

Síntomes negatius i cognició social en l'esquizofrènia: Un programa d'intervenció

Andrea Vilar Weber¹ & Núria Fariols^{1,2}

¹ Universitat Ramon Llull

² Consorci Sanitari Maresme

Resum

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta un 1 % de la població mundial. El seu tractament ha estat molt estudiat i, al llarg del temps, s'han descobert i fomentat noves línies de treball com són el tractament de la simptomatologia negativa i el dèficit cognitiu, enfront de l'originària focalització en els símptomes positius. El present programa d'intervenció té com a objectiu principal la millora de la simptomatologia negativa i el funcionament social en les persones diagnosticades d'esquizofrènia negativa. El programa se situa en el buit existent entre els programes de rehabilitació cognitiva (RC) i els programes de reinserció laboral i vocacionals, ja que els actuals programes d'entrenament en habilitats socials han demostrat no ser aplicables a la vida diària dels pacients esquizofrènics.

El programa té un format grupal i una durada de tres anys, amb una sessió setmanal, i consta de quatre mòduls diferenciats (Entrevista Motivacional, Cognició, Simptomatologia negativa i relacions socials, Cloenda i Recopilació de conceptes) amb objectius, dificultat i temporalitat diferents.

Les possibles limitacions del programa vindrien donades per la dificultat de determinar quins són els pacients que s'adequarien a aquesta intervenció, per la qual cosa seria necessària la realització d'una avaluació apropiada per a seleccionar els membres del grup de tractament. Alhora, en la seva aplicació, les limitacions vindrien determinades per la forta implicació emocional i cohesió grupal que el programa requereix.

Paraules clau: esquizofrènia, programa d'intervenció, cognició social

Correspondència:

Andrea Vilar

Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

c/Císter, 34

AndreaVW@blanquerna.url.edu

Introducció

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta un 1 % de la població mundial.

En el seu quadre clínic hi distingim la simptomatologia negativa, la simptomatologia positiva i el dèficit cognitiu (Gutiérrez, Ocampo i Gómez, 2008; Chinchilla, 2000; Birchwood i Tarrier, 1995). Fins aquest moment, tant el tractament com els diferents estudis etiològics es basaven en la simptomatologia més florida, la positiva, i deixaven en un segon pla la negativa, encara que aquesta no disminuís amb els tractaments utilitzats. Amb l'aparició dels neurolèptics, aquesta part del quadre va poder ser reduïda des d'una òptica més mèdica (Chinchilla, 2000), però la simptomatologia referent a l'àmbit de la psicologia quedava encara sense resoldre. Actualment, el panorama ha canviat, ja que han proliferat els estudis referents als símptomes negatius i al seu tractament (García, 2008; Palma, 2007; Blanchard i Cohen, 2005; Correas i Quintero, 2004; Arango i Bombín, 2001; Lapierre, *et al.*, 2001; Jackson, *et al.*, 2001; Cuesta, Peralta i Serrano, 2000; Chinchilla, 2000). Alhora, també observem com han augmentat els estudis i els programes d'intervenció que tenen com a objectiu principal la millora cognitiva d'aquests pacients esquizofrènics. Aquesta nova tendència engloba tant la simptomatologia regulable mitjançant la medicació, com la simptomatologia referent a la funcionalitat social, que requereix tractaments psicològics complexos (Fuentes, Ruíz, García, Soler i Dasí, 2008; De la Higuera i Sagastagoitia, 2006; Barrera, 2006; Harvey, Koren, Reichenberg i Bowie, 2006; Light i Braff, 2005; Green, Olivier, Crawley, Penn i Silverstein, 2005; Elias, Chesa, Izquierdo, Fernández i Sitjas, 2003; Chinchilla, 2000; Park, Püschel, Sauter, Rentsch i Hell, 1999; Norman *et al.*, 1999).

Sota aquesta nova visió del trastorn, el present programa d'intervenció anirà dirigit al tractament dels símptomes negatius i a la cognició social, utilitzant l'Entrevista Motivacional com a eina de suport terapèutic, ja que ha quedat demostrat que és un reforç molt positiu (Palma, Cebrià, Farriols, Cañete i Muñoz, 2005).

Rere l'estudi de l'oferta actual en el tractament de l'esquizofrènia, denotem el buit existent entre els programes destinats a la rehabilitació cognitiva (RC), que engloben el marc social d'una manera poc profunda, i els programes vocacionals, laborals o de reinserció social, que tenen l'objectiu de retornar el pacient a la seva quotidianitat i al seu rol en la societat. És cert que existeixen els programes d'entrenament en habilitats socials, però, malgrat els esforços dels qui els duen a terme, denoten una

mancança quant a la seva aplicabilitat a la funcionalitat del pacient en el seu dia a dia. Així, es presenta la necessitat de crear un programa d'intervenció que cobreixi aquesta necessitat dels pacients esquizofrènics i els proporcionï eines per a poder assumir la realitat social i, posteriorment, dur a terme un programa de reinserció laboral o de caire vocacional.

El present programa és una proposta d'intervenció i, per tant, no ha estat comprovat en cap mostra clínica. El seu objectiu general és la millora de la simptomatologia negativa i el funcionament social (cognició social) en les persones diagnosticades d'esquizofrènia negativa.

Descripció del programa

El programa està dissenyat per a desenvolupar-se en un centre públic, de caràcter terapèutic i rehabilitador, com són els Centres de Dia (CD). Es durà a terme en format grupal tancat i amb la direcció i suport de dos terapeutes. La durada serà de 36 mesos, la periodicitat serà setmanal i les sessions seran de 90 minuts, a excepció de la primera sessió individual, que tindrà una durada de 60 minuts per cada pacient.

El programa no inclou sessions individuals, excepte la inicial, però sí que pretén que s'estableixi un contacte directe amb els professionals –psicòlegs i psiquiatres–, de manera que aquests treballin de forma individual amb cada membre del grup per contrastar opinions i percepcions. Així, es recomana establir una línia directa de comunicació permanent amb el centre de referència, el CSMA, on els pacients assisteixin paral·lelament per temes de medicació, teràpia familiar, individual o altres.

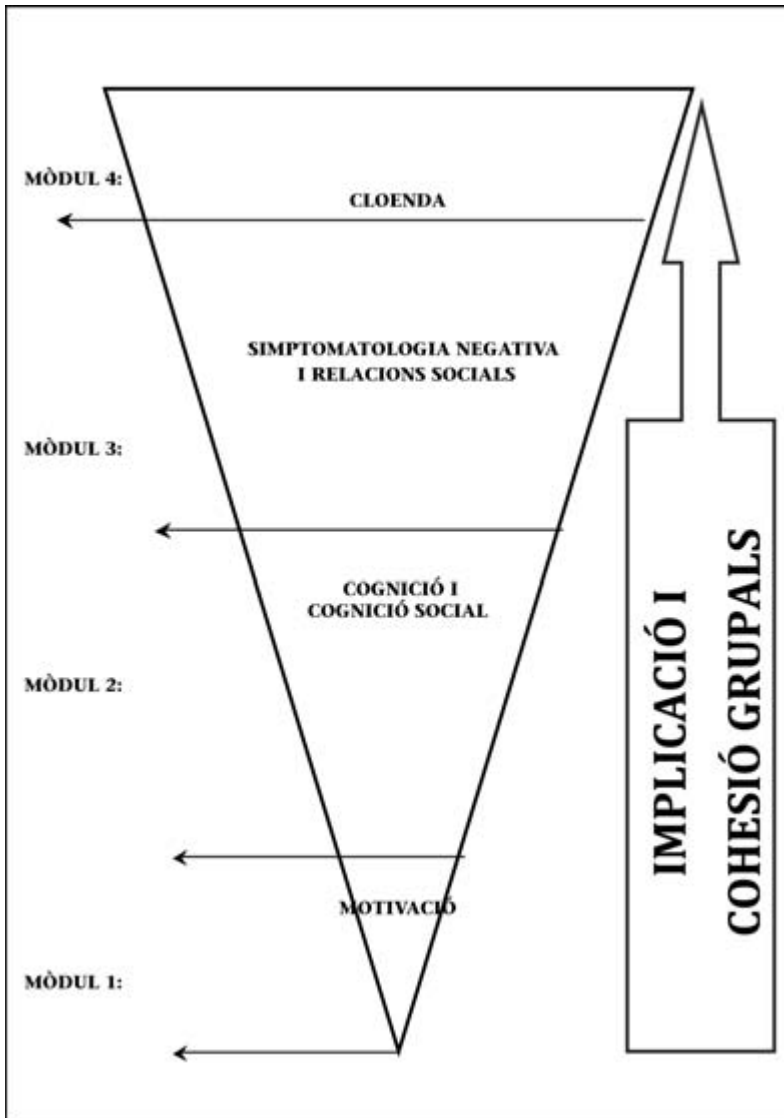
El grup estarà constituït per vuit pacients d'ambdós sexes i d'edats compreses entre 18 i 50 anys. Aquests pacients seran individus diagnosticats d'esquizofrènia, segons el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV-TR), i que estiguin en tractament farmacològic que garanteixi la seva estabilitat quant a símptomes positius. Els pacients han de tenir un mínim de cinc anys d'evolució del trastorn i hauran d'haver dut a terme un programa de rehabilitació cognitiva (RC), ja sigui en aquest mateix centre o en un altre (sempre que ho puguin acreditar).

Els pacients no han de presentar cap tipus d'impediment ni físic (que impedeixi al pacient dur a terme activitats d'escriptura, lectura o exposició) ni mental (retard mental greu) per a desenvolupar el programa. Alhora, hauran de comprendre l'idioma utilitzat en les sessions, el qual es determinarà en funció de la procedència dels membres del grup.

Procés

El present programa d'intervenció psicoterapèutica per a persones diagnosticades d'esquizofrènia amb simptomatologia negativa, està distribuït en quatre mòduls diferenciats en objectius, dificultat i temporalitat. El primer mòdul, Entrevista Motivacional (EM), té com a objectiu primer augmentar la motivació cap al canvi (que serà definit en el següent apartat) i millorar els símptomes negatius i el dèficit cognitiu i social. El segon mòdul, Cognició, té dos objectius bàsics: la millora de la cognició i el desenvolupament d'habilitats relacionades amb la cognició social. El tercer mòdul, Simptomatologia negativa i relacions socials, té com a finalitat primera el desenvolupament d'eines per a una adequada interacció i reinserció social i una millora de la simptomatologia negativa. El quart i últim mòdul serveix de cloenda i recopilació de conceptes i alhora pretén ser llançadora per al desenvolupament de programes de reinserció laboral i vocacionals. La figura 1 exemplifica aquesta gradació, quant a implicació i cohesió grupals, de les activitats que engloba cada mòdul. Alhora, caldrà tenir en compte que la intensitat emocional de les diferents activitats anirà variant en funció del mòdul en què es trobi el grup i, per tant, caldrà que els terapeutes modulin aquesta implicació en funció de l'estat i els progressos del grup en qüestió.

Figura 1: Estructura del programa per mòduls i activitats



Donada aquesta gradació, i com que existeix un augment de la intensitat emocional i la necessitat d'una adequada cohesió grupal, el programa es pot dur a terme sencer, o, en el cas que es considerés que un pacient no està preparat per a accedir al següent mòdul, es podria deixar o tornar a començar, sense que això suposés un fracàs ni per al pacient, ni

per al grup, ni per als terapeutes. Així, cal que tant el terapeuta com el coterapeuta estiguin atents als diferents indicadors d'estrès que puguin repercutir en el bon funcionament del grup i en la consecució dels diferents objectius que el programa planteja. També, en el cas que la totalitat del grup no complís els requisits per a avançar cap al següent mòdul, aquest s'hauria d'adaptar o adequar a les seves possibilitats i requeriments, tenint en compte, sempre, que una mala execució d'algun dels mòduls del present programa podria desestabilitzar algun pacient o el grup sencer.

Per altra banda, la cohesió grupal s'ha d'anar establint i forjant al mateix temps i amb la mateixa intensitat que ho fan els requeriments de les tasques de cada mòdul. És a dir, cal que el grup adquireixi un adequat clima de comprensió i recolzament mutu, com també un alt grau de coneixement de cada membre que s'equipari a les necessitats o demandes d'implicació de les tasques que pertocuin. En aquest punt, els terapeutes juguen un paper molt important a l'hora de fomentar la interacció entre els membres del grup i establir límits, drets i deures, que seran fonamentals per al bon funcionament i la consecució dels objectius de cada mòdul. Si la maduresa del grup no s'adequa a la tasca, caldrà modificar-la o replantejar-la per tal que sigui el més productiva possible.

Mòduls

- Mòdul 1: Motivació

El primer mòdul del programa, anomenat Motivació, té els seus fonaments en l'Entrevista Motivacional de Rollnick i Miller (1991 i 2001). Així, se seguiran les pautes dictades per aquests autors pel que fa a l'actitud terapèutica. En canvi, les directrius que es donaran al pacient vindran determinades per la interpretació feta per Palma, Cebrià, Farriols, Cañete i Muñoz (2005), els quals s'inicien en l'aplicació d'aquest estil terapèutic en l'àmbit de l'esquizofrènia. L'objectiu global d'aquest mòdul és augmentar la motivació cap al canvi, en el sentit de millorar els símptomes negatius i el dèficit cognitiu i social dels pacients amb esquizofrènia negativa. Així, determinem o definim el canvi, en aquest cas, com la consecució d'una vida adaptada, en la mesura del possible, per millorar les relacions socials i el nivell d'activitat i satisfacció. Per tant, aquesta entrevista anirà encaminada a determinar aquesta necessitat de canvi en els diferents membres del grup i les emocions que els envolten. La durada d'aquest mòdul és de set sessions, distribuïdes tal com mostra la taula número 1.

Taula 1: Distribució en sessions del mòdul 1

Num. sessions	Objectiu principal
1a (individual)	Determinar motivació pel canvi, tot detectant ambivalències (EM)
2a - 4a (grupal)	Presentació terapeutes i pacients i exposició global de l'EM
5a - 7a	Treballar les fases per a la consecució del canvi en base a les expectatives prèvies del grup (sessions 1a i 2a)

La primera sessió serà individual per tal de conèixer millor les motivacions i les resistències cap aquest canvi de cada pacient en particular, però les següents sessions es duran a terme en grup, fet que permetrà compartir allò comú en els diferents membres. Així, els pacients exposaran en grup i aniran trobant, ajudats pel terapeuta, les concordançes entre les diferents entrevistes individuals de cada membre del grup per tal de començar a crear llaços de comprensió i cohesió.

D'aquesta manera, aquest programa utilitza l'estil de l'Entrevista Motivacional de Rollnick i Miller i (2001), tenint en compte que aquests mateixos autors donen alguns exemples de les diverses possibilitats de dur a terme un *grup motivacional*. Alhora, cal remarcar que aquest no és un programa motivacional en si mateix, i que es pretén utilitzar l'estil d'aquest tipus d'entrevista, ja que ha demostrat ser una molt bona eina d'intervenció, per a reforçar el treball i el canvi de conducta dels pacients esquizofrènics a qui va dirigit.

- Mòdul 2: Rehabilitació Cognitiva: cognició i cognició social

El segon mòdul del programa té com a objectiu global treballar el dèficit cognitiu que els pacients esquizofrènics presenten, però d'aquest objectiu se'n deriven dos més: millorar la cognició (atenció, diferenciació cognitiva i memòria) i millorar el desenvolupament d'habilitats relacionades amb la cognició social (emocions externes, interacció, comunicació, etc.). Així, es diferencien dues fases: l'anomenada Cognició, que pretén servir de recordatori sobre les funcions cognitives ja treballades en l'anterior programa (requisit previ) executat pels pacients, i l'anomenada Cognició social, que pretén ampliar els coneixements, habilitats i eines dels pacients per a enfrontar-se a situacions socials reals.

La durada d'aquest segon mòdul és de cinquanta sessions, distribuïdes en tretze sessions per a la primera fase, destinada a la cognició, i trenta-set sessions destinades a la segona fase, cognició social. La distribució per fases, objectius específics i sessions s'exemplifica en la taula número 2.

Taula 2: Distribució per fases i objectius del mòdul 2

Fase	Objectius
Cognició (sessions 1a-13a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar l'atenció selectiva - Treballar habilitats per a la diferenciació cognitiva - Treballar la memòria
Cognició social (sessions 14a-50a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar la percepció social (normes i rols socials) - Treballar l'estil atribucional - Treballar les emocions externes i internes - Treballar la percepció d'emocions en altres (Teoria de la Ment)

- Mòdul 3: Sintomatologia negativa i relacions socials

El tercer mòdul del programa d'intervenció és la peça fonamental del treball o l'objectiu últim. En aquest mòdul s'hi treballaran els diferents fragments que componen les relacions socials, per tal de dotar els membres del grup d'eines i recursos per a afrontar la sintomatologia negativa que el trastorn els imposa i, alhora, reformular la seva vida i els seus objectius personals en base a aquesta condició.

El mòdul es distribueix en cinc fases, les quals han de ser acuradament adaptades al grup en concret i, alhora, avaluades rere cada sessió per tal d'arribar a una millora i no provocar cap perjudici sobre els pacients. Aquesta recomanació parteix de la idea – expressada inicialment – que el programa requereix una constant avaluació dels pacients i una adaptació a aquests, ja que la intensitat emocional i la implicació dels pacients és fonamental per a obtenir resultats, però, alhora, pot ser un recurs negatiu en alguns casos.

La durada d'aquest mòdul és de vuitanta sessions, distribuïdes segons les fases següents: La primera sessió s'utilitzarà de presentació; la primera fase, anomenada *Emocions pròpies*, té una durada de trenta-quatre sessions i l'objectiu general és treballar les emocions pròpies en el sentit d'identificar-les, formular-les i expressar-les adequadament per tal d'adquirir una bona comunicació i interrelació social. La segona fase, anomenada *Interacció*, té una durada de vint-i-sis sessions i l'objectiu general és treballar l'adequada interacció social en base a diferents estils i propostes, sempre tenint en compte la personalitat de cada membre del grup i les seves creences. La tercera fase, anomenada *Anhedònia*, té una durada de sis sessions i l'objectiu general d'aquesta és treballar el plaer per dur a terme activitats lúdiques o d'un altre tipus i la consecució d'aquestes, ja sigui de manera individual i fora de les sessions, o en grup. La quarta fase, anomenada *Estigma*, té una durada de quatre sessions i l'objectiu principal és presentar els recursos existents a la zona per tal de reduir l'impacte negatiu de la societat. És a dir, es proposa treballar l'estigma i l'aïllament social no des del punt de

vista de la societat, sinó des del suport mutu i la superació personal. Es proposen diferents activitats relacionades amb la recerca de grups de suport/autoajuda, el coneixement sobre la malaltia (congressos, xerrades, programes de ràdio i televisió, etc.), la influència dels propis pensaments d'infravaloració o autoestigma i l'assistència a programes dissenyats i adreçats a persones amb malaltia mental greu o l'escolta d'aquests programes. La cinquena i última fase d'aquest tercer mòdul s'anomena *Futur ocupacional*, té una durada de nou sessions i el seu objectiu és servir de pont o enllaç per a dur a terme altres programes de caire ocupacional o laboral. Així, es tracta d'encoratjar el grup per continuar treballant les seves mancances, però també per fomentar les seves habilitats tot posant-les en pràctica. L'última sessió d'aquest mòdul s'utilitzarà per a valorar entre el grup els avenços i les dificultats, tot valorant si és necessària una ampliació temporal del mòdul per tal d'assolir els seus objectius.

La distribució per fases, juntament amb els seus objectius específics, s'exemplifica en la taula 3.

Taula 3: Distribució per fases i objectius del mòdul 3

Fase	Objectius
Emocions pròpies (sessions 1a-34a)	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar o identificar les emocions bàsiques - Treballar el procés de percepció d'emocions - Treballar la regulació d'emocions
Interacció (sessions 35a -60a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar metes socials dels pacients - Adquisició d'un estil de comunicació assertiu - Treballar la comunicació no verbal - Estratègies de resolució de conflictes
Anhedònia (sessions 61a-66a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar amb les metes/plaers dels pacients - Cercar recursos
Estigma (sessions 67a-70a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar sobre la influència de l'estigma i l'autoestigma - Recursos per a la integració
Futur ocupacional (sessions 71a-79a)	<ul style="list-style-type: none"> - Treballar metes o expectatives - Autovaloració (capacitats pròpies)
Tancament (sessió 80a)	<ul style="list-style-type: none"> - Tancar el mòdul - Resoldre dubtes

- Mòdul 4: Cloenda

El quart i últim mòdul del present programa d'intervenció té com a objectiu principal tancar el procés establert inicialment i assentar unes bases de continuïtat per als pacients, ja que no tots els propòsits s'han d'haver acomplert. La durada és de cinc sessions, les quals poden ser reduïdes o perllongades, depenent dels requeriments del grup i, sobretot, de l'avaluació dels terapeutes.

Els terapeutes expliquen als pacients que es continuaran fent algunes sessions grupals esporàdiques per tal de reavaluar els resultats de la intervenció. Alhora, també es continuarà el seguiment des del centre de referència (CSMA), tant amb el psiquiatre com amb el psicòleg, ja que són dos tractaments paral·lels. Finalment, els terapeutes duran a terme una avaluació global i final de tots els membres del grup, que serà remesa al centre de referència per tal que quedi constància dels seus progressos i de les diferents etapes i activitats treballades durant l'aplicació del programa d'intervenció. Aquesta valoració es transmetrà, també, als pacients d'una manera individual per tal de comunicar-los tot allò que els terapeutes han pogut observar de la seva evolució, fet que els servirà de reforç per a continuar treballant.

Conclusions

El programa es presenta com una proposta de tractament i, per tant, encara no ha estat comprovat en cap mostra clínica. Així, aporta una visió molt emprenedora i una dinàmica diferent de la intervenció amb pacients esquizofrènics.

La inclusió de la motivació com a eina de treball i suport aporta un refons carregat de reforçadors i estimulants que permeten als pacients evolucionar millor i més ràpid, ja que creuen que el que fan té una finalitat i, a més, és la que ells han triat. En aquest sentit, durant tota l'execució del programa, els terapeutes demanaran opinions, valoracions i reforçaran les iniciatives dels pacients, creant, així, un programa diferent en cada cas o aplicació i adequat a cada grup en concret. Per tant, el programa pretén establir una comunicació bidireccional entre pacients i terapeutes per tal de dur a terme aquelles activitats que més es requereixin i utilitzant, sempre que sigui possible, aportacions de la vida diària dels pacients. Aquesta integració de contingut personal produirà una major cohesió grupal i un sentiment global de pertinença al grup i al programa.

El treball de les emocions i la utilització de tècniques com el *role playing* o l'exposició *in vivo* proporcionen una nova manera de treballar, amb aquest tipus de pacients, que els conferirà seguretat en ells mateixos i possibilitats d'emprendre nous camins en la seva vida. És a dir, els farà palpable una nova realitat.

D'altra banda, aquesta visió de la qual parlàvem inicialment, en determinats casos pot ser contraindicada, ja que pot sobrecarregar emocionalment o pot estressar en excés els pacients. D'aquesta manera, creiem que

la limitació més evident i destacable del present programa d'intervenció es redueix a la seva execució, que s'haurà d'adequar constantment a les circumstàncies –el temps– i, sobretot, a les característiques dels membres del grup. La dedicació constant per part dels terapeutes que hauran d'anar avaluant els progressos o, en alguns casos, retrocessos dels pacients, implica temps i esforç i, malauradament, no sempre es podrà dur a terme. El treball en xarxa per tal de combinar les anotacions o aportacions d'altres professionals que duguin a terme les sessions individuals de cada pacient del grup també és un altre requisit indispensable i costós d'aquest programa.

Pel que fa a les limitacions clíniques, creiem que és molt important seleccionar els pacients que formaran part del grup de tractament. Així, caldrà utilitzar una bateria de tests molt concreta per tal d'incloure únicament en el tractament aquells pacients que estiguin preparats per a desenvolupar les tasques que conté.

Per finalitzar, creiem que seria necessari avaluar el contínuum del procés de cada membre del grup, però també caldria dur a terme una avaluació inicial, mitjançant una bateria de tests (referents a personalitat, símptomes negatius i relacions socials), abans i després de la consecució del programa. Això ens aportaria una visió de l'efectivitat del programa i alhora de l'evolució del pacient. També seria important avaluar l'aportació de cada mòdul en benefici del pacient, la qual cosa requeriria una avaluació continuada i un disseny experimental complex.

En conclusió, són molts aspectes els que s'han de preveure abans, durant i després de l'execució del programa, però el més rellevant és tenir en compte els que fan referència a cada pacient i les relacions que es preveuen entre els membres del grup, com també aquelles que es van establint al llarg del programa.

REFERÈNCIES

- Arango, C. & Bombín, I. (2001). Diagnóstico diferencial de los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Interpsiquis*, 2, 15-25.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 3(44), 215-221.
- Birchwood, M. & Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

- Blanchard, J.J. & Cohen, A.S. (2005). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for Assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245.
- Chinchilla, A. (2000). *Guía terapéutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Correas, J. & Quintero, F.J. (2004). Actualización clínico-terapéutica de los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Psiquis*, 5(25), 233-241.
- Cuesta, M.J., Peralta, V. & Serrano, J.F. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(1), 37-50.
- De la Higuera, J. & Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24(3), 245-266.
- Elias, M., Chesa, D., Izquierdo, E., Fernández, E. & Sitjas, M. (2003). Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 91-103.
- Fuentes, I, Ruíz, J.C., Garcia, S., Soler, M.J. & Dasí, C. (2008). Esquizofrenia: Déficit en cognición social y programas de intervención. *Información Psicológica*, (93), 53-64.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 28(101), 9-25.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D.L. & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887.
- Gutiérrez, C., Ocampo, M.V. & Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 164-174.
- Harvey, P.D., Koren, D., Reichenberg, A. & Bowie, C.R. (2006). Negative symptoms and cognitive deficits: What is the nature of their relationship? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258.

Jackson, H., McGorry, P., Henry, L., Edwards, J. Hulbert, C., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J. & Power, P. (2001). Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): A 1-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, (40), 57-70.

Lapierre, D. Angus, C., Awad, A.G., Saxena, B.M., Jones, B., Williamson, P., Vincent, P., Carle, R., Lavallee, Y.J, Manchanda, R., Gauthier, B., Wolf, M.A., Teehan, M.D., Denis, J.F., Malla, A.K., Oyewumi, L.K., Busse, E., Labelle, A., Claesson, L. & Grafford, K. (2001). Tratamiento de los síntomas negativos: Un estudio clínico y metodológico. *RET*, 26, 31-46.

Light, G. & Braff, D. (2005). Mismatch negativity deficits are associated with poor functioning in schizophrenia patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 127-136.

Norman, R.M.G., Malla, A.K., Cortese, L., Cheng, S., Diaz, K., McIntosh, E., McLean, T.S., Rickwood, A. & Voruganti, L.P. (1999). Symptoms and cognition as predictors of community functioning: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 3(156), 400-405.

Palma, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: Diseño y desarrollo del programa PIPE*. Barcelona

Palma, C., Cebrià, J., Farriols, N., Cañete, J. & Muñoz, E (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis*, 3(26), 109-120.

Park, S., Püschel, J., Sauter, B.H., Rentsch, M. & Hell, D. (1999). Spatial working memory deficits and clinical symptoms in schizophrenia: A 4-month follow-up study. *Biol. Psychiatry*, (46), 392-400.

Rollnick, S. & Miller, W. (1991). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós: Barcelona

Rollnick, S. & Miller, W. (2001). *Emotional Interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press: New York

Resumen

Síntomas negativos y cognición social en la esquizofrenia: un programa de intervención

El presente programa de intervención tiene como objetivo principal la mejora de la sintomatología negativa y el funcionamiento social en las personas diagnosticadas de esquizofrenia negativa. El programa se sitúa en el vacío existente entre los programas de rehabilitación cognitiva (RC) y los de reinserción laboral y vocacional, ya que los actuales programas de entrenamiento en habilidades sociales han demostrado no ser aplicables a la vida diaria de los pacientes esquizofrénicos. El programa tiene un formato de grupo y una duración de tres años, con una sesión semanal, y consta de cuatro módulos diferenciados (Entrevista Motivacional, Cognición, Sintomatología negativa y relaciones sociales, Clausura y recopilación de conceptos) con objetivos, dificultad y temporalidad diferentes. Las posibles limitaciones del programa vendrán dadas por la dificultad de determinar quiénes son los pacientes más idóneos para esta intervención; por eso será necesario realizar una evaluación adecuada para seleccionar los miembros del grupo de tratamiento. Otra limitación podría ser la fuerte implicación emocional y cohesión de grupo que requiere el programa.

Palabras clave: esquizofrenia, programa de intervención, cognición social

Abstract

Negative symptoms and social cognition in schizophrenia: an intervention programme

Schizophrenia is a severe mental disorder that affects 1% of the world's population. Its treatment has been widely studied and, throughout time, new working lines have been found out and promoted such as the treatment of negative symptoms and cognitive impairment in contrast to the original focus on positive symptoms. This intervention programme's main objective is to improve negative symptoms and social functioning in people diagnosed with negative schizophrenia. This programme can be placed in the gap between cognitive rehabilitation (CR) programmes and work integration and vocational programmes, as the current social skills training programmes have been proven to be not applicable in the daily life of schizophrenic patients.

This programme has a group format and lasts for three years, with a weekly session. It has four different modules (Motivational Interview, Cognition, Negative Symptoms and social relationships, Closure and

collection of concepts) with different objectives, difficulty and timing. The possible limitations could be the difficulty of determining what patients would be more suitable for this intervention. To do so, there should be a proper assessment to select the members of the treatment group. At the same time, during its application, limitations would be determined by the strong emotional involvement and group cohesion required by the programme.

Key words: schizophrenia, intervention programme, social cognition