con esquizofrenia, con la finalidad de obtener material científico que aporte información relevante para la mejora / ajuste de los planes de rehabilitación en nuestro país.

El diseño de investigación se plantea de corte transversal y de carácter exploratorio-correlacional. La población de estudio estará compuesta por usuarios de entre 18 y 65 años, que hayan sido diagnosticados de esquizofrenia y que estén en un proceso de rehabilitación en un Centro Psicosocial de la ciudad de Montevideo.

Los instrumentos aplicados serán: valoración de conciencia de enfermedad: escala SUMD; nivel psicopatológico: escala PANSS; teoría de la mente: test de la mirada, tarea de cambio inesperado de objeto, hinting task; y adherencia al tratamiento: cuestionarios SMAQ y DAI-10.

Palabras clave: esquizofrenia; teoría de la mente; adherencia al tratamiento

-Abstract-

This study stems from the motivation for contributing to the movements that have been generated in our country concerning mental health. From the sanitary reforms that have been carried out from the creation of the National Integrated System of Health (2005), the Draft bill of Mental Health (2009), the integration of the Plan of Implementation of Presentations in Mental Health (2011), and the emergence of different organizations like the Instituting Assembly as Mental Health “Desmanicomialización” and Dignified Life (2012) has adopted a perspective from the deinstitutionalization and diversification of

strategies that allow a boarding focused in the quality of life of the users. From this frame, the aim of the pre-project is to investigate the relationship among awareness of illness (insight), theory of mind (ToM) and treatment adherence of people with schizophrenia, in order to obtain scientific material to provide relevant information for the improvement/ adjustment of psychosocial rehabilitation plans in our country.

The investigation design raises transversal exploratory-correlational nature. The study population will be comprised of users between 18 and 65 years old who have been diagnosed with schizophrenia and are in a rehabilitation process in a Psychosocial Centre in Montevideo city.

The assessment instruments will be: Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD); The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); theory of mind: Reading the Mind in the Eyes Test, location-change task, Hinting Task; and treatment adherence: The Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) and Drug Attitude Inventory (DAI-10).

Key words: schizophrenia; theory of mind; treatment adherence

2. Fundamentación y Antecedentes

En los últimos años se han manifestado en nuestro país, diversos avances a nivel legislativo en el área de Salud Mental. Con las reformas en el sector de la Salud y sus líneas de intervención efectuadas desde el 2005 con una perspectiva integral basada en los principios de la Declaración de Alma Ata, se da origen al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley N° 18.211) como parte de un conjunto de políticas sociales. En 2009 se crea el Anteproyecto de Ley de Salud Mental, que propone modificaciones cualitativas en el abordaje de la misma, con el propósito de sustituir la norma vigente que data de 1936 (Ley 9.851). En 2011 se agrega al SNIS el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, dentro de las que se incluyen distintos tipos de intervenciones psicosociales orientadas a buscar la eficacia en las acciones de prevención y promoción en Salud Mental. Al año siguiente se crea la "Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna" conformada por usuarios, familiares, y profesionales de la Salud Mental con el objetivo de impulsar los cambios en este plano y defender los Derechos Humanos que han sido violados en reiteradas oportunidades, a falta de una nueva legislación que se adapte a la realidad actual. Estos cambios se encuadran dentro del Plan de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Mental comprendido en el período 2013-2020 validado por la Asamblea Mundial de la Salud (2013) donde se enfatiza en las medidas necesarias para "proporcionar servicios adecuados a las personas con trastornos mentales, incluida la esquizofrenia" (OMS, 2016).

Con el objetivo de mejorar la gestión en Salud Mental en nuestro país, IELSUR, CAinfo, y la Asamblea Instituyente (2016), realizaron una investigación teniendo en cuenta una variedad de interrogantes, como la administración de psicofármacos, el número de personas internadas en centros psiquiátricos en los últimos años, las características sociodemográficas de la población con patología psiquiátrica y qué porcentaje de ésta recibe una prestación social por este motivo. En la demanda de información realizada a varios organismos del estado, entre ellos el Banco de Previsión Social (BPS) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), estos afirmaron no tener información al respecto.

La relevancia de este proyecto se justifica en el elevado porcentaje de personas que padecen esquizofrenia. Si bien Uruguay no cuenta con información exacta y actualizada en epidemiología, se considera que la tasa de incidencia no varía significativamente dependiendo de la cultura y la situación socioeconómica (Aznar et al., 2009). Se puede estimar entonces que alrededor de un 1% de la población uruguaya es afectada por esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud más de la mitad de las personas con esquizofrenia no reciben la atención adecuada (OMS, 2016) y la falta de acceso a los servicios de salud mental, es considerado un problema de gran importancia (OMS, 2003). Según los indicadores publicados por el Hospital Vilardebó de estadísticas resultantes

de un período de estudio que comprende enero 2014 - enero 2015 (lo mas reciente hasta la fecha), un 53,8% de los ingresos de hombres y un 35,4 % de los ingresos de mujeres, son personas con un diagnóstico de F2x - según los criterios del CIE-10- esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (Hospital Vilardebó, 2015).

Partiendo de la falta de investigación y registros en el plano de la Salud Mental, y las modificaciones legislativas y sanitarias que se han desarrollado en los últimos años mencionadas anteriormente, surge la necesidad de acompañar estos cambios, abriendo nuevos campos de investigación que puedan contribuir al desarrollo de planes y programas que se adapten a nuestra población -y no a poblaciones anacrónicas o ajenas, importando el conocimiento- que permitan hacer visible la necesidad de mejorar las condiciones jurídicas, sanitarias y sociales en relación a la temática de salud mental, situando el foco sobre la calidad de vida y el cuidado de las personas para que se pueda “asegurar en forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población” (MSP, 2011). Considerando entonces el marco desde el que surge este proyecto, la perspectiva desde la que se trabaje necesariamente debe estar enfocada en la calidad de vida de la persona, y es debido a esto que la investigación se plantea desde la rehabilitación psicosocial ya que “distintos estudios han comprobado la mejoría de la calidad de vida en pacientes que asisten a programas psicosociales” (Tourinho, Fernández & Baena, 2004) y se considera fundamental “la aplicación de estrategias psicosociales para asegurar o aumentar el nivel de funcionamiento y la calidad de vida” (Casarotti et al., 2003).

2.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental severo y persistente perteneciente a las psicosis, que se caracteriza por una desorganización en el pensamiento. La sintomatología descriptiva de la enfermedad abarca los síntomas positivos, que aluden a trastornos de la percepción como es el caso de las alucinaciones, alteraciones en el contenido del pensamiento (delirios), trastornos en la comunicación (lenguaje desorganizado), comportamiento motor anormal (desorganizado o catatónico) y manifestaciones conductuales. Por otro lado, se presentan los síntomas negativos o “ausencia de función” (Gabbard, 2006) que incluyen pobreza de pensamiento, aplanamiento afectivo, abulia, alogia, apatía y anhedonia. También se presentan síntomas cognitivos o neuropsicológicos como trastornos del lenguaje, atención y funciones ejecutivas; y síntomas afectivos (disforia, depresión, ansiedad) (CIE-10, 2009; DSM 5, 2013).

En lo que respecta a los desórdenes en las relaciones interpersonales se puede visualizar el retraimiento, dificultad para crear vínculos significativos y sanos con otras personas, demanda excesiva, expresiones inadecuadas debido a su monto de agresividad y “un déficit generalizado en

las habilidades empáticas que se relaciona con su deterioro en el funcionamiento social” (González & Fernández, 2012).

2.2 Adherencia al tratamiento

2.2.1 Concepto

En el caso de las enfermedades crónicas, como la esquizofrenia, la falta de adherencia al tratamiento médico es considerado un problema de gran magnitud, debido a que impacta negativamente sobre el curso y evolución de la enfermedad, causando en el sujeto rehospitalizaciones, desestabilidad y recaídas (Arroyo et al., 1996; García et al., 2010).

La OMS (2016) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, lo que comprende por un lado tomar la medicación de manera adecuada siguiendo la dosis estipulada y el programa prescrito; y por otro lado la persistencia, es decir, que la persona continúe con su tratamiento a lo largo del tiempo que le fue indicado. La adherencia también se refiere al grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del profesional de la salud; incluyendo tomar la medicación indicada, acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud y evitar conductas de riesgo (Gallego, 2015). El término -adherencia al tratamiento- es mencionado frecuentemente como sinónimo de -cumplimiento terapéutico-, mientras que en otros casos, se realiza una distinción destacando el rol activo del sujeto con respecto a su tratamiento siendo así la adherencia terapéutica el grado en que la conducta adoptada por el paciente en relación a la toma de la medicación, el seguimiento de un régimen alimentario, o la modificación de su estilo de vida se corresponden con las indicaciones dadas por su médico (Orueta, 2005; OMS, 2016).

2.2.2 Estadísticas de la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia

Existe a disposición, una gran variedad de estudios que han arrojado datos sobre la magnitud del problema de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia, con resultados variantes dependiendo del propósito del estudio y de los factores evaluados. El estudio CATIE (Ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos) con una muestra de 1493 personas con esquizofrenia, registró que el 74% dejó de tomar la medicación a lo largo de 18 meses de seguimiento (Lieberman et al., 2005). Por otro lado Abelleira & Touriño (2010) plantean que alrededor de un 25% abandona el tratamiento en los primeros 7-10 días luego de obtener el alta hospitalaria; un 50% durante el primer año y hasta un 75% durante el segundo. Pérez, Gil, Pina & García-Cabeza (2010) agregan que las tasas de falta de adherencia oscilan entre el 50 y el 90%, incluso con antipsicóticos atípicos. “Se estima que el 50% de los pacientes ambulatorios y el 20% de los hospitalizados o institucionalizados no cumplen plenamente con el régimen terapéutico antipsicótico indicado” (Casarotti et al., 2003).

Por otro lado, las estadísticas brindadas por el Hospital Vilardebó revelan que de 113 ingresos en el sector Internación en el período 2014-2015, 84 son reingresos (17 personas ingresaron por segunda vez, 16 por tercera, y 51 más de cuatro veces) (Hospital Vilardebó, 2015). Si bien las fuentes no revelan por qué motivo reingresó cada individuo, es un acercamiento al abandono del tratamiento en la población más cercana a la investigación.

2.2.3 Consecuencias y obstáculos de la falta de adherencia terapéutica

El incumplimiento terapéutico es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad y reduce la calidad de vida de los afectados (OMS, 2003). Además obstaculiza el proceso de rehabilitación, afectando negativamente al curso y evolución de la enfermedad, genera diferentes efectos como el aumento de la posibilidad de recidivas; reingresos hospitalarios generados por descompensaciones; aumento de la gravedad y resistencia al tratamiento y a las recaídas; mayor probabilidad de suicidio, delitos, agresiones, homicidios y otros problemas judiciales; sobreutilización de los servicios de salud; aumento del absentismo e incapacidad laboral; carga emocional en la familia y deterioro de la calidad de vida del paciente perjudicando directamente su autonomía (Franch, Conde, Blanco & Medina, 2001; OMS, 2003; Miller, 2008; García et al., 2010; Gallego, 2015).

Dentro de la población con un diagnóstico de psicosis, se considera cumplidor a aquel que presenta menos psicopatología, menos recaídas y rehospitalizaciones, y tiene un mayor nivel de funcionamiento global y de calidad de vida. (Franch, Conde, Blanco & Medina, 2001)

2.2.4 Relación con la conciencia de enfermedad

Teniendo en cuenta la forma en la que impacta el abandono del tratamiento en la calidad de vida de los afectados, diversos autores han estudiado las causas que pueden interferir para que éste no se cumpla de la manera adecuada. Algunos de los factores implicados son: edad (en pacientes más jóvenes es más difícil la adherencia al tratamiento); falta de comprensión del tratamiento; creencias con respecto a la enfermedad; sintomatología; abuso de sustancias psicoactivas; efectos colaterales de la medicación y experiencia subjetiva con respecto a ésta; alianza terapéutica; información con la que cuenta el usuario; apoyo familiar; influencia del estigma social; aspectos asistenciales; y negación o falta de conciencia de enfermedad (González et al., 2005; Abelleira & Touriño, 2010). Sobre este último punto, Velligan et al. (2009) consideran que la falta de insight, al desarrollar actitudes negativas con respecto a la medicación, es el factor que más dificulta la adherencia al tratamiento; Abelleira & Touriño (2010) destacan que es “la principal causa de abandono del tratamiento psicofarmacológico” y De las Cuevas & Sanz (2016) agregan que “las creencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos

hacia su enfermedad y tratamiento predican mejor su adherencia al tratamiento que cualquier otra variable sociodemográfica o clínica”. González et al. (2014) también destacan la importancia de la conciencia de enfermedad, debido a que además de influir sobre el sujeto favoreciendo la adherencia al tratamiento, estimula el desarrollo de una visión apropiada de su realidad y la responsabilidad legal de sus actos.

2.3 Conciencia de enfermedad (Insight)

En la esquizofrenia, el insight se refiere a la conciencia de tener un trastorno mental, abarcando además, el reconocimiento de las consecuencias psicosociales de la patología y la capacidad de distinguir los síntomas como patológicos o realizar una adecuada atribución de estos. La falta de insight es considerado un síntoma «primario» y «básico» de la esquizofrenia “encontrándose en más del 80% de los pacientes” (Abelleira & Touriño, 2010).

En estudios con pacientes psicóticos no institucionalizados se ha hallado que el 57% de los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad, el 32% manifiestan una marcada alteración respecto a las consecuencias sociales de su enfermedad y el 22% niegan la necesidad o el beneficio de la medicación (Ruíz et al., 2008).

La baja conciencia de enfermedad a menudo frustra los intentos de los profesionales de la salud y familiares para prestar asistencia y tratamiento. “Los pacientes se sienten obligados a aceptar los medicamentos para una enfermedad que ellos no creen que tienen, y como es entendible, se resisten a cooperar con los tratamientos prescritos” (Amador & David, 1998). Este fenómeno cobra gran importancia debido a que juega un rol fundamental para la recuperación y rehabilitación.

El concepto de insight varía dependiendo del autor, abarcando la sintomatología, los fenómenos de auto-conocimiento y la capacidad de adherirse al tratamiento. Abelleira & Touriño (2010) lo definen como “la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y la habilidad para su auto-observación y auto-conocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias de su trastorno mental”. Según estos autores el concepto ha ido evolucionando, y actualmente se define de una forma más flexible y multidimensional, considerando que se puede tener insight en algunos aspectos y no en otros, abandonando la postura dicotómica de -se tiene/no se tiene- insight.

Tomar conciencia de enfermedad, puede implicar para el sujeto tener que adaptarse y convivir con un padecimiento que conlleva sus respectivos sentimientos de malestar, angustia, pérdida de autoestima, desesperanza, duelo por su “yo sano” y cargar con la estigmatización social que acompaña a los trastornos mentales. Esta toma de conciencia puede incluso llevar al suicidio o a la depresión. Con respecto a este tema, Jaspers (1977) plantea que al igual que los sujetos reflexionan

sobre sí mismos, también lo hace el enfermo al tomar una actitud frente a su padecimiento. Este autor plantea en este sentido dos conceptos diferentes: por un lado el “insight” y por otro lado la “noción de enfermedad”. Esta noción de enfermedad es aquella actitud del enfermo en la que expresa de verdad un “sentimiento de estar enfermo, un sentimiento de alteración, sin que esa conciencia se extienda a todos los síntomas de la enfermedad como conjunto” y define al insight por otro lado como la “estimación objetivamente correcta de la severidad de la enfermedad y un juicio objetivamente correcto del tipo peculiar de enfermedad”, lo que permite que la enfermedad psíquica sea distinta para el observador médico y para la auto-reflexión del enfermo “así ocurre que alguien es analizado como enfermo mental, pero se considera a sí mismo sano” (Jaspers, 1977).

2.4 Teoría de la mente

El término Teoría de la Mente hace referencia a la capacidad de comprender, explicar y predecir el comportamiento de otras personas a través del proceso de realizar inferencias acerca de sus estados mentales: su conocimiento, intenciones, deseos y creencias (Premack & Woodruff, 1981; Leslie, 1994; Baron-Cohen, 1997; Dansilio, 2011). A través de esta habilidad el sujeto puede ser capaz de comprender el estado mental de sí mismo y de los demás sujetos, pudiendo percibir y relacionar ideas y sensaciones propias con las de los demás, lo que le permite advertir o predecir el comportamiento del otro basado en la reflexión de su estado mental propio. El desarrollo de la ToM le permite al sujeto poder desenvolverse en la red vincular social de una manera saludable y en este sentido “la habilidad para interpretar las intenciones del otro es esencial para lograr la cooperación y una interacción social exitosa” (Tellez, 2006).

Este concepto “se engloba dentro de lo que se ha dado a llamar Cognición Social que incluiría, además de la teoría de la mente, otros campos del proceso cognitivo social como: procesamiento emocional, percepción social, conocimiento social y sesgos de atribución” (Guinea, Tirapú & Pollán, 2007). La cognición social está estrechamente vinculada con el funcionamiento social (Green & Nuechterlein, 1999) y en el contexto de la esquizofrenia “se refiere 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” (Ruiz, García & Fuentes, 2006).

Premack & Woodruff –pioneros del concepto de ToM- establecen en 1978 con sus primeros trabajos en chimpancés, que estar dotado de teoría de la mente implica, ser capaz de atribuir estados mentales en uno mismo y en los demás con el fin de anticipar su comportamiento; planteándose entonces como un mecanismo cognitivo, innatamente determinado, que permite un tipo especial de representación, como es la representación de los estados mentales. Desde una concepción evolucionista, este concepto nace como respuesta a una complejidad social cada vez mayor. “En esta

línea surge la hipótesis del cerebro social de Brothers (1990), que afirma que una buena capacidad metarrepresentacional puede relacionarse con un mayor éxito social” (Guinea, Tirapú & Pollán, 2007).

Históricamente comenzó a relacionarse el término de ToM con el trastorno del espectro autista, considerando que esta capacidad no se desarrolla en esta patología. Baron-Cohen, Leslie, & Frith (1985) -grandes precursores de esta relación- plantean que en este trastorno se ve afectado el desarrollo de ToM y aparecen consecuentemente los primeros test de medición de ToM en seres humanos. Progresivamente comenzó a ser estudiado en otras patologías como el daño cerebral adquirido, las demencias y en los últimos años en la esquizofrenia. “Frith (1992) ha sido el primer autor en sugerir que los síntomas psicóticos observados en la esquizofrenia indican alteraciones en las habilidades de la teoría de la mente y le impiden tomar en cuenta los estados mentales del interlocutor” (Tellez, 2006).

A finales del siglo XX, comenzó a generarse interés con respecto a las alteraciones en el funcionamiento social en la esquizofrenia, estudiando los fenómenos relativos a la cognición social, debido a que se considera que pueden constituir la base de las dificultades que atraviesan estas personas en su ajuste social (Couture, Penn & Roberts, 2006). Las personas con esta patología tienen además “comprometida su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otras personas, y para atribuirse ellos mismos estados mentales o atribuirlos a otros” (Ruiz, García & Fuentes, 2006). Portela, Virseda & Gayubo (2003) realizan una revisión sobre el estudio de la teoría de la mente en la esquizofrenia concluyendo a través de diversas investigaciones consultadas que esta población enfrenta dificultades en la interacción social y el desempeño en los test de ToM es muy bajo (*ver tabla 1 en anexos).

Bengochea, Gil, Fernández & Arrieta (2010) concluyen a través de una investigación en el tema que “el déficit en teoría de la mente es un rasgo estable en la esquizofrenia, y no una variable estado” y señalan además que existe un aumento progresivo de la puntuación obtenida en los test que miden la atribución de intenciones (ToM) según mejora el nivel de insight (Bengochea et al., 2010). Otro estudio realizado comparando poblaciones con un diagnóstico de esquizofrenia, y otro grupo de control sin esta condición, demostró también “diferencias significativas entre ambos grupos tanto en las pruebas de procesamiento cognitivo como en aquellas en donde es necesario un procesamiento emocional de la información” (Guinea, Tirapu & Pollán, 2007) lo que deja demostrado que el funcionamiento de la teoría de la mente y las funciones cognitivas, se ven alteradas en personas con esquizofrenia.

Según Ruiz, García & Fuentes (2006) en la esquizofrenia, además de verse afectada la capacidad de inferir estados mentales, también se ve alterada la habilidad para expresar emociones faciales y manejar adecuadamente la información social contextual. Sobre este punto, haciendo referencia a la

investigación de Leonhard y Corrigan (2001) estos autores señalan que cuando las personas con esta patología se enfrentan al procesamiento social, la percepción de los estímulos sociales les resultan menos familiares que al resto de la población y por lo tanto les implica una mayor dificultad poder percibirlos. Conjuntamente, estos estímulos con contenido social requieren de un “procesamiento semántico” y de la “comprensión de parámetros emocionales” los cuales pueden verse dañados en la esquizofrenia (Ruiz, García & Fuentes, 2006).

2.4.1 Bases anatomofuncionales de la Teoría de la Mente

El desarrollo de la investigación en neuropsicología ha permitido acceder a la comprensión del funcionamiento de las áreas cerebrales mayormente implicadas en la conducta y la cognición de las personas. Varios autores han investigado el tema a través de estudios neurofisiológicos; e identificaron algunas de las estructuras más destacadas: corteza prefrontal, orbitofrontal, cingulada anterior y parietal inferior; lóbulos temporales; circunvolución temporal superior; precúneo medial y amígdala (Brothers, 1990; Goel et al., 1995; Gallagher et al., 2000; Castelli et al., 2000; Saxe and Kanwisher, 2003; German et al., 2004; Tellez, 2006; Torres, Silva & Silva, 2007; Artila & Ostrosky, 2008; Gweon & Saxe, 2013).

Según Flores & Ostrosky (2008) la corteza prefrontal se encuentra relacionada con procesos “exclusivamente humanos: la cognición social, la mentalización, el auto-conocimiento y la metacognición”. Ciertas lesiones en esta zona se han asociado con el funcionamiento de la teoría de la mente, en tanto estas afectan la capacidad de hacer juicio ético, el uso pragmático del discurso, el lenguaje no verbal, la capacidad de empatizar, entre otras capacidades que implican el desarrollo de la ToM (Tirapú et al., 2007). La corteza prefrontal se relaciona con las funciones ejecutivas definidas como “un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y motivacionales” en donde el área orbitofrontal tiene una mayor participación en la autorregulación del comportamiento, interpretación de escenarios de acción, toma de decisiones y en la adquisición y uso de la teoría de la mente (Trujillo & Pineda, 2008). Pardo (2005) plantea que en la esquizofrenia existe “una anomalía en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral que se correlaciona con disfunciones ejecutivas y dificultades en la resolución de problemas” teniendo como consecuencia una escasa habilidad de planificación, trastornos en la voluntad, un juicio social pobre y falta de flexibilidad cognitiva aunque también destaca que aproximadamente “un 30% de los pacientes con esquizofrenia no expresa ningún trastorno significativo en su funcionamiento cognitivo o neuropsicológico”. Por otro lado, Ortega, Tirapu & López (2012) plantean que un rendimiento bajo en los test de ToM se vincula a “una reducción de la sustancia gris en la corteza prefrontal” y otras zonas del cerebro, que podría explicar las dificultades de estos pacientes para entender los estados mentales de otros.

También se ha asociado a la corteza prefrontal, el reconocimiento de las emociones debido a que esta región “parece estar vinculada en la red neuronal implicada en el procesamiento de la empatía” (Jodar, 2004). A esta función de ToM también se agrega la amígdala que actúa en el reconocimiento de las expresiones faciales y afectivas, y se considera de suma importancia para el desarrollo de la teoría de la mente en cuanto a interacción social y convierte las “representaciones perceptuales en cognición y conducta para dotar de valor emocional y social a dichos estímulos” (Tirapu et al., 2007).

El área temporoparietal también se encuentra vinculada con los procesos de ToM (Torres, Silva & Silva, 2007) debido a que muestra actividad en los dos hemisferios cerebrales (observado en resonancias magnéticas) cuando las personas le atribuyen estados mentales a los demás (Gweon & Saxe, 2013). En esta atribución, entra en juego el fenómeno de la empatía, asociado fundamentalmente a la corteza cingulada, debido a su activación ante estímulos que requieren una respuesta empática (Ruggieri, 2013). Las neuronas espejo han sido relacionadas también con la teoría de la mente, dado que forman parte de un sistema de redes neuronales de percepción-ejecución-intención en la que el sujeto al observar movimientos de otros, genera actividad en zonas cerebrales específicas, por ejemplo en la corteza motora, como si él mismo estuviera moviéndose, lo que se vincula con la atribución de intenciones (Gallese, Keysers y Rizzolatti, 2004). Las neuronas espejo “posibilitan al hombre comprender las intenciones de otras personas. Le permite ponerse en lugar de otros, leer sus pensamientos, sentimientos y deseos, lo que resulta fundamental en la interacción social” (García, 2008) y se ha registrado que las personas con esquizofrenia “presentan un déficit generalizado en las habilidades empáticas que se relaciona con su deterioro en el funcionamiento social” (González & Fernández, 2012).

2.4.2 Entrenamiento en Teoría de la Mente

El hecho de posicionar este estudio desde la teoría de la mente, surge de las diferentes investigaciones mencionadas anteriormente que plantean este concepto como una característica deficitaria en la esquizofrenia que provoca una adaptación social insuficiente, lo que significa que trabajando en pro de mejorar esta habilidad o capacidad, también se contribuye a mejorar la calidad de vida del sujeto. “Existe cierta evidencia de que programas de entrenamiento en el reconocimiento de las emociones y ToM son efectivos para mejorar el déficit” (González & Fernández, 2012) y en esta línea varios investigadores han desarrollado diversos programas de entrenamiento en las habilidades de teoría de la mente, que podrían estimular el desarrollo del insight, y consecuentemente, mejorar la adherencia terapéutica del sujeto. Ortega, Tirapu & López (2012) sugieren que estos entrenamientos deberían incluirse dentro de los programas de rehabilitación desde su comienzo.

Estos programas de intervención tienen diferentes niveles de complejidad y distintas formas de abordaje de la enfermedad. Algunos de ellos son: Social Cognition and Interaction Training: SCIT (Combs et al., 2007) dirigido a mejorar la cognición social y el funcionamiento social; Emotion Management Training: EMT (Hodel, Brenner, Merlo & Teuber, 1998) centrado en la relajación y el manejo del estrés; Cognitive Enhancement Therapy: CET (Hogarty & Flesher, 1999) focalizado en la atención, memoria y resolución de problemas en un mismo entrenamiento cognitivo a través de ejercicios grupales de cognición social; Training of Affect Recognition: TAR (Frommann, Streit & Wölwer, 2003) en el que se trabaja el procesamiento de las emociones; y el Integrated Psychological Therapy: IPT (Roder, Brenner, Hotel & Kienzle, 1996), que apunta a mejorar tanto el funcionamiento cognitivo como el social, abarcando aspectos como las habilidades cognitivas, los estímulos sociales, la comunicación verbal y la resolución de problemas interpersonales (Ruiz, García & Fuentes, 2006; Ortega, Tirapu & López, 2012).

Por otro lado los trabajos de Moritz & Woodward (2007) parten de un enfoque metacognitivo señalando que el entrenamiento en ToM muestra resultados positivos en el desarrollo de la conciencia de enfermedad. El objetivo del “Entrenamiento metacognitivo para pacientes con esquizofrenia” (Metacognitive Training for Schizophrenia Patients: MCT) es:

agudizar la conciencia de enfermedad de los pacientes y transferir este conocimiento para la aplicación en la vida diaria. (...) Dado que la viabilidad y la creciente evidencia de efectos positivos de la intervención cognitiva en la esquizofrenia, y teniendo en cuenta las altas tasas de recaída y la falta de cumplimiento en virtud del tratamiento con neurolépticos, las técnicas cognitivas deberían ser incorporadas cada vez más en el tratamiento estándar de programas para la esquizofrenia (Moritz & Woodward, 2007).

2.5 Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial puede definirse como “un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad” (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial en Uruguay, 2005). Este modelo posibilita una articulación adecuada de acciones de promoción, prevención y rehabilitación, con la red de salud mental, integral y comunitaria, aportando a la continuidad del tratamiento, así como a la prevención de crisis y recaídas.

Los objetivos principales proponen favorecer la recuperación o adquisición de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social, logrando un mejor grado de ajuste e integración social en el entorno comunitario, fortaleciendo la convivencia y la participación activa del

usuario y su familia en el tratamiento y en el aprendizaje del manejo de sus dificultades (Regazzoni & Paladino, 2012).

Considerando que “las características de las enfermedades graves se manifiestan más en la relación con los otros (familia, medio social, y espacios terapéuticos) que en forma de un conflicto interno” (Badaracco, 1990) las estrategias planteadas desde los centros que trabajan con un enfoque psicosocial abarcan -además del tratamiento farmacológico- la estimulación cognitiva (memoria, atención, concentración, desarrollo de problemas), cuidado personal y actividades de la vida diaria (entrenamiento en habilidades relativas al manejo en la vivienda, higiene, hábitos saludables), aspectos psicomotrices, talleres ocupacionales, intervenciones familiares, espacios recreativos, psicoeducación, y otras actividades que contribuyen a la integración comunitaria e inserción laboral (WAPR- OMS, 1997; Del Castillo, 2011).

Dentro de la rehabilitación psicosocial, la psicoeducación es uno de los espacios que más se vincula con la adherencia terapéutica, debido a que trabaja no solo con el paciente sino con su familia, buscando la mejor manera de transitar el desarrollo de la enfermedad. Este espacio se propone en relación al usuario “mejorar la evolución de la enfermedad, disminuyendo las recaídas y mejorando el funcionamiento y la reinserción social” y por otro lado fortalecer la alianza terapéutica con la familia, debido a que de esta forma “se logra mayor adhesión al tratamiento y que se consulte precozmente frente a los síntomas de descompensación y a los posibles efectos secundarios del tratamiento” (Casarotti et al., 2003). Estos autores también destacan una fuerte evidencia en la efectividad de la integración del tratamiento psicosocial junto con el biológico en usuarios con esquizofrenia, considerando que “cuando se agrega un tratamiento psicosocial bien realizado a la medicación antipsicótica, la tasa de recaídas disminuye un 50% en comparación con los pacientes tratados sólo con medicación y tratamiento estándar”.

Entre algunas de las estrategias para mejorar este punto García et al. (2010) proponen un grupo de trabajo que intervenga cuando el paciente haya sufrido varias recaídas por falta de adhesión al tratamiento o cuando no se detecte conciencia de enfermedad. “La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son las estrategias preferidas (...) para reducir las recaídas por falta de adherencia” (García et al., 2010).

3. Planteamiento del Problema y Preguntas de Investigación

Considerando la información resultante de los diferentes estudios que vinculan teoría de la mente, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, como factores claves para poder desarrollar estrategias que mejoren la calidad de vida del sujeto, y que son además relativamente recientes, resulta necesario investigar cómo se relacionan estas variables en una población que pueda generar

información actualizada y proveniente de usuarios de los centros de rehabilitación psicosocial de nuestro país. Como centro de problematización de la temática, la pregunta guía es: ¿Cómo se relacionan las variables: teoría de la mente, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento?

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Observar la relación entre el desarrollo de la teoría de la mente, la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento en personas con un diagnóstico de esquizofrenia que asistan a un Centro de Rehabilitación Psicosocial en la ciudad de Montevideo.

4.2 Objetivos Específicos

- Analizar la adherencia al tratamiento de los usuarios y su percepción con respecto al mismo
- Identificar los niveles de conciencia de enfermedad que desarrollan los sujetos a estudiar
- Observar las características del desarrollo de teoría de la mente en la esquizofrenia

5. Marco Metodológico

5.1 Diseño

La investigación se plantea de carácter exploratorio-correlacional y de corte transversal debido a que esta modalidad permite medir el grado de interacción entre dos o más variables en un momento temporal singular. La información será recogida del trabajo de campo, a través de entrevistas, administración de test, acceso a las historias clínicas e información de los referentes del centro.

5.2 Población y muestra

Los participantes de este estudio serán personas de entre 18 y 65 años de cualquier sexo, con un diagnóstico de esquizofrenia según los criterios diagnósticos del DSM 5 que se encuentren en tratamiento en un centro de rehabilitación psicosocial en la ciudad de Montevideo.

Criterios de inclusión:

- a) Los participantes no podrán tener retardo mental, lesión cerebral adquirida, u otro trastorno mental severo.
- b) Las personas deberán tener completa voluntad de participar del estudio, y deberán firmar el consentimiento informado previo al desarrollo de la investigación (tanto los usuarios del centro de rehabilitación como los informantes calificados).

c) En caso de que algún usuario cumpla con los criterios de inclusión, y desee participar del estudio, pero los profesionales del centro consideren que podría llegar a afectar su proceso de rehabilitación de alguna manera, será excluido de la muestra.

d) Los participantes no podrán tener limitaciones sensoriales que impidan la realización de los test.

La franja etaria se estableció teniendo en cuenta que la edad influye directamente sobre el rendimiento de las funciones cerebrales superiores (Zuin, 2009). Asimismo, las funciones ejecutivas son de las habilidades cognitivas más sensibles al proceso del envejecimiento y se ha observado que los procesos cognoscitivos mediados por el lóbulo prefrontal sufren un deterioro con la edad (Ardila, 2008) “siendo la década de los 60’s y 70’s particularmente sensibles a estos cambios” (Rosselli, Jurado & Matute, 2008). A esto se agrega que el deterioro progresivo de la función cognitiva comienza a manifestarse en personas con esquizofrenia luego de los 65 años (Amores, 2008; Rodríguez et al., 2013). En función de este fenómeno, varias investigaciones sobre esquizofrenia y ToM en las que se plantea la edad como un criterio de inclusión, establecen 65 años como límite máximo (Lieberman et al., 2005; Bengochea et al., 2010; Fernández et al., 2012; Serret, 2015).

Por otro lado, se ha fijado como edad mínima para participar de la investigación tener 18 años cumplidos, debido a que en el período comprendido entre enero 2014 - enero 2015, de 113 personas que ingresaron a Internación en el Hospital Vilardebó, 106 tenían entre 20 y 65 años (Hospital Vilardebó, 2015) y además, suele ser la edad aproximada en la cual comienza a manifestarse la esquizofrenia (CIE-10, 2009; DSM 5, 2013).

5.3 Variables e instrumentos

Variables independientes: se utilizará como instrumento de recolección de datos una entrevista semiestructurada. Como complemento se le solicitará información a los profesionales tratantes del usuario, en relación a la adherencia al tratamiento, integrando el acceso a su historial clínico, y episodios vinculados a esta variable que se consideren relevantes (internaciones, problemas con la medicación y otros sucesos relacionados al tema).

Datos sociodemográficos: edad, sexo, ocupación, nivel educativo alcanzado, historia laboral, historia familiar.

Datos clínicos: diagnóstico, edad de comienzo de la enfermedad, tratamiento, internaciones, consumo de sustancias psicoactivas.

Variables dependientes: estado psicopatológico (sintomatología positiva y negativa), valoración de la conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y desarrollo de teoría de la mente. A continuación se detalla para cada variable a estudiar, el instrumento que será aplicado.

Escala PANSS (The positive and negative syndrome scale): Original: Kay, Fiszbein & Opler (1987) Validación (España): Peralta & Cuesta (1994).

Esta escala evalúa las dimensiones de la patología: sintomatología positiva, negativa y estado psicopatológico general y además aporta datos en relación a la comprensión de la enfermedad de la persona (ítem 12 que evalúa la falta de introspección - insight). Corcoran & Frith (1996) plantean que las personas con esquizofrenia con síntomas negativos no desarrollan habilidades de ToM y su desempeño en estas pruebas es peor que los pacientes con sintomatología positiva, quienes han alcanzado un mejor desarrollo de esta habilidad y la respuesta a los test es mucho mejor cuando salen de la descompensación psicótica. Por lo tanto, se considera pertinente la aplicación de la escala PANSS, con el objetivo de contextualizar la información obtenida de las pruebas.

Escala SUMD (Scale Unawareness of Mental Disorders): Original: Amador et al. (1993); Validación (España): Ruiz et al. (2008)

Es una escala estandarizada mundialmente, aplicada alrededor del mundo en psicosis - especialmente en esquizofrenia- y permite evaluar la valoración de la conciencia de enfermedad en un trastorno mental de forma multidimensional. Se aplica a través de una entrevista semiestructurada compuesta por dos secciones generales que abarcan por un lado la evaluación de la conciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las consecuencias sociales de éste y por otro lado el nivel de conciencia de sus síntomas específicos a través de distintos ítems destinados a reconocer y atribuirse tales como delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento, anhedonia, embotamiento afectivo y asociabilidad. Como ventaja, este instrumento permite abreviar u obviar ciertos ítems en caso de que ya tengamos esa información (como los síntomas positivos evaluados con la escala PANSS) y es fácilmente adaptable a las necesidades del entrevistador teniendo en cuenta que se aplicará en articulación con otros test.

Evaluación de teoría de la mente: Tirapú et al. (2007), plantean que la teoría de la mente puede ser clasificada en cinco niveles de complejidad: reconocimiento facial de las emociones, atribución de falsas creencias, nivel metafórico de la comunicación o lenguaje pragmático, sensibilidad social (errores en la interacción social) y capacidad empática o de juicio moral. Para poder abarcar estas etapas se administrarán las siguientes pruebas: test de la mirada, tarea de cambio inesperado de objeto y hinting task.

Test de la mirada: Original: Baron-Cohen et al. (2001). Validación (Argentina): Román et al. (2012)

En esta prueba el sujeto debe observar fotografías de miradas de 36 personas diferentes y elegir entre cuatro palabras opcionales, aquella que represente mejor la expresión que percibe. Es uno de los test más usados en la clínica para evaluar habilidades de teoría de la mente en diferentes

patologías como el trastorno del espectro autista y la esquizofrenia. Fue desarrollada por Baron-Cohen et al. (2001) sobre la idea de que los sujetos sanos son capaces de determinar el estado mental de otro sujeto a partir de la expresión de su mirada. La elección de este test se basa en la evidencia a favor de que la utilización de esta prueba para medir ToM “constituye un buen predictor del funcionamiento social en la esquizofrenia” y la capacidad del sujeto en el reconocimiento de las emociones como subconstructo de la cognición social es “una variable mediadora en el déficit en funcionamiento social que muestran las personas con esquizofrenia” (Ortega, Tirapu & López, 2012).

Tarea de cambio inesperado de objeto: Original: (Wimmer y Perner, 1983).

Es uno de los test más clásicos para la evaluación de la teoría de la mente -conocido como “test de Sally & Anne- el cual mide la atribución de las creencias de primer orden (se le atribuye a los otros creencias diferentes a las propias) y de segundo orden (se atribuye a los otros creencias falsas con respecto a las que ellos le asignan a los demás) (Wimmer & Perner, 1983). La elección de esta prueba se explica en su abordaje para observar el desarrollo de ToM, pero además porque algunos autores (Bora et al., 2007; Langdon & Ward, 2008) han relacionado las tareas de segundo orden con el insight, considerando que para el desarrollo del mismo, se debe tener adquirida la capacidad de evaluarse a uno mismo desde la perspectiva de los demás, al igual que funciona el test, evaluando la comprensión de las creencias de los otros sobre terceras personas.

Hinting Task: Original: Corcoran, Mercer & Frith (1995). Validación (España): Gil, Fernández, Bengochea & Arrieta (2011).

Este test (versión reducida) está compuesto por un total de 5 historias orientadas a indagar la capacidad de detectar las intenciones o motivaciones del hablante, las cuales no se extraen a partir del significado literal de lo que dice el personaje, sino que es preciso interpretarlas, para lo que es imprescindible basarse en las claves contextuales que proporciona el relato. La prueba fue diseñada especialmente para ser aplicada a personas con esquizofrenia.

Evaluación de adherencia al tratamiento: Se utilizará para evaluar esta variable el cuestionario “The Medication Adherence Questionnaire” - SMAQ (Knobel et al., 2002), y el “Drug Attitude Inventory” - DAI-10 (Original: Hogan, Awad & Eastwood, 1983; Validación (España): Robles, Salazar, Páez & Ramírez, 2004).

El SMAQ consiste en solicitar al usuario información sobre su tratamiento a través de seis preguntas concretas con respuesta dicotómica –si/no- que deben realizarse a lo largo de la entrevista clínica, en un contexto distendido. Es el cuestionario auto-referido más utilizado para medir la adherencia terapéutica en general.

Debido a que el SMAQ tiene un objetivo puramente cuantitativo sobre la adherencia y no es específico de la esquizofrenia, se utilizará como complemento la escala DAI-10, creada concretamente para esta patología, que evalúa el efecto subjetivo de la medicación antipsicótica. A través de 10 afirmaciones con respuesta dicotómica –si/no- al igual que el SMAQ, se pueden registrar actitudes, creencias y sentimientos en relación al tratamiento médico.

La elección de estas dos escalas (dentro de todas las disponibles para medir este ítem que son más invasivas pero arrojan resultados más exactos sobre el cumplimiento) se fundamenta en que el propósito de la investigación no es determinar el cumplimiento de los usuarios que participen de la muestra, sino el registro de la percepción del tratamiento en relación al desarrollo de la teoría de la mente y la conciencia de enfermedad.

5.4 Procedimiento

La investigación tendrá una duración estimada de un año organizada en cuatro etapas trimestrales. En la primera se trabajarán los aspectos metodológicos y de encuadre con el Centro de Rehabilitación y la selección y capacitación de los recursos humanos. En el segundo trimestre se llevarán a cabo las entrevistas preliminares con los usuarios, en donde se efectuará la selección mediante una entrevista individual, en la que se comprobarán los criterios de inclusión y se brindará la información correspondiente con respecto al estudio, debiendo firmar el consentimiento informado en caso de aceptar las condiciones planteadas. Luego de este proceso se continuará con la realización de las entrevistas iniciales y posteriormente se harán los ajustes del diseño en caso de que corresponda. En el tercer trimestre se aplicarán los diferentes test en tres instancias con la finalidad de no sobrecargar a los usuarios con la aplicación de los mismos. Durante el tercer y cuarto trimestre se procederá al análisis y procesamiento de datos, culminando la última etapa con la redacción del informe final y la correspondiente difusión.

5.5 Consideraciones Éticas

El diseño metodológico se ajusta a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos propuesta por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS (2002), y respeta los requerimientos necesarios para la investigación en Seres Humanos planteadas tanto por el Código de Ética Profesional del Psicólogo (Cap. X) como por el decreto N° 379/008 elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública (2008) creado bajo los principios de la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

El manejo de la información brindada por los participantes se encuentra enmarcada dentro del Código de Ética Profesional del Psicólogo (Cap. II) y la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas data” (2008) elaborada por el Poder Ejecutivo y controlada a través de la Unidad Reguladora y de Control de los Datos Personales (URCDP, 2008) y su reglamentación a través del decreto 414/009 (2009) asegurando la confidencialidad de los datos.

Siguiendo todos los requerimientos establecidos en dichos documentos, se les solicitará a los participantes de la investigación, firmar un consentimiento informado para ser parte del estudio, explicando la finalidad exclusivamente académica de la investigación, la forma en que se llevará a cabo y sus derechos. La colaboración será absolutamente voluntaria y los participantes podrán abandonar el proyecto en cualquier momento sin necesidad de justificación. No se estima que el estudio pueda generarle al sujeto ningún tipo de daño como tampoco ningún beneficio. En caso de que se produzca algún daño derivado de la participación -tal como lo plantea el Art. 67 del Código de Ética Profesional del Psicólogo- el psicólogo será responsable del perjuicio ocasionado, y deberá realizar un seguimiento de la persona en caso que así lo amerite la situación.

Debido a que este pre-proyecto se encuentra contenido dentro de la Facultad de Psicología - Universidad de la República, se presentará el proyecto -previo al desarrollo del mismo- al Comité de Ética en Investigación, siguiendo la disposición tomada por el mismo, que establece “que todos los Proyectos de Investigación con seres humanos desarrollados por la Facultad de Psicología sean sometidos a revisión ética por el Comité de Ética en Investigación” (Facultad de Psicología, UdelaR, 2009).

6. Resultados Esperados

Como resultado de este estudio, se espera por un lado conocer si el desarrollo de la teoría de la mente guarda relación con la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad de usuarios con esquizofrenia que asisten a un centro de rehabilitación psicosocial y por otro lado poder observar la forma en la que interactúan estas variables, y consecuentemente hallar las respuestas cualitativas y cuantitativas a los objetivos planteados mediante el análisis de los datos obtenidos.

Por último, se espera poder contribuir a la modificación y/o creación de estrategias de rehabilitación que tomen en cuenta la relación entre las variables estudiadas, para que se pueda estimular el desarrollo de la conciencia de enfermedad y la teoría de la mente, y en consecuencia, se favorezca la adherencia al tratamiento, generando así una mejora cualitativa en la calidad de vida de la persona afectada.

7. Referencias Bibliográficas

- Abelleira, C., & Touriño, R. (2010). *Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento*. Cap. VII en *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. España.
- Amador, X.F., & David, A.S. (1998). *Insight and psychosis*. Oxford University Press, USA.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaunm, M.M., Endicott, J., & Gorman, J.M. (1993). *Assessment of insight in psychosis*. *Am J Psychiatry*, 150:873-9.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed 4. Washington D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed 5. Washington D.C. American Psychiatric Publishing.
- Amores, F (2008) *Neuropsicología de la esquizofrenia en el anciano*. Viguera Editores SL. Psicogeriatría.
- Ardila, A (2008) *Funciones ejecutivas*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1):1-180.
- Ardila, A, Ostrosky-Solís, F (2008) *Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1): 1-22.
- Arroyo, M., Caballé, M., Moscardó, C., Soler, M.J., Pol, E., & Montoya, J.L. (1996) *Modificación de la actitud hacia los psicofármacos mediante actividades grupales en sujetos esquizofrénicos*. *Farmacia Hospitalaria*, 21(3): 143-150.
- Aznar, J., Balanza, P., Castillo, M., Martín García, J., Martínez, I., Martínez, M., Moreno, J., Pujalte, M., Salmerón, J., San Llorente, C., Sánchez, R., Serrano, F., Del Toro, M., & Viñas, R. (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Servicio Murciano de Salud. España
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). *Does the autistic child have a "theory of mind"?*. *Cognition*, 21(1): 37-46.
- Baron-Cohen, Simon. (1997). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. MIT press.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). *The "Reading 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): 241-51.
- Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M., & Arrieta, M. (2010). *Teoría de la mente en la esquizofrenia y su relación con otras variables*. *Rehabilitación Psicosocial*, 8(1y2):15-22.
- Bora, E., Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabay, I., & Veznedaroglu, B. (2007). *Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit?* *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(2):104-11.
- Brothers, L. (1990). *The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain*. *Concepts in Neuroscience*, 1:27-51.
- Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., Ruiz, A., Caetano, C., Pazos, M., & Martínez, A. (2003). *Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 6(1): 76-110.
- Castelli, F., Happe, F., Frith, U., & Frith, C. (2000). *Movement and mind: A functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns*. *NeuroImage*. University College London. 12: 314–325.
- Centro de Investigación Biomédica en Red (2015) *Banco de instrumentos y metodologías en salud mental*. Madrid. Recuperado de: <http://bi.cibersam.es/>
- Combs, D.R., Adams, S.D., Penn, D.L., Roberts, D., Tiegreen, J., & Stem, P. (2007). *Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with Schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings*. *Schizophrenia Research*, 91(1-3): 112-116.
- Comité de Ética en Investigación Facultad de Psicología, UdelaR (2009). *Resolución Consejo Facultad de Psicología, nº 44 del 16/12/2009*.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)., & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra.
- Consenso de Intercentros del Uruguay (2011) *Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial*. Uruguay.
- Corcoran, C., & Frith, R. (1996). *Exploring ' theory of mind' in people with schizophrenia*. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press. London. 26:521-530.

- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C.D. (1995). *Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 17(1):5-13.
- Couture, S. M., Pen, D.L., & Roberts, D.L. (2006). *The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review*. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1):44-63.
- Dansilio, S. (2011). *Desarrollo de las funciones ejecutivas durante la edad escolar*. Curso Precongreso, XII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología. Santiago de Chile.
- De las Cuevas, C., & Sanz, E. (2016). *Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica*. Universidad de La Laguna, España. 7(1):25-30.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. & Villar, M. (2011). *Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4): 83-96.
- Decreto 414/009 (2009) *Regulación del decreto Habeas Data*. Montevideo.
- Decreto CM/515 (2008) *Investigación con Seres Humanos*. Montevideo.
- Fernández, M., Bengochea, R., Gil, D., & Arrieta, M. (2012). *Evaluación de resultados tras un año de intervención en un CRPS*. *Informaciones psiquiátricas. Revista Hospitalarias*, 210(4): 329-340.
- Franch, J., Conde, V., Blanco, J., & Medina, G. (2001). *El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación*. España.
- Frommann, N., Streit, M., & Wölwer, W. (2003). *Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program*. *Psychiatry Research*, 117:281-284.
- Gabbard, G. (2006) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Ed. Médica Panamericana. Argentina.
- Gallagher, H.L., Happe, F., Brunswick, N., Fletcher, P.C., Frith, U., & Frith, C.D. (2000). *Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks*. *Neuropsychologia*, 38:11-21.
- García Badaracco, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones S.A. Madrid.
- García, E. (2008) *Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente*. *Revista de psicología y educación*, 1(3):69-90.
- García, H., Tirapu, J & López, J.J. (2012). *Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1): 39-51.

- García, I., Granada, J., Leal, L., Sales, R., Lluch, M., Fornés, J., Rodríguez, A., & Giner, J. (2010). *Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental*. España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1):1-45.
- German, T.P., Niehaus, J.L., Roarty, M.P., Giesbrecht., B & Miller, M.B. (2004). *Neural correlates of detecting pretense: Automatic engagement of the intentional stance under covert conditions*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16:1805–1817.
- Gil, D., Fernández, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2011). *Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task*. Barcelona. *Revista Psiquiatría Salud Mental*, 5(2):79-88.
- Gillan, D. J., Premack, D., & Woodruff, G. (1981). *Reasoning in the chimpanzee: I. Analogical reasoning*. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 7(1).
- Goel, V., Grafman, J., Sadato, N., & Hallett, M. (1995). Modeling other minds. *Neuroreport*, 6:1741-1746.
- González, E., López, R., Salgado, C., García, F., & González, C. (2014) *Estudio acerca del insight en un grupo de pacientes esquizofrénicos*. *Revista Psiquiatría.com* 18:7. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/6596>
- González, M., & Fernández, E. (2012). *La empatía en el paciente esquizofrénico*. Servicio de Psiquiatría Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*.
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., & Armengol, J. (2005). *La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería*, 4(7).
- Green, M.F., & Nuechterlein, K.H. (1999). *Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?* *Schizophrenia Bulletin*, 25(2): 309-319.
- Guinea, A., Tirapu, J., & Pollán, M. (2007). *Teoría de la mente en la esquizofrenia*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(148).
- Gweon, H., & Saxe, R. (2013). *Developmental Cognitive Neuroscience of Theory of Mind. Neural Circuit Development and Function in the Healthy and Diseased Brain: Comprehensive Developmental Neuroscience*, 3:367:377.
- Hodel, B., Brenner, H.D., Merlo, M.C. & Teuber, J.F (1998). *Emotional management therapy in early psychoses*. *British Journal of Psychiatry*, 172(33):128-133.
- Hogan, T.P., Awad, A.G., & Eastwood, R. (1983). *A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics reliability and discriminative validity*. *Psychol Med*, 13:177-83.

- Hogarty, G., & Flesher, S. (1999). *A development theory for cognitive enhancement Therapy for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 25:677-692.
- Hospital Vilardebó (2015) *Indicadores*. Departamento de estadística. Montevideo. Recuperado de: www.hospitalvilardebo.com.uy
- Instituto de estudios legales y sociales del Uruguay (IELSUR)., Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAinfo)., & Asamblea Instituyente Por Salud Mental desmanicomialización y vida digna. (2016). *Aportes para la transformación del modelo de atención en salud mental en el Uruguay: La experiencia transitada a partir del uso de la ley de acceso a la información pública*. Recuperado de: <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología general*. Editorial Beta. Buenos Aires, Argentina.
- Jódar, M. (2004). *Funciones cognitivas del lóbulo frontal*. XXX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Revista de neurología, 39(2):178-182.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 13(2):261-76.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J., Collazo, J., González, J., & Ruiz, I. (2002). *Validation of a Simplified Medication Adherence Questionnaire in a Large Cohort of HIV-Infected Patients: The GEEMA Study*. Barcelona. AIDS, 16(4):605-13.
- Langdon, R., & Ward, P. (2008). *Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 35(5):1003-1011.
- Leonhard, C., & Corrigan, P.W. (2001). *Social Perception in Schizophrenia*. En Corrigan, P.W. & Penn, D.L. (Eds.), Social Cognition and Schizophrenia. Washington, DC: American Psychological Association.
- Leslie, A. M. (1994). *Pretending and believing: Issues in the theory of ToM*. Cognition, 50(1), 211–238.
- Lieberman, J., Stroup, T., McEvoy, J., Swartz, M., Rosenheck, R., Perkins, D., Richard, S., Davis, S., Davis, C., Lebowitz, B., Severe, J., & Hsiao, J. (2005). *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. Inglaterra. N Engl J Med, 353:1209-1223.
- Miller, B.J. (2008). *A review of second-generation antipsychotic discontinuation in first-episode psychosis*. Journal of Psychiatric Practice, 14(5): 289-300.
- Ministerio de Salud Pública (2009) *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay*. Montevideo.

- Ministerio de salud pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Montevideo.
- Moritz, S., & Woodward, T.S. (2007). *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. *Current Opinion Psychiatry*, 20:619–625.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Meditor. España.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] – Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] (2002) *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003) *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema de gran envergadura*. Comunicado de Prensa. Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) *Schizophrenia. Fact Sheet N°397*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Ortega, H., Tirapu, J., & López, J. (2012). *Valoración de la cognición social en la esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación*. Colombia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1): 39-51.
- Orueta, R. (2005). *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas*. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2): 40-48.
- Pardo, V. (2005). *Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día*. *Revista Psiquiatría Uruguay*. Montevideo, 69(1):71-83.
- Penn, D.L., Jones, N., & Munt, E.D. (2005). *A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 80:357-359.
- Peralta, V., & Cuesta, M.J. (1994). *Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles*. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22(4):171-177.

- Pérez, A., Gil, S., Pina, L., & García-Cabeza, I. (2010). *Psicofarmacología de la psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes*. España. Clínica y Salud, 21(3).
- Poder Ejecutivo., & Unidad Reguladora y de Control de los Datos Personales. (2008). *Ley N° 18.331 Protección de Datos Personales y acción de "Habeas data"*.
- Portela, M., Virseda, A., & Gayubo, L. (2003). *Revisión sobre el estudio de la 'teoría de la mente' en trastornos generalizados del desarrollo y esquizofrenia*. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid Actas Españolas de Psiquiatría, 31:339-46.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). *Does the chimpanzee have a theory of mind?* Cambridge University Press.
- Regazzoni, E., & Paladino, F. (2012). *Multifamiliares: una experiencia en comunidad terapéutica*. 5ta. Jornada formativa de Centro Psicosocial Sur Palermo. Material inédito. Montevideo.
- Robles, G., Salazar, V., Páez, F., & Ramírez, F. (2004) *Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: Psychometric properties of the DAI Spanish version*. Actas Españolas de Psiquiatría. Instituto Jalisciense de Salud Mental. México.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B., & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Rodríguez, M., García, E., Amariles, P., Rodríguez, A., & Faus, M. (2008). *Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica*. Atención Primaria, 40(8): 413-417.
- Rodríguez, R., Fernández, H., Bagny, A., Dompablo, M., Torio, I., Rodríguez, C., Arias, F., & Rodríguez, J. (2013) *Cognición y Esquizofrenia: De la Neurocognición a la Cognición Social*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 11(1): 10-24.
- Roman, F.N., Rojas, G., Roman, N.R., Iturry, M., Blanco, R., Leis, A., Bartoloni, L., & Allegri, R.F. (2012). *Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires*. Revista Neuropsicología Latinoamericana, 4(3): 1-5.
- Rosselli, M., Jurado, M.A., & Matute, E. (2008). *Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida*. En: Ardila, A, Funciones ejecutivas. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 8(1): 23-46.
- Ruggieri, V.L. (2013). *Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista*. Revista de Neurología, 56(1):13-21.

- Ruiz, A., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J., Cuppa, S., & García-Ribera, C. (2008). *Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)*. España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2):111-119.
- Ruiz, J., García, S., & Fuentes, I. (2006) *La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia*. *Apuntes de Psicología*. Universidad de Sevilla, 24(1-3):137-155.
- Saxe, R., & Kanwisher, N. (2003). *People thinking about thinking people. The role of the temporoparietal junction in "theory of mind"* *NeuroImage*, 19:1835-1842.
- Serret, J. (2015). *Cognición social y sintomatología en esquizofrenia* (Máster). Universitat Jaume i.
- Tellez, J. (2006) *Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología*. Colombia.
- Tirapú, J., Pérez, G., Erejatxo, M., & Pelegrín, C. (2007). *¿Qué es la teoría de la mente?* España.
- Touriño, G; Fernández, J; Baena, E. (2004) *Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación de pacientes esquizofrénicos*. España.
- Trujillo, N., & Pineda, D. (2008). *Trastornos de las Funciones Ejecutivas en la Infancia* En Ardila, A. *Funciones ejecutivas*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1): 77-94.
- Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovi, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J.P. (2009) *The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness*. *J Clin Psychiatry*, 70(4):3-48.
- WAPR-OMS (1997). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso*. WAPR. (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) OMS (Organización Mundial de la Salud).
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). *Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception*. *Cognition*, (13):103-128.
- Zuin, D.X. (2009). *Memoria, funciones cognitivas, edad, demencia, deterioro cognitivo leve*. Argentina. Intersalud.

8. Anexos

8.1 Cronograma de Ejecución

ACTIVIDADES	T1	T2	T3	T4
Aprobación del Comité de Ética				
Coordinación y encuadre con las instituciones				
Selección de recursos humanos y capacitación				
Entrevistas preliminares con usuarios				
Realización de entrevistas iniciales				
Ajustes del diseño				
Aplicación de test				
Procesamiento de datos				
Análisis de datos				
Redacción de informe final				
Difusión de los resultados				

8.2 Consentimiento Informado

El proyecto de investigación se encuentra enmarcado en un Trabajo Final de Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y tiene como objetivo estudiar la relación entre: conciencia de enfermedad, teoría de la mente y adherencia al tratamiento en usuarios que transitan su proceso de rehabilitación en un Centro Psicosocial en la ciudad de Montevideo.

La investigación se realizará en tres instancias distintas a lo largo de un trimestre, en donde tendrá que realizar algunas pruebas y cuestionarios.

Es fundamental que usted esté completamente de acuerdo en ser parte del proyecto. Su participación es totalmente voluntaria, y tiene el derecho de consultar en cualquier momento las dudas que le surjan. En caso de que en algún momento se sienta incómodo o las preguntas le generen molestia, puede abandonar el proyecto sin ningún tipo de impedimento ni la obligación de justificarlo.

Los datos que se generen a través de la información brindada y de las pruebas aplicadas serán manejados exclusivamente con fines de investigación científica, y se conservará la confidencialidad y la identidad de los participantes. Solo podrán acceder a la información los profesionales a cargo que sean parte del proyecto.

Su contribución al estudio no debería provocarle ningún tipo de daño, ni durante ni después de finalizado; así como tampoco le generará un beneficio personal de tipo económico. Una vez finalizada la investigación podrá acceder si desea a los resultados del estudio.

Si está de acuerdo con todo lo expresado, debe firmar el consentimiento.

He leído la información y se me ha explicado sobre las tareas que implica la investigación como participante, así como también la confidencialidad de los datos proporcionados, que serán difundidos plenamente con fines académicos en donde se preservará mi identidad. He tenido el espacio para preguntar cualquier duda antes de comenzar la investigación, y conozco mi derecho de hacerlo en cualquier momento a lo largo del proyecto. Se me ha informado que puedo dejar de participar cuando desee sin dar justificación al respecto.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante

Fecha:

Nombre Completo:

C.I:

Firma:

8.3 Herramientas de recolección de datos

8.3.2 Test de la mirada

(Román et al., 2012)

Procedimiento: se le mostrará a la persona 36 imágenes de miradas, y deberá elegir según lo que percibe una de las cuatro palabras dispuestas. Se sumará un punto por cada opción correcta. El puntaje normal se encuentra en 22-30. Un puntaje inferior a 22 señala dificultades en la interpretación de la mirada. A modo de ejemplo se adjuntan las dos primeras imágenes del test.



Juguetón - comfort - irritación - aburrimiento



Terror - **trastorno** - arrogancia - molestia

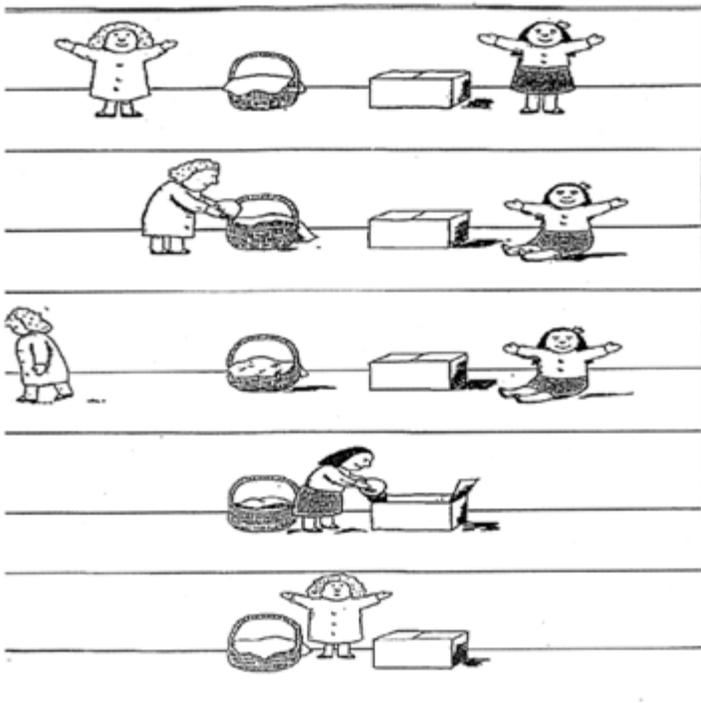
8.3.3 Tarea de Cambio Inesperado de objeto (test de Sally y Anna)

(Wimmer y Perner, 1983).

Procedimiento: se le lee la historia a la persona explicando la imagen.

Sally tiene una cesta, Anne tiene una caja. Sally posee una bola que guarda en su cesta. Cuando Sally abandona la habitación, tras haber dejado su cesta con la bola dentro, Anne se la quita y la coloca en su caja. Al regresar, Sally quiere tener su bola.

La cuestión es: ¿dónde irá a buscar Sally su bola? ¿En la cesta, o en la caja?



Para dar una respuesta correcta, la persona que reconoce la ubicación real de la bola en la caja, debe disociar su pensamiento del pensamiento de Sally (que lógicamente va a pensar que va a encontrar la bola en la cesta, tal como la había dejado al irse).

Si la persona contesta bien es capaz de representarse en su mente el estado de conocimiento de Sally -que no sabe que la bola no está en su canasta-, porque no ha visto el cambio- aún cuando el estado de conocimiento del propio del sujeto sea diferente -ya que la persona sí sabe dónde está la bola.

8.3.1 Hinting Task

(Gil, Fernández, Bengochea & Arrieta, 2011)

Instrucciones: Voy a leerle un total de 5 historias en las que aparecen dos personas. Cada historia termina con uno de los personajes diciendo algo. Cuando haya terminado de leer las historias, voy a hacerle algunas preguntas sobre lo que dijo el personaje. Esta es la primera historia. Escúchela con atención.

Ejemplo de una historia:

HISTORIA 2: Marisa va a cuarto de baño para darse una ducha. Ana acaba de darse un baño. Marisa se da cuenta de que el cuarto de baño está sucio, así que llama a Ana y le dice: «¿No pudiste encontrar el limpiador, Ana?».

Pregunta: ¿Qué quiere decir realmente Marisa cuando dice esto?

1.1.1.1. Respuesta literal

Respuesta criterio: Marisa quiere decir «¿Por qué no limpiaste el baño?» o «Ve y limpia el baño ahora». Esta respuesta se puntuaría con un 2 y se pasaría a la historia siguiente. Si el sujeto no da la respuesta correcta:

Añadir: Marisa continúa diciendo: «A veces eres muy vaga, Ana».

Pregunta: ¿Qué quiere Marisa que haga Ana?

1.1.1.2. Respuesta literal

Respuesta criterio: Marisa quiere que Ana limpie el baño. Esta respuesta puntuaría 1. Cualquier otra respuesta sería un 0.

8.3.4 Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire)

(Knobel et al., 2002)

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? (Sí/No).
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? (Sí/No).
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? (Sí/No).
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? (Sí/No).
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

(A: ninguna/B: 1-2/C: 3-5/D: 6-10/E: más de 10).

6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación? (Días: ...).

En la evaluación, se considera paciente no adherente, con base a las siguientes respuestas:

Pregunta 1: SI

Pregunta 2: NO

Pregunta 3: SI

Pregunta 4: SI

Pregunta 5: C, D ó E

Pregunta 6: Más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa, así:

A: 100-95%: Cumplimiento terapéutico

B: 85-94%: Cumplimiento terapéutico

C: 65-84%: Cumplimiento terapéutico

D: 30-64%: Cumplimiento terapéutico

E: < 30%: Cumplimiento terapéutico.

Este cuestionario considera paciente adherente, aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

8.3.5 DAI-10

(Robles, Salazar, Páez & Ramírez, 2004)

Escala auto-aplicada para la evaluación de la respuesta subjetiva a los neurolépticos

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F.

Por ejemplo:

Las drogas me hacen sentir mejor. (Vx) (F)

Si consideras que las drogas te hacen sentir mejor, haz una cruz sobre la letra V.

1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo V F
2. Me siento raro/a como un zombi con la medicación V F
3. Tomo la medicación por decisión mía V F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a V F
5. La medicación hace que me sienta más cansado/a V F
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a V F
7. Me siento más normal con medicación V F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mi mente estar controlado/a por medicación V F
9. Mis pensamientos son más claros con medicación V F
10. Por estar con medicación puedo prevenir estar enfermo V F

8.3.6 Escala SUMD

(Ruiz A, et al., 2008; Centro de investigación biomédica en red., 2015)

Compuesta por dos subescalas; conciencia de síntomas, (promedio de las suma de las puntuaciones según el número de ítems puntuados), y atribución de los síntomas (promedio de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados porque el paciente es consciente de estos). Se obtienen 5 puntuaciones de la prueba, una por cada escala de los tres ítems generales, una cuarta por la subescala de conciencia y una quinta por la subescala de atribución. Tanto las puntuaciones de los ítems generales como las de las escalas síntomas oscilan entre 1 y 5, de manera que a mayor puntuación menor conciencia de trastorno o atribución incorrecta. Los 3 ítems siempre se deben valorar, mientras que los 17 de síntomas sólo se valoran si están presentes. Además, debe valorarse la atribución sólo si la persona muestra conciencia total o parcial del síntoma, es decir si ha puntuado entre 1 y 3. Cabe decir que los síntomas de los que no se expresa conciencia no pueden ser valorados en su atribución, de esta manera la subescala de atribución es parcialmente dependiente de la de conciencia. Existe una versión abreviada de la prueba que sólo consta de 3 ítems generales y 6 ítem-síntomas de los que sólo se valora la conciencia y la no atribución.

En la columna actual «A», se califica el máximo nivel de conciencia apreciado durante la entrevista para la psicopatología actual. En la columna pasado «P» se califica el nivel presente de conciencia por cada ítem acontecido durante un período de tiempo anterior a la investigación en curso. En otras palabras, cuando se pregunta acerca de un episodio particular del pasado el sujeto en el momento

presente podría decir que entonces él estaba delirando, con trastornos del pensamiento, sin capacidad para relacionarse socialmente, mentalmente enfermo, etc.

Se pueden utilizar períodos de tiempo más cortos o más largos para la valoración actual y retrospectiva de la conciencia y la atribución, dependiendo de los objetivos de la investigación.

En los síntomas ítems (números 4-20) se debe valorar la comprensión del sujeto acerca de la causa de su síntoma (la atribución).

NOTA: Por cada síntoma los ítems de atribución serán evaluados sólo si el sujeto ha recibido una puntuación entre 1 y 3 en el ítem de la conciencia.

Lista de síntomas: Marque con un círculo la «A» para actual o la «P» para pasado, situadas junto al número de ítem, para señalar qué síntomas ítems y períodos de tiempo han de ser evaluados.

Ítems generales

1. *Conciencia de trastorno mental*

¿En términos generales, la persona cree que tiene un trastorno mental, un problema psiquiátrico, una dificultad emocional, etc.?

AP

00 No puede ser valorado

11 Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental

22

33 Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo

44

55 No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental

2. *Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación*

¿Qué es lo que cree la persona sobre los efectos de la medicación? ¿La persona cree que la medicación le ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas (si es aplicable)?

AP

00 No puede ser valorado o ítem no relevante

11 Conciencia: el sujeto claramente cree que la medicación ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas

22

33 Conciencia intermedia: está inseguro de que la medicación haya disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas, pero puede considerar la idea

44

55 No conciencia: cree que la medicación no ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas

3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

¿Cuál es la opinión de la persona acerca de las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, involuntariamente hospitalizado, arrestado, desalojado, despedido, herido, etc.?

AP

00 No puede ser valorado o ítem no relevante

11 Conciencia: el sujeto claramente cree que las consecuencias sociales relevantes están relacionadas con tener un trastorno mental

22

33 Conciencia intermedia: está inseguro acerca de que las consecuencias sociales relevantes estén relacionada con tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea

44

55 No conciencia: cree que las consecuencias sociales relevantes no tienen nada que ver con tener un trastorno mental Ítem síntoma de las subescalas

Ítem Síntoma

4 A P Alucinaciones

5 A P Delirio(s)

6 A P Trastorno del pensamiento

7 A P Afecto inapropiado

8 A P Apariencia o vestimenta inusual

9 A P Comportamiento estereotipado o ritualista

10 A P Juicio social empobrecido

11 A P Control pobre de los impulsos agresivos

12 A P Control pobre de los impulsos sexuales

13 A P Alogia

14 A P Aplanamiento o embotamiento afectivo

15 A P Desgana o apatía

16 A P Anhedonia-asocialidad

17 A P Atención pobre

18 A P Confusión-desorientación

19 A P Contacto visual inusual

20 A P Relaciones sociales pobres

Ejemplo:

6. Conciencia de trastorno de pensamiento

¿La persona se da cuenta de que su comunicación está desorganizada y es difícil de comprender para los demás?

AP

00 No puede ser valorado o ítem no relevante

11 Conciencia: el sujeto claramente cree que sus comunicaciones o sus pensamientos están desorganizados

22

33 Conciencia intermedia: está inseguro de que sus comunicaciones o sus pensamientos estén desorganizados, pero puede considerar la idea

44

55 No conciencia: cree que no tiene comunicaciones ni pensamientos desorganizados

6b. Atribución: ¿cómo explica el sujeto esta experiencia?

AP

00 No puede ser valorado o ítem no relevante

11 Correcta: el síntoma se debe a un trastorno mental

22

33 Parcial: está inseguro, pero puede considerar la posibilidad de que se deba a un trastorno mental

55 Incorrecta: el síntoma no está relacionado con un trastorno mental

8.3.7 Escala PANSS

(Peralta & Cuesta, 1994; Centro de Investigación Biomédica en Red, 2015)

Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 -ausente a 7 extremo. Está compuesto por 4 subescalas.

1. PANSS-P-Positiva (7 ítems)
2. PANSS-N-Negativa (7 ítems)
3. PANSS-PG-Psicopatología General (16 ítems)
4. PANSS-C-Compuesta (Restar síntomas positivos de negativos)

Desarrollo de la entrevista.

1. Se anima a que el paciente hable de su enfermedad y su situación vital
2. Evaluación de síntomas expuestos
3. Existencia y severidad de síntomas
4. Valorar áreas en las que el paciente se ha mostrado reticente a lo largo de la entrevista, evaluando organización conceptual del paciente.

Las cuatro escalas se expresan en percentiles. Además se pueden categorizar a los pacientes con predominio de síntomas positivos o negativos a través de dos métodos:

a) Sistema restrictivo

- Subtipo positivo: puntuación igual o mayor que 4 en 3 ó más ítems de la escala positiva, pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.
- Subtipo negativo: puntuación igual o mayor que 4 en 3 ó más ítems de la escala negativa, pero en menos de 3 ítems de la escala positiva.
- Subtipo mixto: puntuación igual o mayor que 4 en 3 ó más ítems en ambas escalas.
- Otro tipo: el resto.

b) Sistema inclusivo: emplea la puntuación de la escala compuesta.

- Subtipo positivo: >0

- Subtipo negativo: <0

Ejemplo de evaluación en un área:

PI. DELIRIOS.

Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.

1. Ausente: No aplicable.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

4. Moderado: Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

5. Moderadamente grave: Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

6. Grave: Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.

7. Extremo: Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente o la de otros.

PANSS TEST							
<i>Delirios</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Desorganización conceptual</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Alucinaciones</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Excitación</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Grandiosidad</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Susplicacia/perjuicio</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Hostilidad</i>	1	2	3	4	5	6	7

Escala positiva (PANSS-P)		Puntuación directa:_____ Percentil:_____					
<i>Embotamiento afectivo</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Retraimiento emocional</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Contacto pobre</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Retraimiento social</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Pensamiento abstracto</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Fluidez de la conversación</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Pensamiento estereotipado</i>	1	2	3	4	5	6	7
Escala negativa (PANSS-N)		Puntuación directa:_____ Percentil:_____					
	1	2	3	4	5	6	7
Escala compuesta (PANSS-C)		Puntuación directa:_____ Percentil:_____					
<i>Preocupación somática</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Ansiedad</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sentimientos de culpa</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Tensión motora</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Manierismos Posturas</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Depresión</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Enlentecimiento motor</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Falta de colaboración</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Pensamientos inusuales</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Desorientación</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Atención deficiente</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Ausencia de insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Trastornos de la volición</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Control deficiente de los impulsos</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Ensimismamiento</i>	1	2	3	4	5	6	7
<i>Evitación social activa</i>	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología general (PANSS-PG)		Puntuación directa:_____ Percentil:_____					
	1	2	3	4	5	6	7

8.4 Tabla 1 extraída de Portela, Virseda & Gayubo (2003)

TABLA 1. Principales estudios empíricos de la teoría de la mente en la esquizofrenia

<i>Estudios empíricos</i>	<i>Metodología. Tarea para medir ToM</i>	<i>Conclusiones</i>
Corcoran, Mercer y Frith CD, 1995	Pruebas de «insinuación», deducción de las intenciones utilizando estilo indirecto. No se controla el CI	Déficit en ToM en pacientes con síntomas negativos, trastornos del pensamiento o ideas delirantes de persecución
Frith CD y Corcoran, 1996	Viñetas de primer y segundo orden. Se controla CI y tratamiento con psicofármacos	Alteración más grave de ToM en pacientes con síntomas negativos o con trastornos de pensamiento. Déficit en ToM: variable de estado
Corcoran, Cahill y Frith CD, 1997	Viñetas humorísticas	Alteración mayor en pacientes con síntomas negativos o trastornos de pensamiento. Sin alteración en individuos asintomáticos
Safarti, Hardy-Bayle, Besche y Wildlocher, 1997	Tiras cómicas (<i>comic strips</i>)	Dificultad en ToM en pacientes esquizofrénicos con desorganización en el discurso y del pensamiento
Drury, Robinson y Birchwood, 1998	Pruebas de falsa creencia de segundo orden y prueba de metáforas para evaluar creencias de primer orden. Se controla el CI	Alteración en la ejecución de las pruebas en pacientes de mayor gravedad y con mayor intensidad sintomática. Variable de estado
Safarti, Hardy-Bayle, Brunet y Wildlocher, 1999	Tiras cómicas (<i>comic strips</i>)	Mayor dificultad en atribuir intenciones a los demás en pacientes con niveles elevados de trastorno de pensamiento
Pilowsky, Yirmiya, Arbelle y Mozes, 2000	Tareas de creencia real, de creencia valorativa, de decepción y de falsa creencia	Alteración en tareas de falsa creencia en niños con esquizofrenia. Las habilidades en ToM son iguales en la esquizofrenia paranoide que en la desorganizada o en la indiferenciada
Safarti, Passerieux y Hardy-Bayle, 2000	Tareas de ToM antes y después de introducir material verbal	Beneficio de rehabilitación cognitiva en la habilidad de atribuir estados mentales a los otros en pacientes esquizofrénicos
Pickup y Frith CD, 2001	Tareas de falsa creencia de primer y segundo orden. Se controla el CI (esquizofrénicos con delirio tienen alteración en ToM, pero menor CI)	Esquizofrénicos con alteraciones del comportamiento tienen mayor dificultad en realización de las tareas de ToM, pero menos que en autismo
Mazza, De Risio, Surian, Roncone y Casacchia, 2001	Tareas de falsa creencia de primer y segundo orden	Peores resultados en esquizofrénicos que en sujetos controles, siendo peor los resultados en pacientes con pobreza psicomotora en aquellos con distorsión de la realidad o desorganización
Pollice, Roncone, Fallon, Mazza, De Risio, Necozone, Morosini y Casacchia, 2002	Tareas de falsa creencia de primer y segundo orden. Medición de función social mediante AD y DAS. Se controla CI	Las tareas de ToM pueden ser útiles para desarrollar programas para reducir el deterioro social en pacientes esquizofrénicos