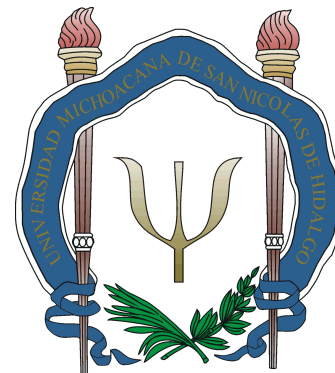




Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Psicología
División de Estudios de Posgrado



**Sintomatología negativa y gaudibilidad en pacientes del espectro de la
esquizofrenia**

TESIS PRESENTADA POR

Alejandro Israel García Esparza

PARA OBTENER EL GRADO DE

Doctor en Psicología

Comité Tutorial

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ferran Padrós Blázquez

CO-DIRECTOR

Dra. Anna Mané Santacana

LECTORES

Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo

Dra. Victoria González Ramírez

Dra. Karina Salud Montoya Pérez.

Morelia, Michoacán a octubre de

2025

Índice General

Capítulo 1.....	9
De la locura al espectro de la esquizofrenia.....	9
Breve Historia de la Locura	9
Concepciones clásicas de la esquizofrenia.....	14
Concepciones contemporáneas de la Esquizofrenia.....	18
Epidemiología	25
Curso clínico	25
Etiopatogenia y etiología.....	27
1.1Factores biológicos	28
1.2 Factores psicosociales.....	31
Una visión multifactorial e integral.....	33
Capítulo 2.....	37
La sintomatología negativa	37
Variables biológicas relacionadas con los síntomas negativos	41
Variables psicológicas relacionadas con la sintomatología negativa.....	43
Aspectos cognitivos.....	43
Aspectos psicosociales	51
Aspectos afectivos y motivacionales.....	53
Problematización de los síntomas negativos.....	57
Capítulo 3.....	59
El tratamiento de la esquizofrenia.....	59
Tratamientos farmacológicos	60
Tratamientos psicosociales.....	62
Capítulo 4.....	74
La Gaudibilidad y su relación con la sintomatología negativa: una alternativa para su comprensión	75
La psicología positiva como marco de referencia para la gaudibilidad	75
Planteamiento del problema.....	85
Capítulo 5.....	88
Método	88
Participantes	88
Escenario	89

Instrumentos	90
Procedimiento.....	95
1.- Contacto con las instituciones de salud.....	95
2.- Convocatoria de participantes y firma del consentimiento informado.	95
4.- Capacitación de personal para la aplicación de los instrumentos.	96
5.- Aplicación de instrumentos de evaluación.....	96
6.- Devolución personal de datos	97
7.-Análisis de datos.....	97
Consideraciones éticas	98
Capítulo 6.....	99
Resultados	99
Características de los participantes	99
Datos demográficos	99
Datos relacionados a la historia clínica	102
Puntuaciones de la Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS)	107
Puntuaciones de la Escala de gaudibilidad. Gaudiebility (Enjoyment Modulators) Scale for Adults of Morelia (EGAM).....	108
Puntuaciones de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal. <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA).....	110
Análisis de datos estadísticos. Relación entre Síntomas Negativos y Gaudibilidad.....	111
Capítulo 7	121
Discusiones	121
Las dimensiones de la gaudibilidad y los síntomas negativos.	121
La anhedonia y la gaudibilidad: entre el placer y el disfrute	121
Las creencias irracionales como punto de conexión entre la gaudibilidad y los síntomas negativos.....	124
La concentración como soporte del disfrute subjetivo	126
Otras relaciones	127
El deterioro cognitivo y su papel con la gaudibilidad y los síntomas negativos.....	128
Limitaciones del estudio.....	130
Problematización de los diagnósticos.....	131
Homogeneidad de la muestra	132
Evaluación de otras variables	133

Limitaciones metodológicas	134
Instrumentos de medición.....	135
Conclusiones generales	136
Referencias.....	138

Índice de tablas y figuras

Cuadro 1. Criterios para de diagnóstico de esquizofrenia estipulados en el DSM-5.	21
Cuadro 2. Síntomas considerados para el diagnóstico de esquizofrenia en el CIE-11.	22
Cuadro 3. Tratamientos psicológicos propuestos por la división 12 del APA.	64
Cuadro 4. Síntomas negativos y su asociación con creencias irracionales específicas.	66
Cuadro 5. Terapias propuestas para el trabajo de los síntomas negativos y su posible relación con la gaudibilidad.	75
Cuadro 6. Descripción general de la información a recabar en la entrevista de datos de identificación y recolección de historial psiquiátrico.	91
Cuadro 7. Orden de aplicación de los instrumentos de evaluación	97
Tabla 1. Frecuencia de las ocupaciones de los participantes	101
Tabla 2. Frecuencia de las ocupaciones previas de los participantes	102
Tabla 3. Frecuencias de los diagnósticos de los participantes	103
Tabla 4. Distribución de los participantes por tiempo de diagnóstico.	103
Tabla 5. Distribución de la edad de inicio de los síntomas.	104
Tabla 6. Frecuencia y promedio de consumo de sustancias en los pacientes.	106
Tabla 7. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Escala Breve de Síntomas Negativos.	108
Tabla 8. Correlaciones entre Edad, Edad de inicio de los síntomas y Tiempo de diagnóstico con la sintomatología negativa.	109
Tabla 9. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Escala de gaudibilidad.	109
Tabla 10. Prueba t para diferencia entre hombres y mujeres por dimensión de gaudibilidad.	110
Tabla 11. Correlaciones entre Edad, Edad de inicio de los síntomas y Tiempo de diagnóstico con la gaudibilidad.	111
Tabla 12. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Montreal Cognitive Assasment	111
Tabla 13. Correlaciones entre las dimensiones de síntomas negativos y guadibilidad.	113
Tabla 14. Análisis de regresión lineal entre Dimensiones de la Gaudibilidad y Síntomas Negativos en Esquizofrenia.	114
Tabla 15. Resumen del modelo de regresión lineal por pasos para la relación entre Gaudibilidad y síntomas negativos.	115
Tabla 16. Resumen del modelo de regresión lineal por pasos para la relación entre Gaudibilidad y síntomas negativos incluyendo al deterioro cognitivo.	116
Tabla 17. Coeficientes de ruta en análisis de mediación del deterioro cognitivo	117
Figura 1. Gráfico de rutas del modelo de mediación del deterioro cognitivo	118
Tabla 18. Coeficientes de ruta en análisis de mediación de la gaudibilidad	119
Figura 2. Gráfico de rutas del modelo de mediación de la gaudibilidad.	120

Agradecimientos

Este paso en mi formación nunca hubiera sido posible sin el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, el Hospital de Psiquiatría Dr. Gustavo León Mojica García y el Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco, muchas gracias por su apoyo.

Agradezco profundamente a mi tutor, el Dr. Ferrán Padrós Blázquez, la persona con más gaudibilidad que conozco, gracias por su acompañamiento, su paciencia, su asesoría constante y por enseñarme a disfrutar de este paso en mi vida.

Agradezco a la Dra. Ana Manné Santacana y al resto de mi comité de tesis, el Dr. Luis Miguel Sánchez Loyo, la Dra. Victoria González Ramírez y la Dra. Karina Salud Montoya Pérez. Todos ellos aportaron tiempo, trabajo, dedicación y paciencia a que este proyecto se cumpliera con éxito.

Agradezco a mi esposa y el gran amor de mi vida, Andrea Mosqueda. Mis pasos a su lado, son más seguros, más constantes y más alegres. Sin ella, nada de esto sería realidad.

A mi padre, quien, desde una realidad inmaterial, en mi memoria, mi corazón, a través de mí, de mis costumbres y de mi familia, se me muestra evidente y me recuerda que su amor permanece y que el alma es eterna. Sin su recuerdo, mis pasos en este proyecto no tendrían rumbo.

A mi madre, que, con una simple llamada, un recordatorio de que comiera bien, que me cuidara, que descansara, fueron analgésico para el estrés, la preocupación o las tristezas de este viaje.

A mis hermanos y a mi familia. Su amor y cariño son invaluable y han hecho que este proceso sea disfrutable y lleno de alegrías.

A mis amigos Erik y Julio, sin darse cuenta su compañía en este trayecto y la amistad que creamos fueron una parte central de lo que me dejó toda esta experiencia.

A mi mejor amigo, Panqué, su sola presencia durante tantas noches y horas frente al ordenador son el ejemplo perfecto de sentirse acompañado.

Gracias.

A mi padre y a sus *motivos*.

A todas las personas con esquizofrenia que formaron parte de esto,
a su subjetividad y a su capacidad por disfrutar de la vida.

Resumen

La esquizofrenia es una de las condiciones psiquiátricas más complejas y discapacitantes, cuyo impacto en la calidad de vida de los pacientes se ve profundamente influenciado por los síntomas negativos. Estos síntomas, frecuentemente menos visibles que los positivos, representan uno de los principales desafíos para la recuperación funcional y el disfrute de las personas. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los niveles de gaudibilidad, entendida como la capacidad psicológica para experimentar disfrute, en pacientes diagnosticados dentro del espectro de este trastorno. Se empleó un diseño cuantitativo, transversal y no experimental, con una muestra de 71 pacientes provenientes de instituciones psiquiátricas de Morelia y Aguascalientes. Para el análisis de los datos se emplearon pruebas de correlación para identificar relaciones entre variables, regresiones lineales por pasos para establecer predictores significativos, y modelos de mediación para explorar efectos directos e indirectos entre la sintomatología negativa, la gaudibilidad y el deterioro cognitivo. Los resultados mostraron relaciones significativas entre diversas dimensiones de la sintomatología negativa (como anhedonia, abulia, alogia e interacción social) y las subdimensiones de la gaudibilidad, siendo las creencias irracionales sobre el disfrute una de las variables con mayor poder explicativo. Asimismo, se identificó que la gaudibilidad no solo mantiene una relación directa con los síntomas negativos, sino que puede actuar como variable mediadora entre el deterioro cognitivo y estos síntomas, lo que aporta una nueva perspectiva para su comprensión clínica. Desde la discusión, se propone repensar los síntomas negativos más allá de su base exclusivamente neurobiológica, incorporando mediadores psicológicos como la gaudibilidad y el papel del deterioro cognitivo, que influye en procesos como la concentración, la motivación y la capacidad de anticipar el disfrute. Estas evidencias abren el camino a nuevas rutas de intervención psicoterapéutica y estrategias clínicas más integrales, que no solo se enfoquen en la reducción de síntomas, sino en la recuperación del bienestar subjetivo.

Palabras clave: Esquizofrenia, síntomas negativos, gaudibilidad, deterioro cognitivo, disfrute, mediación, recuperación funcional.

Abstract

Schizophrenia is one of the most complex and disabling psychiatric conditions, with its impact on patients' quality of life being significantly influenced by negative symptoms. These symptoms, often less visible than positive ones, represent one of the main challenges for functional recovery and the experience of pleasure. In this context, the present study aimed to analyze the relationship between negative symptomatology in schizophrenia and levels of gaudibility, understood as the psychological capacity to experience enjoyment, in patients diagnosed within the spectrum of this disorder. A quantitative, cross-sectional, and non-experimental design was employed with a sample of 71 patients from psychiatric institutions in Morelia and Aguascalientes. Data analysis included correlation tests to identify relationships between variables, stepwise linear regressions to establish significant predictors, and mediation models to explore direct and indirect effects between negative symptoms, gaudibility, and cognitive impairment. The results revealed significant relationships between various dimensions of negative symptoms (such as anhedonia, avolition, alogia, and social interaction) and the subdimensions of gaudibility, with irrational beliefs about enjoyment emerging as one of the most explanatory variables. Additionally, it was found that gaudibility not only maintains a direct relationship with negative symptoms but can also act as a mediating variable between cognitive impairment and these symptoms, offering a new perspective for their clinical understanding. The discussion proposes rethinking negative symptoms beyond their exclusively neurobiological basis by incorporating psychological mediators such as gaudibility and the role of cognitive impairment, which affects processes such as concentration, motivation, and the ability to anticipate enjoyment. These findings pave the way for new psychotherapeutic interventions and more comprehensive clinical strategies that focus not only on symptom reduction but also on the recovery of subjective well-being.

Keywords: Schizophrenia, negative symptoms, gaudibility, cognitive impairment, enjoyment, mediation, functional recovery.

Capítulo 1

De la locura al espectro de la esquizofrenia

La esquizofrenia es uno de los conceptos en salud mental que ha tenido un recorrido histórico de gran relevancia para la humanidad, trazando hitos importantes en la manera en cómo la sociedad ha concebido el fenómeno de la locura a través del tiempo. En este primer capítulo recorreremos ese camino histórico, resaltando los momentos, autores y planteamientos más representativos de aquellas épocas, los cuales han influenciado en el concepto de esquizofrenia que tenemos hoy en día. Comenzaremos por abordar la idea de la locura en el mundo antiguo a través de las distintas civilizaciones de las que se tiene registro, luego nos remitiremos a la antigua Grecia y a la época del oscurantismo hasta llegar al renacimiento y a las primeras descripciones nosológicas de la esquizofrenia. Después, abordaremos las conceptualizaciones actuales haciendo referencia a los principales manuales diagnósticos, así como a las contribuciones científicas y teóricas que han dado una valiosa aportación de lo que hoy puede definirse como Espectro de la Esquizofrenia, abordando de manera general las explicaciones etiológicas y etiopatogenias de la enfermedad.

Breve Historia de la Locura

Es evidente que conceptos como psicopatología, enfermedad y trastorno mentales hicieron su aparición formal en la humanidad mucho después de varios siglos de civilización, sin embargo, la antropología y la arqueología nos han ofrecido una serie de evidencias con las que se ha podido inferir la aparición de diversos fenómenos que hoy en día podrían denominarse enfermedades mentales. La primera evidencia es aportada por la paleopatología, quien es la encargada de estudiar las enfermedades que padecían nuestros ancestros a través del análisis de sus restos. En esta área los hallazgos más importantes se concentran en el estudio de cráneos

trepanados, los cuales han sido encontrados en varias partes del mundo siendo en América, específicamente en Perú, donde se han encontrado en mayor número (Campillo, 2011). Se ha hipotetizado que el fenómeno de la trepanación del cráneo pertenece a mediados del periodo Paleolítico y obedece a una práctica quirúrgica ritualística en donde se asumía que las enfermedades podrían estar relacionadas con procesos mágicos religiosos que se derivaban de hechizos nocivos, infracción de un tabú, penetración mágica de un objeto en el cuerpo, posesión por espíritus malignos y pérdida del alma (Ferré-Chiné, 2018). Enfermedades como la epilepsia, la melancolía o la locura, que no tenían un referente directo a través de un cuerpo enfermo, eran explicadas a partir de dichas premisas, siendo la trepanación una forma de tratamiento (Lastres y Cabieses, 1959). Los paleopatólogos aún continúan estudiando este fenómeno, sin embargo, han concluido que fue una práctica extendida entre nuestros ancestros prehistóricos, e inclusive continúa vigente entre los denominados pueblos primitivos actuales (Campillo, 1993).

La concepción de la enfermedad mental también se documenta en fuentes históricas tempranas, como el Código de Hammurabi y el Papiro de Ebers, donde aparecen descripciones de padecimientos como la epilepsia, la melancolía, el alcoholismo y la locura (Calderón, 1994). Este último texto dedica un apartado completo a las alteraciones psíquicas, interpretadas entonces como trastornos del corazón, al cual se le atribuían funciones centrales en la transmisión de fluidos, las percepciones y los procesos cognitivos (Urgelés, 2021). De manera paralela, las Vedas de la antigua India mencionan dolencias relacionadas con el abuso del alcohol, estados depresivos y manifestaciones que, desde una mirada contemporánea, podrían considerarse formas de psicosis (Scharfetter, 1988).

Es importante señalar que estos antecedentes se acercan muy poco al concepto que actualmente conocemos como esquizofrenia, sin embargo, si reflejan de forma directa o indirecta

una percepción del concepto de enfermedad mental, el cual en un primer momento era explicado a partir de agentes externos de naturaleza mágica o religiosa, pero que poco a poco fueron concibiéndose como producto del mismo cuerpo. Lo relevante de estas concepciones es que no son exclusivas de una o pocas civilizaciones, sino que tienen una gran generalidad en todos los rincones del mundo antiguo, evidenciándose a través de la pintura, esculturas y lugares que eran destinados para prácticas médico-religiosas, incluso el análisis de los idiomas antiguos ha evidenciado palabras que podrían designar ciertos estados de perturbación mental (Postel & Quénel 2000; Viesca & de Viesca, 2017).

Continuando con el recorrido histórico, otro de los grandes referentes se encuentra representado en los escritos del Antiguo Testamento. En estos escritos se narran gran cantidad de historias en donde podemos identificar una noción de locura muy particular que consistía en un castigo divino derivado del pecado (Devoto, 1986). Un pasaje bastante ilustrativo de lo anterior lo podemos encontrar en el libro del Deuteronomio en donde se lee lo siguiente “Te castigará el señor con la locura o el delirio, con la ceguera o con el frenesí” (en Calderón, 1994, pp. 249). De igual manera se puede evidenciar estas nociones de locura con la historia del rey Nabucodonosor quien perdió la cordura y la recuperó hasta que reconoció el poder de Dios. También encontramos lo que Calderón (1994) denomina como un proceso psicótico afectivo en la historia de Saúl, personaje que desobedeció el mandato de Dios y fue afectado por el mal espíritu, el cual le provocó impulsos incontrolables que lo llevaron al suicidio. Otros personajes también han sido asociados con un padecimiento psiquiátrico tal es el caso del profeta Ezequiel, a quien se le ha atribuido la hipótesis de que padecía de esquizofrenia o de una epilepsia del lóbulo frontal por el tipo de síntomas que presentaba y que él mismo describía en sus escritos (Altschuler, 2002).

Por otro lado, los griegos de la Antigüedad también vincularon la locura con el castigo divino, pues consideraban que los dioses podían provocar delirios, alucinaciones, confusión y otros tormentos en quienes deseaban destruir o castigar (Padel, 1995). Estas concepciones quedaron plasmadas en diversas obras literarias, como la Orestíada de Esquilo, donde Orestes es invadido por la locura tras asesinar a su madre y al amante de esta. De forma semejante, Sófocles relata que la diosa Atenea perturba la mente de Áyax, induciéndolo a confundir un rebaño de animales con los guerreros a quienes pretendía dar muerte (Simon, 1978). Igualmente, numerosos textos mitológicos atribuyen a Dionisio el poder de provocar la demencia en los hombres (Padel, 1995). No obstante, no fue sino hasta Hipócrates, hacia el 377 a.C., que se comenzó a desplazar la explicación sobrenatural de la locura al proponer la teoría humoral (Concha, 2004). Sus descripciones incluyen nociones cercanas a fenómenos psicopatológicos, como el frenesí o frenetis, entendido como un cuadro agudo acompañado de delirios, agitación, insomnio, pesadillas y cefaleas (Postel & Quérel, 2000). Sin embargo, sus aportaciones no lograron erradicar por completo la idea de que la enfermedad mental tenía un origen divino.

En la Edad Media, bajo la influencia del cristianismo, reapareció la noción de que las alteraciones emocionales y mentales obedecían a causas sobrenaturales. Según Devoto (1986), la canonización de los episodios narrados en el Antiguo Testamento legitimó la idea de que la locura y otros trastornos psicopatológicos eran consecuencia del pecado, y que este derivaba de la intervención demoníaca. En consecuencia, el exorcismo se convirtió en la única alternativa terapéutica reconocida. Este marco ideológico dio origen a instituciones como la Santa Inquisición, que se encargó de sancionar a quienes fueran considerados poseídos. La persecución se institucionalizó tras la bula de Inocencio VIII, que avaló el *Malleus Maleficarum*, manual que sistematizaba, mediante preguntas y supuestos signos clínicos, criterios para distinguir a los

fieles de quienes eran acusados de practicar la brujería (Kramer & Sprenger, 1486/1923). A partir de estos eventos varios autores como (Foucault, 1964/1992) y Szasz (1974) han argumentado que la creación de la psiquiatría obedece a un problema de control social que pretende ser un instrumento de disciplinamiento y de regulación, en donde el poder psiquiátrico tiene la facultad de decidir quiénes están locos y quienes no. Sin embargo, como lo comenta Huertas (2012) esta concepción del poder psiquiátrico evidentemente debe ser trabajada a través de un análisis historiográfico en donde se asuman las ideas claves de las que se parten, en el caso de Foucault, dichas ideas radican en el poder de la normalización y el adoctrinamiento, que en el caso de la Inquisición evidentemente respondía a esta situación por el control que ejercía, pero hoy en día es innegable el hecho de que la psiquiatría y la medicina han basado su práctica no en el control, sino en el conocimiento científico y a favor de mejorar la expectativa y calidad de vida, pero esto no ocurrió varios siglos después.

La interpretación de los trastornos mentales como resultado de la acción de espíritus malignos comenzó a cuestionarse con pensadores como Alberto Magno y Tomás de Aquino, quienes buscaron dar explicaciones basadas en procesos corporales. No obstante, fue con Johann Weyer cuando esta perspectiva se consolidó, sentando las bases de lo que más tarde se conocería como psiquiatría moderna. Weyer sostuvo que aquellos considerados poseídos eran, en realidad, enfermos que requerían un abordaje médico y humano. A partir de estas ideas se fundaron los primeros nosocomios, inicialmente en España, con una posterior expansión hacia Latinoamérica y otras regiones de Europa (Vallejo, 2002). Sin embargo, las condiciones de vida en dichos lugares eran precarias hasta que figuras como Pinel y Esquirol impulsaron mejoras sustanciales: el primero, en Francia, dignificó los sanatorios atendiendo tanto a aspectos materiales como morales; el segundo, por su parte, promovió la responsabilidad estatal en la atención a los

enfermos mediante una red pública de asilos y la colaboración con instituciones privadas (Sacristán, 2009).

Concepciones clásicas de la esquizofrenia

Luego de estos cambios tan radicales en el mundo de la psiquiatría, el estudio nosológico para las enfermedades mentales fue haciéndose cada vez más sistemático, valiéndose de la semiología y de la práctica clínica. En estos primeros intentos para clasificar las enfermedades el concepto de esquizofrenia comenzaba a vislumbrarse en los primeros trabajos realizados en la obra de Pinel (1829) quien hablaba de demencia o abolición del pensamiento cuando aparecía un estado en el que las facultades mentales se tornaban incoherentes, considerando también como otra categoría al idiotismo en donde aparecía una obstrucción de las facultades intelectuales y afectivas. En lo propuesto por Pinel, observamos que en sus categorías aparecen síntomas que hacen alusión al diagnóstico de esquizofrenia actual, como podrían ser lenguaje incoherente y alteraciones del movimiento.

Tras las aportaciones de Pinel, su discípulo Esquirol impulsó avances significativos en la nosología psiquiátrica al enfocarse en la evolución y el pronóstico de la locura, incorporando a su clasificación criterios de temporalidad y gravedad (Derito, 2006). En sus escritos se identifican referencias que se aproximan al concepto de esquizofrenia, situadas dentro de la categoría de idiotismo congénito o adquirido. Esta última incluía casos en los que las facultades intelectuales no llegaban a desarrollarse plenamente o bien se deterioraban progresivamente al llegar a la juventud, tras haber alcanzado previamente cierto grado de desarrollo (Esquirol, 1847).

Es importante señalar que, en ambas nosologías, el término “demencia precoz”, considerado posteriormente como el primer antecedente de la esquizofrenia, no aparece formulado explícitamente por Pinel ni por Esquirol. Sin embargo, este último reportó casos de

jóvenes que, tras llevar una vida aparentemente normal, experimentaban un brusco deterioro que se manifestaba en obliteración cognitiva y torpeza. En sus descripciones, Esquirol destacó síntomas como el negativismo, el estupor, la apatía, las estereotipias, la verbigeración y ciertas actitudes peculiares, clasificando estas presentaciones unas veces como demencia crónica y otras como idiotismo accidental o adquirido (Derito, 2006).

El concepto de demencia precoz se origina en las descripciones realizadas por el psiquiatra francés Benedict Morel, quien documentó casos de jóvenes alienados a los que diagnosticó como *démence stupide* o *stupidité aboutissant à la démence*. Este cuadro se caracterizaba por la presencia de estereotipias en la postura, los gestos y el lenguaje, acompañadas de un marcado negativismo. La evolución era rápida e inexorable, conduciendo progresivamente a la pérdida de las facultades intelectuales y, en última instancia, a la demencia (Mahieu, 2004).

El concepto fue posteriormente latinizado por Emil Kraepelin (1902), quien definió la *dementia praecox* como un proceso patológico que se desarrollaba tras una etapa premórbida relativamente normal, y que evolucionaba hacia un deterioro cognitivo y social posterior a los primeros episodios psicóticos. En su planteamiento, concedía especial relevancia al debilitamiento de las ideas, los sentimientos y las tendencias de orden general, lo que denominó un trastorno de la abstracción, entendido como la incapacidad para transformar percepciones en conceptos más complejos. Entre las manifestaciones clínicas mencionaba la risa vacía carente de humor, las gesticulaciones y movimientos musculares sutiles, la incoherencia conversacional, la apatía y la pobreza de ideas. Kraepelin señalaba además que alucinaciones y delirios podían aparecer tempranamente junto a síntomas depresivos leves, y mantenerse a lo largo del curso del trastorno. En este estado demencial, las facultades de comprensión y memoria permanecían

menos comprometidas que el juicio, los impulsos afectivos y la capacidad volitiva, que eran, según él, las funciones más deterioradas.

El propósito de Kraepelin no era reproducir sin más los planteamientos de Morel, sino construir una entidad nosológica distinta de otras enfermedades mentales y de los estados psicopáticos degenerativos (Novella & Huertas, 2010). Para ello llevó a cabo un seguimiento exhaustivo de casos individuales, lo que le permitió, tras separar los aspectos accidentales de los esenciales, delimitar de manera práctica diferentes formas de trastorno, restando importancia al sustento anatómico o etiológico (Hoening, 1983). Asimismo, incorporó en su propuesta algunos elementos señalados por Ewald Hecker en torno a la hebefrenia, tales como el debilitamiento afectivo, la apatía, la falta de iniciativa voluntaria, la indiferencia, la desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad (Álvarez, 1996; Novella & Huertas, 2010).

Aproximadamente una década después de Kraepelin, en Suiza comenzaban a aparecer los trabajos de Eugen Bleuler (1911/1993) centrados en delimitar el rasgo psicopatológico fundamental de lo que se denominaba como *dementia praecox*. Él a diferencia de Kraepelin, caracterizó el cuadro de la enfermedad con un rasgo psicopatológico fundamental que sería la escisión del yo, acuñando el término esquizofrenia, que quiere decir mente escindida. Bleuler propuso síntomas fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad como lo son los trastornos de las asociaciones que pueden observarse cuando los pacientes operan con ideas y conceptos que no tienen relación y pierden su continuidad, produciendo asociaciones ilógicas y formalmente incoherentes, aludiendo a estas características Bleuler menciona que el esquizofrénico

“[...] opera a menudo con meros fragmentos de ideas y conceptos. Esto tiene por resultado asociaciones que individuos normales consideraran incorrectas, extrañas, y totalmente imprevisibles. Con frecuencia el proceso del pensar se detiene en medio de un pensamiento; o en el intento de pasar a otra idea, cesa súbitamente por completo, al menos en cuanto es consiente (obstrucción). En lugar de continuar el pensamiento, afloran nuevas ideas que ni el paciente ni el observador pueden relacionar de ningún modo con la anterior corriente de pensamiento.” (1911/1993, pp. 16)

Entre los síntomas fundamentales señalados por Bleuler se encuentran las alteraciones afectivas, que pueden expresarse como retraimiento y aplanamiento emocional, la presencia de una afectividad incongruente, o bien la ambivalencia, entendida como la coexistencia de pensamientos, emociones o actitudes opuestas. Otro signo central descrito por el autor fue el autismo, concebido como el predominio patológico de la vida interior sobre las relaciones con el mundo externo (Bleuler, 1934). Para Bleuler, estos rasgos constituían la esencia de la esquizofrenia, aunque podían acompañarse de síntomas adicionales o accesorios tales como delirios, alucinaciones, alteraciones de la memoria y trastornos del lenguaje (Jablensky, 2022). Sus planteamientos marcaron un precedente en la comprensión moderna de la esquizofrenia, al integrar tanto dimensiones orgánicas y psicológicas como el papel de la disfunción cerebral y los factores psicosociales (Kales, Kales & Vela-Bueno, 1990).

Luego de los anteriores esfuerzos por definir esta nueva identidad morbosa, la psiquiatría parecía no estar satisfecha aún con la nosología y los criterios diagnósticos para la esquizofrenia, apareciendo con el tiempo otras contribuciones que irían afinando los rasgos característicos para su comprensión. Dentro de esta perspectiva destaca la propuesta de Schneider, quien, dejando de

lado cualquier referencia al pronóstico y la evolución, realizó una caracterización clínica de los síntomas esquizofrénicos que resultó altamente influyente. En su planteamiento, reorganizó la sintomatología descrita por Bleuler y estableció un conjunto de experiencias psicóticas a las que denominó síntomas de primer rango, dada su utilidad para reconocer lo esquizofrénico (Novella & Huertas, 2010). La relevancia de su trabajo radicó en la identificación de síntomas patognomónicos que facilitaran un diagnóstico más preciso de la enfermedad (Schneider, 1959).

Schneider propuso dos categorías de síntomas: los de primer rango, propios del proceso esquizofrénico, que incluyen fenómenos como la sonorización del pensamiento, las voces dialogadas, las voces que comentan la actividad del sujeto, las experiencias de influencia corporal, la interferencia o divulgación del pensamiento, las percepciones delirantes y los sentimientos o acciones vividos como impuestos. La segunda categoría reúne síntomas considerados reacciones al proceso mórbido, tales como las ocurrencias delirantes, la perplejidad, el empobrecimiento afectivo, las distimias y las alteraciones sensoriales. Sus aportaciones fueron ampliamente aceptadas en la psiquiatría y difundidas al ámbito anglosajón por investigadores británicos, ejerciendo una fuerte influencia en la conceptualización de la esquizofrenia. Al centrar la atención en los síntomas patognomónicos de primer rango, Schneider proporcionó un referente clínico que sirvió de base para posteriores criterios diagnósticos (Andreasen, 1997).

Concepciones contemporáneas de la Esquizofrenia

Actualmente, el concepto de Esquizofrenia sigue generando controversia en el terreno de la psicopatología y se continúa tratando de comprenderla mediante la observación clínica y los hallazgos empíricos (Sass et al., 2011). Por tales motivos los investigadores han trabajado arduamente en la búsqueda de marcadores biológicos y experimentales que puedan ofrecer una

mejor explicación al trastorno, de igual manera se ha invertido un esfuerzo considerable para la explicación y comprensión de los diversos síntomas que lo conforman. Con respecto a esto último, parte de la conceptualización contemporánea de la esquizofrenia reside en el cuadro clínico de la enfermedad, el cual se ha considerado a partir de la distinción entre síntomas positivos y negativos (Andreasen, 2011; Andreasen, et al., 1990; Andreasen & Olsen, 1982).

La concepción original de Jackson (1874) sobre los síntomas positivos y negativos hacía referencia a la presencia o ausencia de fenómenos que en situaciones normales no se manifiestan o se manifiestan cuando el funcionamiento es saludable. Con estos términos, dicho autor tenía la intención de resaltar la evolución y la organización jerárquica de la función de la corteza cerebral en las funciones mentales en donde lo positivo llegaba a manifestarse como una exageración de una función o comportamiento y lo negativo como una ausencia o déficit. Retomando lo anterior, actualmente se ha conceptualizado clínicamente en estos términos a la esquizofrenia (Berrios, 1991).

La sintomatología positiva se refiere a la distorsión o exageración de funciones psicológicas que en condiciones normales están presentes, y que confieren a la esquizofrenia su rasgo distintivo: la ruptura del vínculo con la realidad. Esta se manifiesta en distintos procesos mentales, tales como alucinaciones o alteraciones en la percepción, delirios asociados a un pensamiento inferencial anómalo, discurso desorganizado producto de irregularidades en el lenguaje, y conductas desorganizadas vinculadas con fallas en el control y la regulación de la acción (Andreasen, 2000). Como consecuencia, la persona experimenta una pérdida del sentido de realidad, confundiendo su mundo interno con la realidad objetiva, lo que frecuentemente conlleva a la falta de conciencia sobre su padecimiento (Jarne et al., 2006).

En contraste, la sintomatología negativa implica la reducción o ausencia de funciones psicológicas habitualmente presentes. Dentro de este conjunto se incluyen la alogia, que se expresa en una escasa producción verbal y en la disminución de la fluidez del pensamiento y del lenguaje; el aplanamiento afectivo, caracterizado por respuestas emocionales limitadas; la abulia, que conlleva dificultad para iniciar y sostener conductas dirigidas a metas; la anhedonia, entendida como la disminución o pérdida de la capacidad para experimentar placer; y los déficits atencionales (Andreasen, 2000). Desde este punto de vista clínico y guardando cierta relación con lo anterior, otra conceptualización relevante es la que se basa en el enfoque categorial de las enfermedades mentales. En esta perspectiva la esquizofrenia debe cumplir criterios diagnósticos, los cuales dependen en función de la nosología y nomenclatura que se estén utilizando. Hoy en día, las herramientas principales para el establecimiento de diagnósticos son aquellas elaboradas por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el caso del APA encontramos el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM-5), el cual ubica a la esquizofrenia en el apartado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, contemplando una serie de criterios que se muestran en el cuadro 1 (APA, 2014).

Cuadro 1. Criterios para de diagnóstico de esquizofrenia estipulados en el DSM-5 (APA, 2014).

Criterios diagnósticos	295.90 (F20.9)
A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios 2. Alucinaciones 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal están muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa en la consecución del nivel esperado de funcionamiento personal, académico o laboral) C. Los signos continuos al trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir,	

	síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales)
D.	Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) no se han producidos episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo residual de la enfermedad.
E.	El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológico de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
F.	Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio de la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (más o menos si se trató con éxito).

Además de dichos criterios, el DSM-5 (APA, 2014) otorga una serie de características que se asocian al diagnóstico, en donde se incluyen varios síntomas como lo son afecto inapropiado, ánimo disfórico, alteración en el patrón del sueño, rechazo a la comida, despersonalización, ansiedad, fobias, déficits cognitivos, anosognosia y catatonia. De igual manera señala varios especificadores que deben utilizarse para identificar el curso de la enfermedad, los cuales se dividen en primer episodio (episodio agudo, remisión parcial, remisión total), episodios múltiples (episodio agudo, remisión parcial, remisión total), continuo y no especificado

Por otro lado, la OMS propone como herramienta diagnóstica la Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava edición (CIE-11). Este instrumento incluye a la esquizofrenia en el apartado de esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios y explicita una serie de síntomas que deben considerarse para la identificación del diagnóstico, considerándose al menos 4 de los 7 explicitados (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Síntomas considerados para el diagnóstico de esquizofrenia en el CIE-11 (OMS, 2021).

Modalidades	Síntomas
Pensamiento	Ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento
Percepción	Alucinaciones
Experiencia del yo	Sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios que se sienten fuera de la experiencia de la persona o bajo el control de una fuerza externa
Cognición	Problemas de atención, memoria verbal y cognición social
Volición o voluntad	Pérdida de motivación
Afecto	Expresión emocional embotada

Comportamiento	Conductas que parecen bizarras o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento
----------------	--

Es importante precisar que, a diferencia del DSM-5 en donde se especifica la persistencia de los signos continuos al trastorno durante un mínimo de 6 meses, el CIE-11 establece que los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia, así como descartar que no sean una manifestación de otra afección de salud o por efecto de una sustancia o medicamento. Además, el CIE-11 (OMS, 2021) incluye una serie de especificadores que deben utilizarse para identificar una mayor presencia o gravedad de cierto conjunto de síntomas, los cuales se agrupan en síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas del estado de ánimo depresivos, síntomas del estado de ánimo maniacos, síntomas psicomotores y síntomas cognitivos.

Cabe señalar que tanto el DSM-5 como el CIE-11 han sufrido de una serie de modificaciones con el paso de los años y actualmente existe una mayor armonía entre los especificadores y criterios que manejan, coincidiendo en cambios importantes en sus últimas versiones. En ambos instrumentos se han eliminado los subtipos de esquizofrenia, han disminuido el estatus de los síntomas de primer orden propuestos por Schneider y han agregado especificadores similares tanto para el curso como para la gravedad de los síntomas (Valle, 2020). Sin embargo, a pesar del impacto que estos instrumentos han tenido para el mejor entendimiento entre los clínicos, la evidencia que ha dejado la investigación empírica sugiere que la clasificación generada por estas herramientas no contribuye de manera efectiva a una conceptualización real de la esquizofrenia (Jablensky, 2005). Como comentan Maj y colaboradores (2021) en la práctica, dichos criterios hacen coincidir a dos personas con distintas manifestaciones sintomáticas en la misma categoría diagnóstica, mientras que dos personas que

presentan alteraciones o disfunciones similares pueden llegar a tener diagnósticos muy diferentes. Un problema importante que ha dejado mella en lo referente a la conceptualización de la esquizofrenia y que los investigadores han tratado de superar partiendo de otros indicadores.

Desde la investigación empírica se han establecido algunas características que han propiciado una mejor comprensión de la esquizofrenia gracias a la aportación de diversos métodos de imagen cerebral, estudios posmortem, estudios del genoma humano, entre otros. De las principales aportaciones encontramos la propuesta de Crow (1980) sobre los tipos de esquizofrenia partiendo de la teoría dopaminérgica. Crow plantea la posibilidad de dos síndromes en la esquizofrenia en función a una serie de dimensiones como su curso, la respuesta a los neurolépticos, el pronóstico, entre otros. Bajo estas características se tendría:

- Síndrome Tipo I: De carácter reversible, con una prevalencia mayor de sintomatología positiva, inicio agudo, con mayor remisión, buena respuesta al tratamiento de neurolépticos, ausencia de déficits cognitivos y caracterizada por un incremento en los receptores dopaminérgicos.
- Síndrome Tipo II: De carácter crónico, con prevalencia de síntomas negativos, inicio insidioso, pobre o nula respuesta al tratamiento con neurolépticos, aparición de deterioro cognitivo, mal pronóstico y caracterizada por cambios estructurales en el cerebro y pérdida de tejido nervioso.

Crow (1986) explicó que ambos síndromes pueden presentarse a partir de un continuo en la manifestación de la esquizofrenia, es decir, podría aparecer primero un Síndrome Tipo I para luego presentarse un Tipo II, o presentarse exclusivamente uno de los dos denotando grados de severidad de una misma enfermedad. Modelos como el anterior han dado pie a la conceptualización de la esquizofrenia a partir de dimensiones graduales más que una ausencia o

presencia de síntomas. Esta nueva tendencia ha sido denominada espectro de la esquizofrenia y busca comprender agrupaciones sindrómicas a partir de diversas dimensiones con marcadores comunes (Guimón, 2005).

Partiendo de modelos multidimensionales, se han propuesto una serie de dimensiones que comprenden el espectro de la esquizofrenia obtenidas a partir de análisis factoriales y modelos estadísticos (Cohen et al., 2021). El consenso de dichas dimensiones aún continúa trabajándose, pero generalmente se consideran las siguientes:

1. Psicosis/Síntomas positivos (Serretti & Olgiati, 2004; Tamminga & Davis, 2007; Potuzak et al., 2012)
2. Síntomas negativos (Serretti & Olgiati, 2004; Tamminga & Davis, 2007; Potuzak et al., 2012)
3. Manías (Serretti & Olgiati, 2004; Potuzak et al., 2012)
4. Depresión (Serretti & Olgiati, 2004; Potuzak et al., 2012)
5. Disfunción cognitiva (Tamminga & Davis, 2007; Maj, 2021)

Estas dimensiones son factores sindrómicos que agrupan una serie de signos y síntomas relacionados que generalmente tienen una ocurrencia, por lo que desde esta perspectiva existirá un solapamiento de diagnósticos en donde la esquizofrenia puede colindar con trastornos que van desde trastornos bipolares hasta esquizoafectivos, sin embargo, se ha llegado a afirmar que el diagnóstico dimensional puede ofrecer mejores oportunidades dentro de la administración de tratamientos (Martínez, 2009) y la investigación (Guimón, 2005; Cohen et al., 2021). En este último ámbito, han surgido variedad de trabajos que han tratado de relacionar las distintas dimensiones con correlatos que van desde marcadores biológicos (Luckhoff et al., 2022), predisposiciones genéticas (Shnayder, 2022) y temperamento (Guillem et al., 2002).

Epidemiología

La esquizofrenia ha sido considerada como un problema de salud pública a nivel mundial debido a la gran cantidad de recursos que anualmente son destinados a su causa. A nivel mundial, se estima que cerca de 21 millones de personas viven con esquizofrenia, con una prevalencia del 1% (OMS, 2019). En el caso de México, los datos son semejantes, oscilando entre 0.7% y 1.3% en la población general (Secretaría de Salud, 2017). La estabilidad de estas cifras puede observarse en registros previos: en 2002 se reportaban entre 500 mil y 700 mil casos (Frenk et al., 2002), mientras que para 2009 la cifra rebasaba el millón de pacientes, nivel que ha permanecido constante en la actualidad. Adicionalmente, se ha identificado que el periodo medio de psicosis no tratada varía entre seis y dieciocho meses, lo cual pone de manifiesto la demora en la instauración de intervenciones terapéuticas oportunas (Secretaría de Salud, 2009).

Las diferencias entre hombres y mujeres dependen de la muestra utilizada. Se ha identificado que la prevalencia de síntomas negativos y un peor pronóstico de la enfermedad se presenta en mayor número en hombres, en cambio los síntomas del estado de ánimo y los cuadros breves muestran un riesgo similar entre los sexos. Con respecto a su duración, los varones tienen a presentar la enfermedad en la adultez joven y las mujeres en la adultez (APA, 2014).

Curso clínico

Partiendo de las guías clínicas para el manejo de los pacientes con esquizofrenia en nuestro país (Escamilla et al., 2009; Apiquian et al., 2014), se describe que dicho padecimiento puede presentar diversas fases según el momento de aparición, su duración y la gravedad de los síntomas.

La primera fase reconocida es la premórbida, caracterizada por un desarrollo aparentemente normal en el que aún no se manifiestan síntomas psicóticos. Posteriormente surge la fase

prodrómica, que inicia con cambios en la funcionalidad previa y concluye con la aparición de los primeros signos psicóticos. Su duración suele oscilar entre dos y cinco años, y se acompaña de manifestaciones inespecíficas como alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, ánimo depresivo o dificultades de concentración (Escamilla et al., 2009; Apiquian et al., 2014). En esta etapa se han identificado perfiles de riesgo asociados al desencadenamiento de psicosis, destacando factores como la persistencia de síntomas prodrómicos, la presencia de abulia y la ansiedad, que han demostrado relevancia en la predicción de episodios psicóticos (Yung et al., 2003a; Yung et al., 2003b).

La siguiente es la fase psicótica, la cual se subdivide en tres momentos: aguda, de recuperación y estable. La fase aguda, de aproximadamente uno a dos años, se caracteriza por la aparición de síntomas que afectan áreas diversas como la percepción, el pensamiento, la conducta, las emociones, la atención y la concentración, junto con la presencia de síntomas positivos. Este es el periodo en que con mayor frecuencia se establece el diagnóstico, dado que la alteración repercute de manera significativa en el ámbito social y ocupacional (Escamilla et al., 2009; Apiquian et al., 2014). La etapa de recuperación, que se extiende entre seis y dieciocho meses tras el tratamiento de la fase aguda, se distingue por la atenuación progresiva de síntomas tanto positivos como negativos, dependiendo de la eficacia terapéutica. Finalmente, la etapa estable corresponde a un periodo de meseta clínica que suele presentarse después de cinco a diez años, en el que disminuyen las recaídas y hospitalizaciones, mientras que la severidad sintomática tiende a mantenerse en niveles bajos (Li-Ning et al., 2013).

Con respecto a estas últimas etapas, el DSM-5 (APA, 2014) ofrece una serie de especificadores los cuales recomienda usarlos solo después de un año de la duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos. Estos son:

- Primer episodio: primera manifestación del trastorno.
 - Actualmente en episodio agudo: hace referencia al periodo en donde se cumplen los criterios sintomáticos.
 - Actualmente en remisión parcial: se refiere a la mejoría después del primer episodio, en donde los criterios de síntomas específicos del trastorno se cumplen parcialmente.
 - Actualmente en remisión total: indica la ausencia de síntomas específicos.
- Episodios múltiples: se determinan después de un mínimo de dos episodios.
 - Actualmente en episodio agudo.
 - Actualmente en remisión parcial.
 - Actualmente en remisión total.

Etiopatogenia y etiología

El origen de la esquizofrenia es un terreno que se mantiene aún en discusiones constantes con respecto a la dicotomía entre factores genéticos y ambientales. Ambas explicaciones continúan arrojando evidencia empírica sobre las posibles causas del inicio y mantenimiento de la enfermedad y han contribuido al mejor entendimiento del trastorno. A continuación, se abordarán las explicaciones más representativas al respecto.

1.1 Factores biológicos

1.1.1 Genética.

Es reiterada la evidencia que afirma un componente hereditario en la aparición de la enfermedad. En general se ha calculado un porcentaje de heredabilidad en esquizofrenia del 0.65 al 0.80, es decir que la variación del trastorno puede atribuirse en gran medida a la variación genética (Mestre, 2019; Wray & Gottesman, 2012). En este sentido se estima que en gemelos idénticos existe una probabilidad del 48%, en familiares de primer grado 9%, en familiares de segundo grado del 4% y en familiares de tercer grado un 2% (Gottesman, 1991; Lichtenstein et al., 2006), en el caso de que ambos padres padecieran de la enfermedad se estima una probabilidad del 46.3% (Gastó & Catalán, 2000; Sullivan et al., 2003).

Sobre los diversos estudios relacionados en este ámbito encontramos aquellos referentes al análisis de todo el genoma humano comparándolo entre personas sanas y con algún trastorno. Estos trabajos se basan en la identificación de cambios en la secuencia de ADN que implican un solo nucleótido (también denominados *single nucleotide polymorphism* o SNP), con ellos se pueden observar diferencias del genoma a partir de variaciones genéticas con las cuales se ha podido explicar el 25% de la heredabilidad en la esquizofrenia (Lee, et al., 2012).

En cuanto a los genes asociados se han identificado alrededor de 135 regiones genómicas asociadas con el riesgo de padecer esquizofrenia (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014) y consistencia de que ciertos genes en particular tienen una relación importante, como es el caso de del síndrome de delección 22q11.2 cuya expresión fenotípica variable incluye comúnmente a la esquizofrenia (Bassett & Chow, 2008). Sin embargo, estas asociaciones no solo son específicas de este trastorno, ya que también comparten relación con el autismo, el trastorno bipolar, la depresión y otros trastornos mentales, lo cual

refleja que los factores genéticos no representan categorías específicas de procesos patogénicos (Mestre, 2019).

1.1.2. Neurodesarrollo.

Desde esta perspectiva una de las teorías más representativas propone la premisa de que las personas con esquizofrenia presentan una evolución diacrónica, en donde existe ya una predisposición genética que en correspondencia con ciertos factores medioambientales generan un desarrollo anormal del cerebro. Partiendo de dicha situación las personas pueden llegar a exponerse a eventos o situaciones externas o internas que generan el inicio de la enfermedad (Fatemi & Folson 2009). Como señala Pino y sus colaboradores (2014) esta teoría implica un doble impacto, la alteración del neurodesarrollo por predisposición genética y un segundo impacto que ponga de manifiesto el brote psicótico.

Por otro lado, desde esta perspectiva también se considera la teoría de la neurodegeneración de la esquizofrenia en donde se explica que es un trastorno crónico degenerativo del sistema nervioso que va generando cambios bioquímicos que terminan manifestándose en el cuadro clínico (Pino et al., 2014). Apoyando a esta teoría se ha encontrado evidencia considerable sobre cambios morfológicos en los pacientes tales como reducción en los volúmenes corticales prefrontales, incluidas las cortezas prefrontales orbitofrontal, medial y lateral; aumento del metabolismo en la región frontal izquierda, tálamo izquierdo, ganglios basales derechos y regiones temporales; y déficits de transmisión de dopamina en proyecciones mesocorticales a la corteza prefrontal (Galderisi et al., 2015)

1.1.3 Neuroquímicos.

La teoría dopaminérgica de la esquizofrenia es la más difundida dentro de las explicaciones de las causas de la enfermedad. Dicha teoría refiere que a nivel de neurotransmisores los sistemas

dopaminérgicos se ven comprometidos en los pacientes con el trastorno, generando la manifestación del cuadro clínico que se conoce (Matthysse, 1974; Meltzer & Stahl, 1976). Según la ruta involucrada se ha asociado específicamente a cierto tipo de síntoma (Goetz & Klawans, 1984):

- Sistema mesolímbico: síntomas positivos.
- Sistema nigroestriado: síntomas motores.
- Sistema mesocortical: síntomas negativos y cognitivos.

Esta teoría ha tenido una relativa consistencia gracias a la eficacia que los neurolépticos han evidenciado, ya que su acción principal es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos generando una reducción de la transmisión de dopamina (Navarro, 2000). Sin embargo, actualmente la teoría dopaminérgica ha sido criticada por varios autores (Davis et al., 1991; Goetz & Klawans, 1984), quienes argumentan la implicación de otros sistemas de neurotransmisores como la serotonina, el glutamato y el ácido gaba-aminobutírico.

1.1.4. Complicaciones durante el embarazo y el nacimiento.

Existe variedad de trabajos que ponen de manifiesto la relación existente entre el riesgo de padecer psicosis y problemas obstétricos. En esta línea de investigación variables como cesáreas de emergencia, sangrado durante el embarazo, preclamsia y peso bajo en el nacimiento han sido relacionadas con riesgo a trastornos psicóticos (Cannon et al., 2020). De igual manera, la exposición a ciertos tipos de virus como toxoplasmosis, herpes tipo 2 e influenza durante el embarazo o el nacimiento se ha relacionado también con riesgo para el padecimiento de psicosis (Buka et al., 2001). En general, con respecto a los problemas obstétricos, Cannon et al. (2020) observan cuatro características principales que tienen mayor peso en la presencia del riesgo a

este tipo de trastornos, los cuales son: mala nutrición fetal, nacimientos prematuros, eventos de hipoxia neonatal e infecciones durante el embarazo y el nacimiento.

1.2 Factores psicosociales

1.2.1 La familia.

El papel de la familia como variable para explicar la aparición y mantenimiento de la esquizofrenia, ha sido un ámbito concurrido a lo largo de la historia de la enfermedad. Las explicaciones en este ámbito se vinculan principalmente con las teorías sistémicas, especialmente con la propuesta del doble vínculo formulada por Bateson y colaboradores (1993). Esta perspectiva sostiene que las personas con esquizofrenia presentan dificultades para identificar el marco comunicativo adecuado de los mensajes que reciben. Dichas dificultades se originarían en un patrón relacional repetitivo, denominado doble vínculo, en el cual el cuidador primario transmite mensajes contradictorios: por un lado, experimenta ansiedad y hostilidad hacia el hijo, pero las niega mediante manifestaciones de afecto, induciendo al niño a responderle como si se tratara de un cuidador cariñoso. La ausencia de una figura externa que pueda intervenir en esta relación agrava la situación. Según Bateson et al. (1993), la exposición constante a esta dinámica conduce a que el futuro paciente desarrolle problemas comunicativos, puesto que es sancionado tanto por interpretar de manera correcta como incorrecta los mensajes del cuidador.

Actualmente, a pesar de que las revisiones actuales del doble vínculo han manifestado una falta de congruencia y evidencia empírica en la teoría (Sierra & López, 2019), gracias al énfasis que realizó en torno a las dinámicas familiares y los estilos comunicativos, surgieron otros supuestos y variables que han tratado de explicar la aparición y mantenimiento de la esquizofrenia en el ámbito familiar interaccional, de entre los cuales Kumar y Tiwari (2008) rescatan los siguientes:

- A) Cisma y sesgo de Lide y Weakland: En donde se describe la existencia de un patrón conflictivo entre los padres, donde uno obtiene dominancia sobre el otro en la relación, generando una dinámica confusa de poder en el niño.
- B) Hostilidad y mutualidad aparente de Wynne y Singer: Estos autores comentan que en familias en donde existe una supresión de la expresión emocional sustituida por una comunicación de aparente mutualidad y hostilidad, genera una dificultad en los miembros de la familia para interpretar las relaciones interpersonales externas.
- C) Patrones en la interacción familiar y clima afectivo: Se ha observado que en familias de pacientes con esquizofrenia aparece una comunicación menos efectiva entre los integrantes, así como un clima afectivo bajo en expresión emocional y vinculación.

Estas variables se han convertido en elementos clave para el diseño de tratamientos psicoterapéuticos que puedan incidir de manera positiva en el manejo de los síntomas de la esquizofrenia, sin embargo, desde un marco multifactorial de la esquizofrenia, estos elementos no son suficientes para entender en su totalidad la aparición y mantenimiento de la enfermedad pues, como ya se mencionó, el factor biológico es el de mayor relevancia.

1.2.3 Traumas y eventos sociales adversos.

En este ámbito se han asociado eventos adversos en la infancia tales como el abuso sexual, emocional y psicológico, acoso escolar, muerte parental y negligencia, como factores de riesgo para el padecimiento de trastornos psicóticos (Varese et. al., 2012). A través de metaanálisis se ha observado que los eventos de vida adversos, triplican la aparición de síntomas psicóticos futuros oscilando de 3 meses a 3.6 años entre el suceso y el surgimiento de síntomas positivos (Beards et. al., 2013). En el caso de la adultez un evento que ha sido asociado frecuentemente con el desarrollo de psicosis es el fenómeno de la migración ya que se ha observado un aumento

en el riesgo de padecer esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en grupos de inmigrantes en diversas partes del mundo, atribuyendo este hecho a varios factores sociales entre los que se destacan la discriminación, la falta de oportunidades económicas y aislamiento social (Bourque et al., 2010).

1.2.4. Variables socioeconómicas.

Con respecto al nivel socioeconómico Stilo y Murray (2019) han recopilado algunos análisis de trabajos en donde se pone de manifiesto el aumento de riesgo de trastornos psicóticos y el nivel de ingreso inferior de los padres, sin embargo, también observan una falta de replicabilidad, así como trabajos que no reportan una relación directa entre niveles socioeconómicos altos o bajos con el padecimiento de psicosis.

Una visión multifactorial e integral

Luego de dar un breve repaso por las distintas explicaciones y teorías con respecto al desarrollo y conceptualización de la esquizofrenia podemos observar que dicha enfermedad requiere de estudiarse bajo una visión multifactorial e integral. Como ya fue señalado, la esquizofrenia tiene un factor biológico importante que puede explicar algunos aspectos de la enfermedad, sin embargo, las características contextuales y ambientales también tienen un papel relevante en la aparición y gravedad de la sintomatología. En este sentido, los modelos que abarcan ambos elementos podrían ofrecer una explicación más integral para entender la enfermedad. Bajo esta óptica, Zubin y Spring (1977) han propuesto el modelo de vulnerabilidad en esquizofrenia, el cual recoge las aportaciones más importantes de las teorías biológicas (genética, neurodesarrollo, neurofisiología y neuromorfología) identificándolas como condiciones que predisponen la aparición de la enfermedad y que en algunos casos, solo estos son necesarios para que se manifieste el trastorno. Sin embargo, en muchos otros momentos, la enfermedad solo llegará a

presentarse cuando la vulnerabilidad entra en juego con factores ambientales, tales como complicaciones perinatales, experiencias adversas, abuso de sustancias, etc. De tal manera que un alto grado de vulnerabilidad requerirá de menor interacción con factores ambientales para la aparición de la enfermedad, mientras que un bajo grado requerirá de mayor interacción.

Partiendo de la lógica anterior, los episodios psicóticos podrían presentarse de manera endógena cuando los factores biológicos tengan un mayor peso y exógena cuando los eventos psicosociales sean quienes tengan mayor relevancia (Zubin & Spring, 1977).

Por su parte, Walker y Diforio (1997) han propuesto el modelo neural de diátesis-estrés en esquizofrenia, en donde se asume que los pacientes con esquizofrenia cuentan con una forma peculiar de responder biológicamente al estrés otorgándoles vulnerabilidad, la cual entra en interacción con eventos psicosociales estresantes. Dichos autores afirman que el eje hipotalámico-pituitario-adrenal tiene un papel importante en esta interacción, el cual se relaciona con una sobre activación del sistema dopaminérgico y daños en el hipocampo provocando la aparición o exacerbación de los síntomas. En resumen, el estrés y la vulnerabilidad a él tendrán un papel desencadenante mientras que los mecanismos neurológicos serían los responsables de la gravedad y el mantenimiento del trastorno.

La gran cantidad de información referente a los correlatos biológicos y al papel de los factores contextuales han ofrecido evidencia a estos y otros modelos similares (Rende y Plomin 1992; Pruessner et al., 2017) que sostienen la relación entre ambos elementos ofreciendo una visión multifactorial de la enfermedad. Según Pruessner et al. (2017) dicha relación es necesaria para su conceptualización y actualmente se contrapone con los modelos categoriales de las enfermedades mentales, ya que mismos mecanismos biológicos y estresores psicosociales pueden compartirse con otros trastornos. En este sentido, la visión dimensional y el concepto de

espectro tendrán mayor relevancia para la comprensión de dicho fenómeno, dando alternativas como los llamados Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) los cuales han sido una estrategia metodológica y conceptual de investigación que asume un acercamiento diferente hacia los desórdenes mentales en donde se prioriza no una categoría clínica, sino un constructo que ofrezca evidencia psicológica, comportamental, neurológica y genética (NIMH, 2022). La esquizofrenia en ese sentido sería una dimensión que tendrá elementos no exclusivos, los síntomas o características de la enfermedad serán asumidos como constructos que pueden ser estudiados sin la necesidad de encasillarlos a una categoría clínica (Morris et al., 2016).

A manera de conclusión de este primer capítulo y realizando una síntesis de los elementos trabajados podemos afirmar que:

- El concepto de esquizofrenia ha tenido diversas connotaciones a lo largo de la historia, siendo concebida en un inicio a partir de explicaciones míticas y religiosas.
- Históricamente, las principales influencias para el concepto de la esquizofrenia han sido desde una perspectiva nosológica, basadas en la descripción detallada de los síntomas más representativos de la enfermedad.
- Los sistemas categoriales de enfermedades mentales como el DSM y el CIE han sido herramientas útiles para la identificación del diagnóstico de esquizofrenia, así como para conocer el curso de la enfermedad, sin embargo, tienen limitantes importantes a la hora de conceptualizar el trastorno.
- Los hallazgos actuales en esquizofrenia han evidenciado formas más integrales de comprender la enfermedad, las cuales se contraponen con los sistemas categoriales asumiendo términos como espectro de la esquizofrenia y modelos dimensionales.

- La etiología de la esquizofrenia tiene claros componentes biológicos, los cuales afirman la influencia de factores genéticos, neurofisiológicos y del neurodesarrollo.
- Los factores contextuales y sociales tienen un peso relevante en la manifestación y en la gravedad de la enfermedad, por lo que es importante incluirlos dentro de las distintas explicaciones que tratan de comprender el trastorno.
- Una modelo multifactorial y dimensional ayudará a concebir una visión más integral de la enfermedad, específicamente en el campo de la investigación, esta visión puede aportar a explicaciones que esclarezcan el concepto de esquizofrenia, así como las diversas características que la conforman.

Este trabajo contemplará de manera general los aspectos previamente comentados, pues se asume que la esquizofrenia, además de su componente biológico, también cuenta con otros factores que llegan a tener relación con el devenir de la enfermedad, en nuestro caso en particular, la sintomatología negativa será el elemento a resaltar dentro de todos aquellos que conlleva el trastorno, tratando de abarcar algunas variables que tienen relación con el factor biológico y de igual manera con los aspectos contextuales, o mejor dicho, psicológicos de la esquizofrenia.

Capítulo 2

La sintomatología negativa

La esquizofrenia es una enfermedad que generalmente ha sido asociada con una pérdida del contacto con la realidad. Cuando se piensa en ella, las ideas más recurrentes giran en torno a voces que hablan dentro de la cabeza de la persona, ver cosas que realmente no existen, creencias extravagantes, comportamientos bizarros, sensaciones de persecución, delirios, etc. Estas características han sido llamadas como síntomas positivos y, por mucho tiempo, han sido parte fundamental para la identificación del diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, dichos síntomas solo conforman una parte de todo lo que conlleva la experiencia del trastorno, ya que otra gran parte de él está centrado en la experiencia afectiva de la persona.

La afectividad ha sido un elemento que, desde las concepciones tempranas de la enfermedad, ha llamado la atención de los primeros psiquiatras que intentaron identificarla como una entidad nosológica. El autor que enfatizó los problemas afectivos como una característica importante para el cuadro clínico fue Bleuler (1993/1911), quien en sus observaciones distinguía en los pacientes una serie de trastornos afectivos que se manifestaban a través de retraimiento, aplanamiento emocional, afectividad incongruente, ambivalencia y actitudes contradictorias. Para él, la esfera afectiva en los pacientes con esquizofrenia se volvía vegetativa “incluso sin preocuparse de su propio cuidado, de forma que hasta el instinto de conservación parece completamente abolido en ellos” (Bleuler, 1993/1926 página 74). Dentro de dichas reacciones afectivas, Bleuler distinguía momentos en los que los pacientes parecían como ausentes ante la presencia de los demás y ante acontecimientos significativos, como si su afectividad fuera rígida:

“adecuándose mal a las modificaciones que se producen tanto en el ambiente como en el propio individuo, no poseyendo la plasticidad necesaria (...) o bien nos encontramos en presencia de reacciones afectivas insólitas y paradójicas. Con frecuencia dos sentimientos opuestos colorean simultáneamente la misma representación mental. En los casos menos acusados encontramos también un insuficiente contacto con el ambiente, y en cambio una vida interior replegada sobre sí mismo” (Bleuler, 1993/1926 página 74 y 75).

Dichas características formaban parte de lo que Bleuler denominó síntomas cardinales, pues constituían los signos esenciales de la esquizofrenia, mientras que los trastornos del pensamiento, las alucinaciones y los delirios conformaban los síntomas accesorios, los cuales eran manifestaciones clínicas que podrían o no estar presentes dentro del cuadro clínico. Hoy en día, el legado de Bleuler continúa vigente ya que las características afectivas en la esquizofrenia forman parte esencial de los criterios diagnósticos en las principales herramientas de clasificación de las enfermedades mentales, y desde una visión dimensional, componen un aspecto importante dentro del espectro de la esquizofrenia.

Actualmente los problemas presentes dentro del ámbito afectivo en la esquizofrenia están englobados con el concepto de sintomatología negativa, el cual hace referencia a la disminución o ausencia de funciones que en condiciones normales deberían de presentarse en las personas (Jackson 1874). Bitter (2020) afirma que dicho concepto también incluye déficits en el área motora y cognitiva ya que en estas dimensiones igualmente se manifiestan pérdidas de distintas capacidades y, como en el caso de los

síntomas positivos, también suelen presentarse con gran heterogeneidad en los diferentes pacientes.

Los síntomas negativos han sido identificados a partir de una serie de manifestaciones clínicas que pueden ser observadas en el comportamiento del paciente y en su experiencia subjetiva, estas características se han derivado del trabajo de un círculo de especialistas del National Institute of Mental Health (NIMH) (Kirkpatrick et al., 2006), quienes los han conceptualizado en cinco dimensiones: aplanamiento afectivo, alogia, anhedonia, asociabilidad y abulia. Para el NIHM estos síntomas conforman una dimensión distinta a otros problemas afectivos como la depresión o la ansiedad, además requieren de ser tratados desde estrategias terapéuticas específicas. Actualmente, las distintas perspectivas en la evaluación de los síntomas negativos han sugerido la integración de otras dimensiones a las ya propuestas por el NIMH, las cuales son (Bitter, 2020):

1. Embotamiento afectivo: Pérdida de la respuesta emocional a estímulos negativos o positivos evidenciada por una falta de expresión emocional gestual (falta de sonrisa, enfado, molestia, llanto).
2. Alogia: Disminución significativa en la respuesta verbal de la persona identificada a partir de respuesta cortas, pausas durante el discurso y enlentecimiento del lenguaje.
3. Asociabilidad: Pérdida de interés por el contacto con las demás personas y por la vida social en general.
4. Anhedonia: Disminución en la capacidad de sentir placer por estímulos agradables. Específicamente se ha comentado que en esquizofrenia la anhedonia se presenta en la pérdida de la capacidad de sentir placer ante la anticipación de la realización de

una actividad, mientras el placer obtenido durante la realización de alguna actividad agradable llega a conservarse (Gard et al., 2007).

5. Abulia: Decremento en la iniciativa por la realización de actividades cotidianas que van desde el cuidado personal, la higiene, el aliño, actividades laborales, escolares o familiares. Generalmente las personas llegan a distinguir este síntoma como una pérdida de la motivación.
6. Inatención: Este síntoma se ha ubicado dentro de varios instrumentos como negativo, puesto que hace referencia a los déficits en la percepción de emociones en los demás e inatención durante el contacto social con los demás.

Todos los síntomas anteriores pueden clasificarse en primarios y secundarios según su forma de aparición (Bitter, 2020). En el primer caso, los síntomas serán primarios si se presentan como manifestaciones de la esquizofrenia en sí, es decir, si forman parte de los criterios necesarios para otorgar el diagnóstico. En el segundo caso, los síntomas negativos son secundarios cuando tienen su origen derivado de otras situaciones o comorbilidades ya sea por efecto no deseado del medicamento, por trastornos subyacentes, por abuso en el consumo de sustancias, trastornos depresivos, privación social o por efecto de la misma sintomatología positiva (Dai et al., 2018; Galderisi et al., 2018; Volkow, 2009).

Independientemente del origen, su aparición constituye una gran problemática a la hora del tratamiento, el curso y pronóstico de la enfermedad.

A pesar de la heterogeneidad con la que se presenta la sintomatología negativa, se ha observado que el 80% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tendrán complicaciones debido a dichos síntomas (Carbon & Correll, 2014). Yung et al. (2004) señalan que se ha observado de manera consistente que dichas manifestaciones son las

primeras en aparecer dentro de la fase prodrómica de la esquizofrenia, inclusive su intensidad en estas primeras etapas se ha usado como una variable para estimar la discapacidad, la poca funcionalidad y la respuesta al tratamiento a largo plazo de los pacientes (Correll & Schooler, 2020).

Otro problema importante asociado a la sintomatología negativa es la gran cantidad de riesgos que han sido relacionados con ella. En este sentido, se ha observado que los síntomas negativos aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia (Siris, 2001). También se ha observado que puntajes altos de sintomatología negativa se relacionan con la presencia de depresión (Krynicky, et al., 2018), ansiedad, pobre insight (Lysaker & Salyers, 2007) y problemas en el abuso de sustancias (Rovai, 2013). Todas estas problemáticas han generado un gran interés en descubrir los elementos que subyacen a la sintomatología negativa, tratando de identificar cuales son las variables que se relacionan con su aparición, mejora y empeoramiento.

Variables biológicas relacionadas con los síntomas negativos

Las variables biológicas gozan de gran relevancia dentro del marco de la esquizofrenia, como ya lo hemos mencionado, este aspecto ha sido relacionado con la vulnerabilidad para la adquisición del trastorno. En el caso de la sintomatología negativa, también se ha observado de manera consistente, evidencia considerable de la presencia de cambios neuroestructurales y neurofuncionales en pacientes con mayor prevalencia de estos síntomas. Galderisi et al. (2015) ofrecen una compilación detallada de la distinta literatura sobre el tema, la cual se sintetiza a continuación:

- Reducción en los volúmenes corticales prefrontales, incluidas las cortezas prefrontales orbitofrontal, medial y lateral.

- Reducción en los volúmenes de la corteza temporal, el núcleo caudado bilateral, sistema límbico, cuerpo calloso y en el giro fusiforme.
- Aumento del metabolismo en la región frontal izquierda, tálamo izquierdo, ganglios basales derechos y regiones temporales.
- Déficits de transmisión de dopamina en proyecciones mesocorticales a la corteza prefrontal.
- Implicaciones en la transmisión de serotonina, acetilcolina y glutamato en la corteza cerebral.
- Disminución de sustancia gris en la región parahipocampal en pacientes con persistencia en síntomas negativos.

Otros autores sugieren también la manifestación de variables genéticas que propician la prevalencia y gravedad de los síntomas negativos, específicamente se habla de la presencia de alelos de alto riesgo en el gen DTNBP1 (Fanous et. al., 2005) que provocan un mayor empeoramiento de la sintomatología. De igual manera, el gen SNP transportador de GABA y los alelos Cys311 de los receptores de dopamina han sido asociados con la presencia y gravedad de los síntomas negativos (Zahari et al., 2011; Park et. al., 2011). Por otra parte, también existen algunas hipótesis sobre variables implicadas en el neurodesarrollo que propician un mayor riesgo a las complicaciones de la sintomatología negativa (Limosin, 2014). Todos estos factores biológicos continúan siendo estudiados dentro de la comunidad científica, sin embargo, considerando que la esquizofrenia es una enfermedad multifactorial, es importante distinguir otras variables que puedan dar cuenta de factores que vayan más allá de lo biológico y que puedan ser susceptibles de ser modificadas para incidir de manera positiva en la mejora de dichos síntomas.

Variables psicológicas relacionadas con la sintomatología negativa

Antes de comenzar a presentar las distintas variables psicológicas es importante resaltar que la psicología ha abarcado poco terreno dentro del ámbito de la esquizofrenia, en cuanto a sintomatología negativa se refiere. Es verdad que existe gran contenido de información sobre déficits en los procesos cognitivos (Quejereta et al., 2011; Thomas et al., 2017) y en las funciones ejecutivas (Lozano & Acosta, 2009; Pelka-Wysiecka et al., 2017; Rodríguez-Blanco et al., 2017). Así como variables más psicosociales como habilidades para mantenimiento de empleos, cuidado personal y relaciones interpersonales (Chinchilla, 2007; Priebe & Fakhoury, 2008). Sin embargo, en toda la literatura han sido pocos los estudios que han tratado de relacionar de forma directa la sintomatología negativa con variables psicológicas. A continuación, trataremos abarcar de forma sintética dichos trabajos, englobándolos en tres grandes rubros: aspectos cognitivos, aspectos afectivos y aspectos psicosociales.

Aspectos cognitivos

En este primer grupo de trabajos resaltaremos los estudios que han llevado a cabo una relación entre la sintomatología negativa y variables psicológicas de corte cognitivo. Aquí se englobarán trabajos que contemplen constructos derivados de la psicología cognitiva, del enfoque cognitivo-conductual y habilidades cognoscitivas. Es necesario señalar que este apartado cuenta con la mayor cantidad de trabajos en comparación a los otros, abarcando periodos de tiempo más largos y existiendo estudios de mayor actualidad.

Comenzaremos por presentar una serie de trabajos que se enmarcan en el enfoque cognitivo-conductual. Cabe señalar que buena parte de este material se desprende en mayor medida de la teorización que ofrece la práctica clínica del trabajo con los pacientes,

la cual ha resultado en un modelo, y el único desde una perspectiva psicológica, que pretende explicar la aparición, mantenimiento y gravedad de los síntomas negativos. El modelo cognitivo hipotetiza que dichos síntomas son mantenidos parcialmente por creencias disfuncionales que se derivan del deterioro neurocognitivo y de eventos de vida desalentadores que experimentan con frecuencia los individuos con esquizofrenia, estas creencias generan una respuesta conductual que al mismo tiempo se refuerza por beneficios secundarios que obtiene el paciente (Perivoliotis & Cather, 2009). Esta explicación cognitiva parte de un modelo de vulnerabilidad-estrés en donde las personas tienen una predisposición desde la personalidad premórbida en donde se configuran actitudes sociales y de desempeño negativas, así como bajas expectativas de placer o éxito en actividades orientadas a objetivos que terminan conformando las manifestaciones de anhedonia, abulia, asociabilidad, etc. (Rector et al., 2005).

Dentro de los trabajos que adoptan este modelo cognitivo de los síntomas negativos encontramos estudios que han relacionado las creencias irracionales como variables mediadoras para la gravedad de esta sintomatología. En este trabajo Grant y Beck (2008) partieron de la hipótesis de que las creencias irracionales, específicamente las creencias derrotistas, tenían una relación con el deterioro cognitivo y la sintomatología negativa. Los resultados del estudio evidenciaron la relación de un mayor deterioro neurocognitivo con una mayor aceptación de creencias derrotistas, niveles más altos de síntomas negativos y un peor funcionamiento social y vocacional.

En sintonía con el estudio anterior, encontramos el trabajo realizado por Couture et al. (2011) quienes evaluaron expectativas negativas hacia el éxito y creencias disfuncionales. A diferencia del estudio anterior, en esta investigación se asociaron estas

variables con subdominios de síntomas negativos, para esta labor, los autores utilizaron la diferenciación de dominios realizada en Blanchard y Cohen (2005) en donde se propuso, a través de un modelo de dos factores, el dominio de experiencia disminuida en donde se incluyen a la anhedonia, la asociabilidad y la abulia; y el dominio de expresión disminuida compuesto por embotamiento afectivo y alogia. Los resultados del estudio evidenciaron una fuerte relación entre las expectativas negativas y síntomas negativos del dominio de experiencia disminuida, situación contraria con el dominio de expresión disminuida, en donde no se encontró ninguna relación.

Otro estudio de la misma línea es el realizado por Quinlan et al. (2014) quienes trataron de dar evidencia empírica del posible papel de las actitudes disfuncionales en el modelo cognitivo de la esquizofrenia, tratando de asociarlos con el desempeño neurocognitivo, los síntomas negativos y la capacidad funcional. Los resultados de dicho estudio fueron similares a los obtenidos en Couture et al. (2011), puesto que la relación más significativa se estableció entre las actitudes disfuncionales y los síntomas negativos experienciales. Además, se encontró una relación modesta entre el funcionamiento y las creencias derrotistas sobre el desempeño. Sobre esto último, Luther y sus colaboradores (2018) observaron resultados similares en población esquizotípica.

El modelo cognitivo de la esquizofrenia también ha sido utilizado para explorar el inicio temprano de la enfermedad, tal es el caso del trabajo de Perivoliotis y colaboradores (2009), quienes trataron de llevar la relación de creencias negativas y la sintomatología negativa en personas con ultra alto riesgo de psicosis. A través de una comparación con grupo control, se evidenció que las personas con riesgo presentan una correlación entre creencias negativas sobre su desempeño y mayor gravedad de sintomatología negativa,

independientemente de los síntomas positivos y negativos. Por otro lado, Ventura y colaboradores (2014) trabajaron con pacientes de inicio temprano observando también una correlación entre las actitudes disfuncionales y el funcionamiento diario, siendo el deterioro cognitivo un mediador significativo entre ambos, sin embargo, la relación que se tuvo con la sintomatología negativa fue solo parcial.

Cabe señalar que la gran mayoría de los estudios previamente comentados comparten algunas características con respecto a sus métodos. En cuanto a los instrumentos utilizados, todos realizaron la evaluación de las creencias disfuncionales y/o actitudes negativas a través de la prueba *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) (Weissman, 1979), la cual fue diseñada principalmente para la evaluación de pacientes con depresión basándose en las distorsiones cognitivas conceptualizadas en la teoría cognitiva de Beck (2015). Actualmente la DAS no cuenta con una adaptación específica que atienda las peculiaridades de los pacientes con esquizofrenia y como bien señalan Quinlan et al. (2014), los estudios que se han realizado en este ámbito llegan a tener resultados poco consistentes debido en gran parte a la forma en cómo se evalúan las actitudes negativas, ya que según las necesidades de los investigadores se consideran solo ciertas subescalas. Otro elemento que se comparte en la gran mayoría de los estudios es la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) para la evaluación de los síntomas negativos (Andreasen, 1989). Instrumento que a partir de revisiones actuales se ha considerado la posibilidad de reorganizar y replantear los ítems en función a las nuevas perspectivas referentes a las dimensiones factoriales de los síntomas negativos (Kirkpatrick et al., 2006).

Derivados del modelo cognitivo de la esquizofrenia, también se han asociado otras variables que guardan relación con las creencias disfuncionales que, según las premisas del modelo, mantienen la sintomatología negativa. Entre dichas variables encontramos trabajos en donde se utilizan como variables el papel del esfuerzo, expectativas cognitivas y estilos de afrontamiento (Avery et al., 2009), expectativas de éxito (Luther et al., 2015) y autoeficacia (Vaskinn et al., 2015). En dichos estudios se han asociado estos elementos con la sintomatología negativa, encontrándose una relación. En general, como lo señalan Ebrahim y su equipo (2021), el modelo cognitivo de la esquizofrenia ha arrojado evidencia empírica razonable, haciendo notar la necesidad del estudio de variables psicológicas en la sintomatología negativa.

Los siguientes estudios tienen en común la integración de variables que, de igual manera, se agrupan en aspectos cognitivos, pero éstos ya no se desprenden del modelo cognitivo de la esquizofrenia, ya que son propiamente funciones cognitivas que han sido relacionadas con la sintomatología negativa.

La metacognición ha sido una variable que se ha estudiado como mediadora en la gravedad de la sintomatología negativa. Esta función se deriva del constructo de Teoría de la Mente y hace referencia a la capacidad de generar representación con respecto al propio estado mental y el de los demás, dicha habilidad parte de una serie de procesos que van desde la identificación de sesgos, recuperación de recuerdos e integración de ideas para la comprensión de los otros (Brüne, 2005; Lai, 2011). Sobre la evidencia empírica de la metacognición y la sintomatología negativa, se ha observado la existencia de una relación significativa entre ambas variables, específicamente con el embotamiento afectivo y la abulia (Nicolò et al., 2012). McLeod et al. (2014), a través de un estudio longitudinal, ha

mostrado evidencia empírica de como la metacognición puede funcionar como una variable predictora del agravamiento tanto de síntomas negativos como positivos en el curso clínico de la esquizofrenia. Dichos resultados fueron similares a los del estudio de Lysaker y colaboradores (2015) en donde los niveles más bajos de metacognición predijeron niveles más altos de síntomas negativos en un estudio longitudinal con seguimiento de 17 semanas. Por otro lado, Traulsen, et. al. (2016) estudiaron a pacientes con primer episodio de psicosis a quienes se les agrupo con respecto a la severidad de los síntomas positivos y negativos, observando que aquellos con altos niveles de síntomas negativos tenían habilidades metacognitivas más pobres. Un último estudio sobre esta misma línea es el realizado por Austin et al. (2019) quienes abarcaron un periodo de tiempo de evaluación desde el primer episodio psicótico hasta los 3 años de seguimiento, en dicha investigación se observó una relación entre las habilidades metacognitivas y los síntomas negativos, específicamente con el embotamiento afectivo y la alogia.

En sintonía con la variable de la metacognición, la cognición social también ha sido un elemento que se ha tratado de relacionar con la sintomatología negativa. Este concepto hace énfasis en las funciones cognitivas implicadas en las interacciones sociales, tales como percepción, interpretación, y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros (Ruíz-Ruiz et al., 2006). Pelletier-Baldelli y Holt (2020) han hipotetizado que los síntomas negativos pudieran ser las consecuencias de los déficits en la cognición social, en este sentido, se asume que el deterioro cognitivo de procesos como atención, percepción y velocidad de procesamiento pueden afectar las operaciones cognitivas sociales que se ponen en juego durante la relación con los otros, generando así la sintomatología negativa. Apoyando estas premisas, existen estudios que

han evidenciado una relación significativa entre cognición social y los síntomas negativos (Sergi et. al., 2007; Hamm et. al., 2012; Andrzejewska et al., 2017), identificándose que dimensiones específicas de la cognición social tienen una relación concreta con síntomas negativos particulares (Bell et al., 2013).

Por último, revisaremos los estudios que exploran la relación entre el deterioro cognitivo y la sintomatología negativa. En este ámbito, diversas investigaciones han señalado afectaciones en procesos como la memoria (Knchanatawan et al., 2017), la atención (Quejereta et al., 2011; Thomas et al., 2017) y en las funciones ejecutivas, especialmente en la capacidad de inhibición, la planeación y la flexibilidad cognitiva (Lozano & Acosta, 2009; Pelka-Wysiecka et al., 2017; Rodríguez-Blanco et al., 2017). De manera consistente, múltiples estudios han vinculado estas limitaciones con la presencia de síntomas negativos, entre ellos el trabajo de Bora et al. (2009), la investigación de Cella et al. (2017) y la revisión sistemática de Yu y colaboradores (2020).

Derivado de lo anterior, se han planteado varias ideas respecto a la naturaleza de la relación entre dichos elementos. Por una parte, se sugiere que la relación tan estrecha es un problema de índole conceptual puesto que en la medida en que los síntomas negativos sean definidos con características cognitivas mayor relación se encontrará con los déficits cognitivos (Harvey et al., 2006). Sin embargo, como mencionamos en el primer capítulo, los modelos multidimensionales (Maj, 2021) han afirmado de manera reiterada que la disfunción cognitiva es una dimensión distinta de la sintomatología negativa. Por otra parte, la evidencia empírica sugiere la existencia de una relación de ambas variables que puede observarse a través de factores como el pronóstico, el curso y la relación con otras características de la enfermedad. En el caso del estudio clásico realizado por Keefe y sus colaboradores (1987) se evidenció que los pacientes con gran deterioro cognitivo tienen más probabilidades de tener síntomas negativos

más graves que los pacientes menos discapacitados, mientras que la gravedad de los síntomas positivos es similar en ambos grupos. Por su parte Rabinowitz et al. (2002) mencionan que, cuando se examina transversalmente la gravedad de los síntomas negativos y cognitivos, se evidencia una correlación que es relativamente consistente a lo largo de la edad y el curso de la enfermedad, desde el primer episodio psicótico. De igual manera Priyamvada et al. (2021) han evidenciado que los pacientes con esquizofrenia con sintomatología negativa muestran peor desempeño en evaluaciones neuropsicológicas, en su estudio utilizaron la Batería Neuropsicológica-I de Luria-Nebraska evidenciando que la escala de función motora, función expresiva, escritura, memoria e intelectual tuvieron una relación significativa con los síntomas negativos.

En función a estos hallazgos, Harvey et al. (2006) han planteado dos modelos de relación entre el déficit cognitivo y los síntomas negativos, los cuales, en función a lo analizado por estos autores, cuentan con mayor respaldo empírico para su sustentación.

- Los síntomas negativos y cognitivos representan 2 dimensiones separadas de la enfermedad en donde cada una tiene su propia etiología, que a su vez podría estar relacionada con la etiología de la otra dimensión debido a influencias externas.
- Las 2 dimensiones de los síntomas tienen etiologías independientes. Sin embargo, se atribuye las correlaciones observadas a problemas de medición y correlaciones con medidas distales.

Cabe destacar que otros autores (Foussias & Remington, 2010) también sostienen que los síntomas negativos en la esquizofrenia comprenden un dominio de síntomas independiente, de la neurocognición y la cognición social.

Aspectos psicosociales

Ahora toca el turno de abarcar las variables psicosociales que se han relacionado con la sintomatología negativa. En este apartado se abordarán constructos con un énfasis interaccional que se desprende de la vida social del individuo, algunos de estos conceptos guardaran relación con aspecto cognitivos, sin embargo, no están centrados en habilidades cognoscitivas, como el caso de los trabajos anteriores.

La primera de las variables a comentar será la interiorización del estigma, la cual hace referencia a la vivencia subjetiva que los pacientes experimentan ante las actitudes estigmatizantes que las personas y ellos mismos tienen con respecto a los demás, formando estereotipos y actitudes negativas que la persona comienza a aplicarse a sí misma (Sibitz et al., 2011). Sobre esta variable Hill y Startup (2013) realizaron un estudio con pacientes con trastorno del espectro de la esquizofrenia a quienes se les evaluó con la escala de *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, la cual abarca una serie de dimensiones como alienación, aprobación de estereotipos, experiencia de discriminación, aislamiento social y resistencia al estigma (Ritsher et al., 2003). A su vez, evaluaron la sintomatología negativa, la autoeficacia y el funcionamiento social, encontrando una correlación significativa entre el estigma internalizado y estas variables. Hill y Startup (2013) sugieren que, en esta relación, la autoeficacia funciona como una variable mediadora entre la internalización del estigma y la sintomatología negativa. Por su parte, Lysaker et al. (2009) han comentado que los problemas de la internalización del estigma y la autoeficacia pueden ser debido a deterioros en el proceso atencional en los pacientes.

Otra de las variables psicosociales que se han trabajado en torno a los síntomas negativos es la exclusión social, específicamente a la desmotivación generada por esta

situación. White et al. (2013) han sugerido que una exposición constante a eventos de exclusión tales como urbanización, migración o discriminación generan en la persona un sentimiento de desafiliación social que conduce a la desmotivación y el desarrollo de la sintomatología negativa. Para la comprobación de dicho modelo, Pillny y Lincoln (2020) realizaron un estudio en donde asignaron de forma aleatoria a pacientes en situaciones de inclusión y exclusión social en una actividad de voleibol virtual, evaluándose la motivación y el placer anticipatorio antes y después de la actividad a través de autoinformes. Los resultados obtenidos evidenciaron una relación significativa entre la exclusión social y la motivación auto informada, además la repetición de la exclusión social tuvo un efecto en creencias desmotivadoras y síntomas negativos.

En relación con la exclusión social, hay estudios que se han centrado en su contraparte, la afiliación social. Esta variable tiene una estrecha relación con las habilidades sociales, tanto verbales como no verbales, pues son éstas las que dan pauta a la interacción y al éxito de interacciones afiliativas (Blanchard et al., 2015). En este sentido existen estudios que han comprobado menores habilidades sociales en pacientes con síntomas negativos graves (Mueser et al., 1991), evidenciando que la influencia que ejercen éstos en las habilidades sociales, no se establece en la capacidad para realizarlas, sino en la probabilidad de usarles en un contexto real (Bowie, 2010). Por su parte Blanchard et al. (2015) comprobaron la asociación entre habilidades sociales afiliativas pobres con mayor gravedad de sintomatología negativa, observando que los pacientes valoraban de manera menos positiva la interacción con los demás y la posibilidad de interactuar en futuros momentos.

Existe otra serie de trabajos que engloban un conjunto de constructos a través del concepto del *self*, el cual hace referencia, de manera general, al conjunto de representaciones del yo y de las relaciones interpersonales que se integran a un sistema cognitivo de significados personales derivados de la experiencia personal (Walker & Winter, 2007). Los estudios englobados aquí aluden a la importancia de resaltar las vivencias subjetivas de los pacientes con esquizofrenia, haciendo énfasis en la experiencia que imprimen los síntomas negativos. Moernaut y Vanhuele (2020) ofrecen una revisión sistemática de estudios cualitativos que abordan la subjetividad de los síntomas negativos narrada desde la perspectiva del propio paciente, dentro de los resultados obtenidos englobaron una serie de temas que generalmente identificaban los pacientes con respecto a su experiencia, los cuales eran: dificultades en la interacción social, dificultades en la expresión emocional, problemas en la relación con los otros, evitación del contacto social, disrupción de la experiencia emocional, pérdida del control del cuerpo y la mente, falta de sentido de la vida después del diagnóstico, etc. Algunos estudios de corte más cuantitativos han confirmado el efecto negativo que tiene la sintomatología negativa con respecto al *self* (García-Mieres et al., 2020; Lysaker et al., 2012).

Aspectos afectivos y motivacionales

En este tercer y último apartado se englobarán los trabajos que se centran en variables afectivas, las cuales aluden a aspectos emocionales y motivacionales. De igual manera que en el apartado anterior, algunas de estas variables guardan relación con aspectos cognitivos y psicosociales, sin embargo, el énfasis principal se centra en la experiencia afectiva.

El primer conjunto de trabajos abarca la variable de la motivación, la cual se enmarca en gran variedad de posturas teóricas, algunas más encaminadas al aspecto cognitivo, otras desde un enfoque neurológico o psicosocial, pero independientemente de esto, se asume de forma general a la motivación como la iniciativa, disposición o interés por la ejecución o mantenimiento de alguna actividad o el alcance de un objetivo, Kring y Barch (2013) han diferenciado en la motivación 4 dimensiones: el placer por el momento, el placer o deseo anticipando, cálculo del esfuerzo y estados emocionales del manteamiento de la actividad, hipotetizando que la sintomatología negativa puede afectar en cada uno de estos aspectos.

En cuanto a la motivación referida al placer o deseo anticipado, Engel et al. (2013) realizaron un estudio con población no clínica en donde hipotetizaron que una alta vulnerabilidad a los síntomas negativos estaría asociada con una baja respuesta a la recompensa y que esta asociación estaría mediada por la cantidad de placer anticipado, hipótesis que se corroboró en la evidencia empírica ya que el placer anticipatorio se correlación negativamente con la sintomatología negativa. Pillny et al. (2020) han evidenciado que esta disminución del placer anticipatorio suele estar mediado por creencias negativas. En general, el placer anticipado ha sido una variable que ha sido estudiada de manera constante en la esquizofrenia, asociándola específicamente con la anhedonia. Frost y Strauss (2016) ofrecen una revisión sistemática sobre esta situación concluyendo que la anhedonia puede entenderse con mayor precisión como una reducción en la frecuencia de la actividad placentera y no como la pérdida en la capacidad de experimentar placer, ya que diversos estudios en evaluación ecológica reportan que las personas con esquizofrenia que se exponen a estímulos placenteros refieren emociones

positivas y respuestas neurofisiológicas similares a las que obtienen los sujetos controles en dichas investigaciones (Kring & Moran, 2008, Cohen & Minor, 2021)

Con respecto a la motivación o placer al momento de las actividades, Engel y Lincoln (2017) han evidenciado que los pacientes con esquizofrenia auto perciben su motivación de manera menor que sujetos sanos, correlacionándose esta autopercepción con la sintomatología negativa. Además, Schlie et al. (2017) han observado también una relación de dichos síntomas con un mayor establecimiento de objetivos de evitación. Por su parte Pillny et al. (2022) hipotetizan que la falta de motivación en la realización de actividades pudiera deberse a variables cognitivas, específicamente con la memoria episódica.

El papel de la motivación desde enfoques más conductuales ha sido llevado incluso al terreno de la investigación básica a través de diseños experimentales con animales. Aunque la gran mayoría de las investigaciones se centran en modelos biológicos de la esquizofrenia, existen algunos esfuerzos de explicar a través de posturas conductistas el efecto de síntomas negativos y la motivación en términos de aprendizaje por reforzamiento. Markou y sus colaboradores (2013) ofrecen una lista de tareas experimentales que pudieran satisfacer dicha explicación entre las cuales están: tareas de aprendizaje de recompensa probabilística y la tarea de recompensa probabilística de sesgo de respuesta, tareas de devaluación de resultados y degradación de contingencias y las tareas basadas en el esfuerzo.

El segundo grupo de trabajos en este apartado son aquellos en los que se consideran el papel de las emociones y su relación con los síntomas negativos. Un trabajo que aborda este aspecto de manera general es el realizado por Suslow et al. (2003). Estos

autores examinaron la experimentación de diversas emociones en diversos grupos de pacientes con esquizofrenia a través del automonitoreo de las emociones básicas. Dentro de los resultados se observó que los pacientes con mayor sintomatología negativa experimentaron con menor frecuencia emociones positivas como interés y alegría, no habiendo diferencias significativas en otras emociones. Estos resultados concuerdan con el estudio de McCormick et al. (2012), quienes también evidenciaron una correlación significativa entre la presencia de síntomas negativos y la experimentación de emociones positivas. Por su parte Oorschot et al. (2013) estudiaron la experiencia emocional y el comportamiento social de pacientes con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivo en situaciones cotidianas, en dicho estudio se observó que los pacientes informaron menos emociones positivas que el grupo control, además los pacientes con mayor gravedad de sintomatología negativa reportaron mayor tiempo en soledad. Sin embargo, en dicho estudio se concluyó que los pacientes con esquizofrenia no sufren déficits hedónicos cuando procesan eventos positivos en el momento, pero si los experimentan con menor frecuencia.

Otro elemento emocional que parece verse afectado con la sintomatología negativa es la anticipación de la vivencia emocional. Engel et al. (2016) a través de la simulación de situaciones de inclusión y exclusión social, evidenciaron que los pacientes con mayor nivel de síntomas negativos presentaban una anticipación emocional positiva menos intensa que sujetos controles y otros pacientes. Los autores sugieren que estos resultados están más relacionados a las creencias negativas en torno a situaciones sociales que a un deterioro neuro cognitivo.

Problematización de los síntomas negativos

Una vez revisadas las distintas variables que se han estudiado en torno a los síntomas negativos, se puede justificar la posibilidad de detectar factores psicológicos que incidan en ellos y, recíprocamente, de cómo los síntomas negativos también generan un efecto en las distintas variables psicológicas. Según la evidencia mostrada, estas relaciones pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Las actitudes, creencias y expectativas denominadas como negativas son más comunes en la esquizofrenia cuando ésta se presenta con mayores niveles de síntomas negativos, además éstas llegan a presentarse como mediadores entre distintos fenómenos psicológicos y la sintomatología negativa.
- La sintomatología negativa tiene una relación consistente con distintas variables psicosociales tales como la metacognición o cognición social, las habilidades sociales, la percepción de la interacción con los otros, sensación de exclusión social, etc. Las cuales llegan a afectar la interacción de los pacientes con los demás.
- Existe un déficit en el deseo anticipatorio que llega a relacionarse con el papel que tiene la motivación en la realización y ejecución de actividades placenteras y cotidianas. Generalmente los mediadores entre el deseo anticipatorio y la ejecución de actividades se asocian a creencias y predisposiciones negativas, las cuales se presentan en mayor medida en pacientes con sintomatología negativa.
- Los pacientes con esquizofrenia que tienen mayor gravedad de síntomas negativos experimentan menos placer, perciben menos placer y experimentan menos

emociones positivas. Este hecho generalmente ha sido atribuido a las expectativas y creencias negativas.

- El deterioro cognitivo ha sido un elemento importante en muchos estudios que relacionan variables psicológicas y síntomas negativos, sin embargo, esta relación ha llegado a presentarse como una correlación en donde otras variables psicológicas como las creencias y la anticipación negativas tienen mayor peso explicativo.

En general, debe destacarse el papel que tienen las creencias negativas y del placer anticipatorio como variables importantes para comprender los mecanismos psicológicos de la sintomatología negativa y como ésta, a su vez, llega a afectar a otras variables como la interacción social, sin dejar de lado el papel que pudiera desempeñar el deterioro cognitivo como variable mediadora. Dicha importancia ya ha sido retomada en algunos modelos, como es el caso del modelo cognitivo de la esquizofrenia, el cual de forma directa o indirecta está presente en la mayoría de los estudios aquí presentados, pues en gran número de ellos se ha resaltado el papel de las creencias negativas en torno a las variables que estudian, sin embargo ¿Basta con la identificación de creencias para comprender el fenómeno de los síntomas negativos? ¿Qué elementos pudiéramos añadir para obtener una explicación más completa de esto? ¿Qué ocurriría si este modelo hiciera énfasis en las creencias en torno al disfrute? O mejor aún ¿Qué pasaría si, además de las creencias, son contempladas también otros factores importantes para el disfrute? Para esta labor, sería conveniente un concepto que pueda englobar las variables mencionadas y al mismo tiempo integrarlas de forma congruente en su definición. Es pues importante buscar alternativas que puedan responder a esta problemática y, una opción viable, puede ser el concepto de

gaudibilidad, definido como el conjunto de moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes, abarcando todos los procesos que median entre los estímulos y el disfrute que experimentan las personas (Padrós-Blázquez et al., 2021).

Capítulo 3

El tratamiento de la esquizofrenia

Como ya se ha señalado con anterioridad, la esquizofrenia ha ido variando en su conceptualización teórica y clínica a lo largo del tiempo, lo que ha provocado que la forma en cómo es tratada también haya ido modificándose con el paso de los años. Al ser una enfermedad que puede verse desde un enfoque multifactorial, las opciones en su tratamiento son diversas y se señala en primer lugar y de manera prioritaria, el tratamiento farmacológico suministrado por médicos psiquiatras. Por otra parte, también existen tratamientos coadyuvantes que tendrán como objetivo generar herramientas en los pacientes para el afrontamiento de las manifestaciones clínicas de su padecimiento, pues como bien señalan Collazos et al. (2001), la sola aplicación del tratamiento farmacológico no es suficiente, pues los pacientes continúan presentando serios problemas en su funcionamiento psicosocial, los cuales deben ser remediados con otro tipo de intervenciones. En el presente trabajo se propone estudiar la gaudibilidad como una variable que pueda contribuir al entendimiento de la sintomatología negativa de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Tomando en cuenta la escasa investigación previa, se exploran los diversos tratamientos psicológicos coadyuvantes centrados en el manejo de los síntomas negativos con la intención de sondear y fundamentar la relación entre la gaudibilidad y los síntomas negativos.

Tratamientos farmacológicos

Una de las principales herramientas para manejo de los síntomas es el tratamiento farmacológico a través del uso de antipsicóticos. Estos neurolépticos tuvieron su debut en 1952 cuando comenzó a utilizarse las fenotiazinas en el tratamiento de pacientes con psicosis graves permitiendo superar el uso de intervenciones altamente invasivas como el uso de morfina, las terapias de choque, terapias de contención o lobotomías, generando una revolución en el campo de la psiquiatría (Caponi, 2021). Hoy en día existen una amplia gama de antipsicóticos, los

cuales han sido divididos en dos grandes categorías: antipsicóticos típicos y antipsicóticos atípicos. Ambos comparten como característica principal su actividad antidopaminérgica y diferenciándose por sus mecanismos de acción (Bermejo & Rodicio, 2007).

Los antipsicóticos típicos son neurolépticos que tienen como mecanismo de acción el bloqueo de receptores dopaminérgicos D2, sin embargo, su efecto también bloquea receptores de serotonina (5-HT₂), así como receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos provocando varias respuestas en el organismo. Según Bermejo y Rodicio (2007) la evidencia empírica ha reportado una eficacia terapéutica similar en los distintos antipsicóticos típicos, pero existiendo variaciones importantes en el perfil de respuestas adversas, siendo las más relevantes los síntomas extrapiramidales, hiperpirexia, presión sanguínea irregular y prolongación del intervalo QTc.

Por otro lado, los antipsicóticos atípicos tienen como característica principal un efecto de mayor selectividad en el bloqueo de receptores de serotonina, teniendo menor afinidad y uniones reversibles con receptores D2, lo cual disminuye de manera considerable los síntomas extrapiramidales, pero también conllevan otro tipo de efectos secundarios como el aumento de peso (Bermejo & Rodicio, 2007). Cabe resaltar que estos neurolépticos tienen un efecto parcial en la sintomatología negativa y son una opción en pacientes resistentes a los antipsicóticos típicos (Masand, 2007).

A pesar de la evidencia moderada de la eficacia de los antipsicóticos como tratamiento para la esquizofrenia (McCutcheon et al., 2021) el uso de estos medicamentos es indispensable para la mejora de los síntomas. En nuestro país, las guías de práctica clínica (Secretaría de Salud, 2009) recomiendan el uso y dosis de diversos antipsicóticos típicos y atípicos en función a las distintas etapas de la enfermedad, variando según el primer episodio psicótico, las recaídas o el estado de

remisión. Además, se recomiendan algunos aspectos importantes para su uso, tales como (Escamilla-Orozco et al., 2022):

- Uso de antipsicóticos atípicos (risperidona, amisulprida o aripiprazol) para el primer episodio psicótico.
- La elección del neuroléptico debe considerar el costo y el acceso al servicio de salud
- Considerar un periodo inicial de al menos 4-6 semanas para valorar la respuesta del medicamento.
- Identificar la respuesta clínica en función a la disminución de la sintomatología psicótica, la organización de la conducta y pensamiento, así como la mejoría en los síntomas negativos, la reinserción del nivel de funcionamiento social familiar y laboral. Siendo la escala de evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia un instrumento útil para la identificación de dichos cambios.

Tratamientos psicosociales

Dentro de las distintas opciones para el tratamiento de la esquizofrenia también encontramos una variedad importante de intervenciones psicológicas que tienen el papel de ser coadyuvantes en el manejo integral de la enfermedad. Pfarmmatter et al. (2006) han categorizado estas intervenciones en cuatro grandes categorías en las que se contemplan las terapias en el entrenamiento de las habilidades sociales, terapias de remediación cognitiva, terapias de afrontamiento psicosocial con intervenciones orientadas en familias y grupos de familiares y, las terapias cognitivo-conductuales. Por su parte, la división 12 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2021) identifica alrededor de 8 tratamientos no farmacológicos para la intervención de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales severas, los cuales pueden ser divididos en función al nivel de

evidencia empírica disponible en el ámbito de la investigación clínica. Dicha clasificación se basa en indicadores como los diversos procedimientos metodológicos empleados para corroborar la eficacia del tratamiento, la selección de la muestra, el tipo de diseño experimental, la implementación del tratamiento, el uso de instrumentos para la evaluación de la eficacia, la forma de análisis de los datos recabados, entre otras características, dando como resultado tratamientos con fuerte o modesta evidencia científica (Chambless & Hollon, 1998). Es importante señalar que cada tratamiento parte de premisas teóricas distintas de las cuales se deriva su metodología de aplicación y su objetivo de trabajo con el paciente. Dichas estrategias de intervención se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Tratamientos psicológicos propuestos por la división 12 del APA (2021).

Tratamiento	Evidencia Científica	Objetivo
Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT)	Fuerte	Integración comunitaria y reducción de hospitalizaciones a través del soporte y apoyo social multidisciplinario (Rosenheck & Dennis, 2001).
Entrenamiento en Adaptación Cognitiva (CAT)	Modesta	Trabajar con los déficits cognitivos a través de estrategias compensatorias en el entorno del paciente Velligan et al., 2000).
Terapia Cognitivo Conductual	Fuerte	Reducir el estrés cotidiano provocado por los síntomas haciendo especial énfasis en los síntomas positivos a través de la modificación del pensamiento (Dickerson, 2004).
Remediación Cognitiva (CR)	Fuerte	Trabajar el deterioro cognitivo a partir de tareas que favorezcan las funciones ejecutivas, la memoria y el aprendizaje (Wykes & Reeder, 2005).
Psicoeducación Familiar	Fuerte	Trabajar con los familiares y cuidadores para la prevención de recaídas y el manejo del paciente (McFarlane, 2002).
Tratamiento y Recuperación para la Esquizofrenia (IMR)	Modesta	Manejo de diversos elementos terapéuticos como psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales y entrenamiento en habilidades sociales para el apego al tratamiento farmacológico (Mueser, 2006).
Programas conductuales (economía de fichas)	Fuerte	Favorecimiento de conductas adaptativas y funcionales como el autocuidado, el apego al tratamiento médico, habilidades sociales, etc. A través del uso de reforzadores positivos (Glynn, 1990).
Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST)	Fuerte	Aprendizaje de conductas sociales para el desempeño cotidiano diario del paciente a través del <i>rol playing</i> (Bellack, 2002).

Como bien puede observarse, varios tratamientos tienen fuerte soporte en el campo de la investigación clínica y muchos de ellos, junto con la toma de neurolépticos, se han

convertido en programas de intervención indispensables para el manejo de la esquizofrenia.

Para el caso específico de la sintomatología negativa, Lutgens et al. (2018) realizaron un metaanálisis de tratamientos psicológicos y el efecto que tuvieron en la sintomatología negativa. Es importante enfatizar, como lo comentan los autores, que en dicha revisión, los tratamientos revisados no fueron diseñados para tratar específicamente los síntomas negativos, además de que los pacientes no fueron seleccionados por la gravedad de síntomas negativos o algún otro criterio relacionado a esto. Los tratamientos revisados fueron terapias cognitivo-conductuales, entrenamiento de habilidades sociales, terapia ocupacional, entrenamiento de adaptación cognitiva, terapias neurocognitivas, terapia física, terapias de arte y música, intervenciones familiares y otro tipo de terapias. Según los hallazgos encontrados, las terapias que incluían el manejo de creencias, la mejora de habilidades y la activación conductual tuvieron mayor éxito en la disminución de los síntomas negativos cuando se comparaban con tratamiento farmacológico exclusivo.

Por otro lado, son pocos los trabajos que han revisado la eficacia de tratamientos psicológicos diseñados específicamente para la mejora de la sintomatología negativa. Esta situación es debida a dos puntos importantes, el primero de ellos es que son escasos los tratamientos diseñados con el objetivo específico de manejar los síntomas negativos y, en segundo lugar, la mejora de la sintomatología negativa generalmente es evaluada como un efecto secundario de los distintos tratamientos. A pesar de esto, existe una serie de intervenciones que han intentado especializarse en la mejora de los síntomas negativos comenzando a generar evidencia empírica de su efecto. A continuación, retomaremos

dichas propuestas de intervención identificando de manera general las premisas básicas sobre las que trabajan, la evidencia empírica que han arrojado con respecto a la sintomatología negativa y por último, que relación implícita o explícita tienen con respecto a la gaudibilidad, esto con el fin de fortalecer la argumentación sobre la pertinencia de introducir esta variable en la explicación de los síntomas negativos.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido una de las herramientas clínicas más utilizadas para el manejo de diversas enfermedades mentales. En el caso de la esquizofrenia, la TCC ha demostrado tener un efecto positivo en el control y tratamiento de los síntomas positivos (Dickerson, 2004) y se han generado varios intentos por adaptar esta terapia para la mejora de los síntomas negativos (Perivoliotis & Cather, 2009). En general, lo que la TCC propone para dichos síntomas es el manejo de las creencias disfuncionales que generan y refuerzan su respuesta conductual (Kingdon & Turkington, 2004). En este sentido, el discurso de los pacientes ha sido interpretado por los clínicos como creencias cognitivas con mayor o menor relación a cierto tipo de síntoma negativo generan un efecto en el comportamiento del paciente, así como ganancias secundarias y consecuencias negativas (cuadro 4).

Cuadro 4. Síntomas negativos y su asociación con creencias irracionales específicas.

Síntoma	Creencia	Comportamiento	Ganancia secundaria	Consecuencias negativas
Anhedonia-Asociabilidad	"De todos modos no será tan divertido".	Falta de participación en actividades de ocio e interacción social.	Limitar posibilidades de fracaso.	Baja exposición a actividades recreativas potencialmente disfrutables.
Abolición-apatía	"Simplemente no tengo la energía para seguir adelante".	Falta de involucramiento en actividades reforzantes.	Ahorro de recursos, limitar las posibilidades de sentirse agraviado por las expectativas de los demás	Baja exposición a actividades recreativas potencialmente disfrutables.
Aplanamiento afectivo	"Es mejor no revelar las emociones a través de mi rostro".	Disminución de la comunicación con los demás, pérdida de conexión con sus propias emociones.	Evitar la atención de los demás.	Contribuye al bajo nivel de conectividad social; las demás personas pueden asumir una falta de expresión emocional.
Alogia	"Nunca digo las cosas bien" "No sé qué decir".	Respuestas verbales breves y poco elaboradas.	Las expectativas de los demás sobre el o ella son bajas para iniciar una conversación.	Niveles bajos de conexión social; baja autoeficacia en la comunicación.

La TCC también sugiere que dichas creencias pueden llegar a reforzarse por un ambiente familiar invalidante, por lo que el trabajo directo con la familia tendrá una gran importancia para el clínico (Barrowclough et al., 2003). Esto debido a que un ambiente de este tipo genera un contexto que retroalimenta negativamente las creencias negativas sobre sí mismo del paciente (Perivoliotis & Cather, 2009). Además, será importante también trabajar con el contexto general del paciente, ayudándolo a mantener un entorno con mayor número de estímulos placenteros y el manejo del placer anticipatorio a través de “[...] saborear y recordar las actividades placenteras, ya que esto es clave en el trabajo de los síntomas negativos” (Perivoliotis & Cather, 2009, p. 819). Esta afirmación alude de forma directa a la importancia que puede tener el disfrute en relación con el tratamiento de la esquizofrenia. A pesar de que se utiliza el concepto de placer, este hace referencia a las características de la vivencia subjetiva, pues las creencias que se relacionan con el concepto nos hablan, no de un placer biológico, sino un disfrute subjetivo, haciendo alusión a la diversión que pudiera tener un evento y a la capacidad de gozar de las experiencias gratas experimentadas por la persona.

Partiendo de lo anterior, la TCC ha evidenciado de manera explícita como las creencias tienen un efecto en la manifestación y mantenimiento de los síntomas negativos, lo importante a destacar es que éstas también abarcan a las creencias del disfrute en sí mismo, ya que los autorregistros de los pacientes y la información que exponen en la consulta refieren pensamientos como “de todos modos no será tan divertido”, “no veo por qué haría algo como esto”, “probablemente será otro día aburrido”, “volví a la cama porque ¿cuál es el punto? no es como si tuviera adónde ir o algo que hacer” (Perivoliotis & Cather, 2009). Dichos pensamiento hablan directamente de como las personas significan el

disfrutar lo que tiene un efecto en el involucramiento de actividades gratificantes (Avery et al., 2009; Quinlan et al., 2014; Ventura et. al., 2014) y una alta relación positiva con la anhedonia, por lo que se vuelve imprescindible el trabajarlos a través de su modificación (Perivoliotis & Cather, 2009).

Los estudios que tratan de identificar el impacto de la TCC específicamente en la mejora de los síntomas negativos son escasos. La mayoría de las publicaciones al respecto (Gould et al., 2004; Zimmermann et al., 2005) tienen la peculiaridad de centrarse en la TCC dirigida a los síntomas positivos y suelen evaluar la sintomatología negativa como un elemento secundario del proceso de intervención. En el caso específico de los síntomas negativos, Velthorst et al. (2015) realizó un metaanálisis con 35 estudios que implementaron, en la mayoría de los casos, la TCC para el tratamiento de los síntomas negativos, encontrando un efecto mínimo en la mejora de los síntomas negativos, tanto en estudios que se centraron específicamente en la reducción de estos síntomas como en los que se tomaron solo de forma secundaria. Las conclusiones de Velthorst y sus colaboradores (2015) sobre estos resultados giran en torno a la calidad de los estudios, la forma de administración de la TCC y al año de publicación, esto último en función a que las publicaciones más antiguas obtuvieron mejores resultados que las más recientes.

Otros autores han comentado la importancia de añadir elementos específicos a la TCC para maximizar sus efectos terapéuticos en los síntomas negativos. Granholm y sus colaboradores (2016) realizaron una propuesta terapéutica denominada Entrenamiento en Habilidades Sociales y Cognitivo Conductuales (CBSST) en donde transformaron la TC a través de la integración de estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y estrategias de solución de problemas. Cabe destacar que la

CBSST no es una terapia específica para el manejo de los síntomas negativos, sino que es concebida como una estrategia de intervención para el tratamiento general del paciente con esquizofrenia, sin embargo, se han realizado estudios para evaluar su efecto en la sintomatología negativa. Granholm et al. (2018) evidenciaron que la aplicación del tratamiento tuvo un efecto en las actitudes derrotistas relativas al desempeño en relación con las creencias de interacción social, de igual manera mostraron un mejor resultado funcional y una mayor reducción en la severidad de los síntomas negativos experienciales, evidencia que también ha sido consistente de forma experimental (Granholm et al., 2021). Cabe destacar que la CBSST hace énfasis en el cambio de las actitudes en torno a las creencias de la interacción social, las cuales incluyen el intercambio de experiencia positivas con el otro (Granholm et al., 2018). Esto es relevante, pues alude a la importancia que tiene la forma en como se percibe la relación con los demás para la obtención de gratificación, guardando relación con las condiciones de la persona frente al disfrute en compañía de los demás, uno de los moduladores contemplados en la gadudibilidad (Padrós, 2002).

Otra terapia que ha tenido una aplicación importante en el tratamiento de diversos trastornos mentales severos es la Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC). La cual tiene como principal objetivo mejorar los procesos cognitivos utilizando los principios de aprendizaje, como la práctica de tareas repetidas y personalizadas, la retroalimentación personalizada y la enseñanza de métodos compensatorios para superar los problemas relacionados con la cognición (Cella et al., 2017). Al igual que muchas otras intervenciones la TCR no tiene una adaptación específica para el trabajo de los síntomas negativos, sin embargo, como la teoría cognitiva de la esquizofrenia sugiere, los síntomas

negativos y el deterioro cognitivo son elementos correlacionados (Perivoliotis & Cather, 2009), por lo tanto, el trabajo de rehabilitación cognitiva puede incidir en la mejora de dicha sintomatología (Erhart et al., 2006). Algunos estudios han corroborado esta afirmación, tal es el caso del metanálisis realizado por Cella et al. (2017) quienes analizaron un total de 45 estudios donde se utilizó la TRC como tratamiento coadyuvante, concluyendo que, aunque los síntomas negativos no son el objetivo principal para la TRC, esta intervención puede tener efectos beneficiosos de pequeños a moderados en este grupo de síntomas.

Un estudio que resaltar sobre la evidencia de los tratamientos psicológicos para la mejora de los síntomas negativos es el realizado por Klingberg et al. (2011) quienes de manera muy detallada explicitan la adaptación que realizaron de la TCC dirigida a síntomas negativos, la cual consistió en la aplicación de un manual de intervención orientado al manejo de los síntomas negativos, los cuales eran clasificados en módulos distintos y dirigidos a los pacientes en función a su perfil de síntomas y a su disponibilidad para el trabajo de dichos síntomas. En este estudio la TCC fue comparada con la Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC) con el objetivo de analizar si la TCC tuviese efectos específicos sobre los síntomas negativos en comparación con la RC. Los resultados del estudio evidenciaron que ambos grupos de pacientes mostraron mejora de los síntomas negativos, habiendo un efecto similar entre la eficacia de la TCC y la TRC.

Además de la TCC y la TRC, también se han propuesto e investigado la eficacia de otro tipo de terapias que, a pesar de contar con escasa evidencia, han demostrado cierto grado de eficacia para el tratamiento de los síntomas negativos. La Terapia Psicológica Orientada al Cuerpo (TOC) es una intervención que se ha utilizado para el trabajo de los

síntomas negativos. En ella se plantea que el movimiento y las experiencias emocionales están asociadas de manera biológica por estrechos vínculos anatómicos y funcionales entre el sistema límbico y los ganglios basales (Heller, 2012). Röhricht y Priebe (2006) realizaron una protocolización de la TOC para el manejo de síntomas negativos en la esquizofrenia, la cual se fundamentaba en la comunicación a través de técnicas no verbales, la activación y la respuesta emocional, el uso del cuerpo como recurso creativo, de obtención de placer y expresión y el trabajo de la autopercepción y el esquema corporal. Dicho protocolo se aplicó a un grupo de 24 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, quienes fueron comparados con un grupo control. Dentro de los resultados obtenidos se observó una reducción significativa de la sintomatología negativa, a través de las puntuaciones del PANSS, en el grupo que recibió la TOC. Un dato interesante de la TOC es el énfasis que hace en torno a la autoconciencia de las emociones y las reacciones corporales, trabajando en el hecho de que el paciente sea consciente de las sensaciones y emociones tanto negativas como positivas (Rohricht, 2000).

La TCR y la TOC hacen especial énfasis en el trabajo de diversas capacidades cognitivas, partiendo de la premisa que atender estas habilidades tendrá un efecto en la expresión de los síntomas negativos y en general en el bienestar del paciente. Es importante resaltar este hecho ya que las propuestas para el fomento de la gaudibilidad en distintos trastornos abarcan de manera directa el trabajo de las capacidades cognitivas, esto debido a que, dentro de los mediadores del disfrute, procesos cognitivos como la concentración, implican la posibilidad de poner atención a las distintas situaciones y sus posibles consecuencias gratificantes (Padrós 2002). Esto quiere decir que, cuando en la

esquizofrenia se trabaja con el fortalecimiento de las capacidades cognitivas, de forma indirecta se está propiciando que los pacientes puedan experimentar más disfrute.

De igual manera, otra terapia utilizada para el tratamiento de los síntomas negativos en esquizofrenia es la Terapia de Activación Conductual (TAC). Esta intervención plantea que los comportamientos asociados con los síntomas negativos pueden verse como un intento del paciente por hacer frente a los cambios ambientales que con frecuencia acompañan al inicio de la psicosis, pudiendo volverse completamente inactivo en su comportamiento (desmotivación), sus pensamientos (alogia) y sentimientos (afecto embotado) generando una capacidad disminuida para pensar, sentir y/o realizar ciertas actividades diarias, así como en la depresión, la evitación de realizar estas actividades se refuerza negativamente, generando respuestas que reducen el acceso a las contingencias de refuerzo positivo, que impiden el desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar los cambios asociados con el inicio de la psicosis y que deterioran las habilidades en la interacción social y la vida diaria (Mairs et al., 2011). La aplicación de esta terapia ha demostrado un efecto en la mejora de pacientes con sintomatología negativa leve y moderada (Choi et al., 2016) y un efecto positivo para la adherencia al tratamiento (Mairs, Lovell y Campbell, 2011). Un elemento para resaltar en este proceso terapéutico es el que comentan Martín et al. (2014) sobre el énfasis que realiza en el involucramiento por parte del paciente en actividades generadoras de estímulos reforzantes y/o obtener estímulos reforzantes de sus actividades cotidianas que guardan relación con su funcionalidad social (acudir a la escuela, conductas de autocuidado, citas en el hospital, etc.). En otros términos, pudiéramos decir que la TAC trabaja en el cómo obtener disfrute de lo que se hace o hacer actividades para la obtención

de disfrute a través de herramientas como los autorrefuerzos y automanejo de contingencias, de la actividad monitorizada y el manejo del afrontamiento frente a la evitación como respuesta, habilidades que de manera implícita guardan relación con la gaudibilidad ya que ponen de manifiesto diversos mediadores para la obtención del disfrute.

Otra de las terapias empleadas para el manejo de síntomas negativos ha sido la llamada Terapia Metacognitiva de Reflexión e Introspección (TMRI), la cual estimula a los pacientes a pensar sobre sus ideas, sobre sí mismos y sobre los demás (Donkersgoed, Jong y Pijnenborg, 2016). Cabe destacar que dicha intervención no es específica para el tratamiento de los síntomas negativos en esquizofrenia, sino que ha sido utilizada en diferentes ámbitos, siguiendo una metodología similar en cada uno de los trastornos y teniendo pequeñas modificaciones para usuarios con esquizofrenia (Jong et al., 2019). La eficacia de la TMRI en pacientes con esquizofrenia se ha observado a través de los resultados de diversos estudios (Hamm & Firmin, 2016; Jong et al., 2019; Lysaker et al., 2019). Para el caso específico de los síntomas negativos Donkersgoed et al. (2016) realizaron un estudio de caso con una paciente con persistencia de sintomatología negativa, observando una reducción significativa de los síntomas medida a través del PANSS. Cabe resaltar que la TMRI trabaja con diversas habilidades cognitivas tales como la flexibilidad, el entendimiento de la mente de los otros, la descentración y a la capacidad de responder a los desafíos psicosociales del entorno, habilidades que ayudan a vincular los pensamientos con las emociones, diferenciar sentimientos y comprender las intenciones del otro (de Jong et al., 2016). Estos procesos, señala Mendiburo-Seguel y Heintz (2020), tienen una correlación con la experimentación del sentido del humor, lo

cual guarda una estrecha relación con el modulador Sentido del humor contemplado en la gaudibilidad (Padrós, 2002).

Por último, una de las terapias que ha sido implementada para el trabajo de los síntomas negativos en la esquizofrenia son aquellas orientadas a la atención plena o Mindfulness. Esta terapia centra su intervención en dos elementos principales que son la autorregulación de la atención, que implica atención sostenida, cambio de atención y la inhibición del procesamiento elaborativo y la orientación de curiosidad, apertura y aceptación hacia todos los aspectos de la experiencia inmediata, incluidos pensamientos, sentimientos y sensaciones (Bishop et al., 2004). A partir de la práctica de estas dos habilidades se ha trabajado clínicamente con pacientes con esquizofrenia y se ha evidenciado que la práctica del Mindfulness tiene efectos positivos para la reducción de los síntomas negativos (Tabak et al., 2015), datos que han sido corroborados a partir de metaanálisis (Khoury et al., 2013). Esta información resulta relevante ya que alude a la concentración uno de los moduladores de la gaudibilidad, ya que el Mindfulness al trabajar la autorregulación atencional y ubicarla hacia los aspectos de la experiencia inmediata pudiera ser un factor clave para posibilitar en la persona un mayor acceso a las gratificaciones de una actividad.

A través de la revisión de los distintos tratamientos psicológicos coadyuvantes de la esquizofrenia podemos fundamentar de forma más sólida el estudio de la gaudibilidad en relación a la sintomatología negativa de la esquizofrenia, para la comprensión de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. A continuación, en el cuadro 5 se presenta una síntesis de estas aportaciones.

Cuadro 5. Terapias propuestas para el trabajo de los síntomas negativos y su posible relación con la gaudibilidad.

Terapia	Objetivo	Relación con la gaudibilidad
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	Manejo y reestructuración de las creencias irracionales.	Las creencias irracionales también abarcan las interpretaciones que se hacen en torno al disfrute y/o a la capacidad misma de disfrutar.
Entrenamiento en Habilidades Sociales y Cognitivo Conductuales (CBSST)	Entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y estrategias de solución de problemas.	Consideración de las actitudes frente a la interacción con los demás, abarcando la posibilidad de obtener experiencias gratificantes a través de la relación con los otros.
Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC).	Mejora de los procesos cognitivos utilizando los principios de aprendizaje, la práctica de tareas repetidas y la enseñanza de métodos compensatorios	El trabajo de las habilidades cognitivas es una de las estrategias consideradas en los distintos tratamientos para el favorecimiento de la gaudibilidad.
La Terapia Orientada al Cuerpo (TOC)	Trabajo en la comunicación a través de técnicas no verbales, la activación y la respuesta emocional, el uso del cuerpo como recurso creativo y de obtención de placer.	Se favorece la experimentación de placer y disfrute a partir de la experimentación de diversos estímulos y la conciencia de las sensaciones gratificantes a través del cuerpo.
Terapia de Activación Conductual (TAC)	Involucramiento por parte del paciente en actividades generadoras de estímulos reforzantes y/o obtener estímulos reforzantes de sus actividades cotidianas	Se promueve la exposición a estímulos gratificantes y disfrutables en el día a día del paciente.
Terapia Metacognitiva de Reflexión e Introspección (TMRI)	Trabajo en la consciencia de los pensamientos sobre las propias ideas, sobre sí mismos y sobre los demás.	Relación con la búsqueda de intereses, la conciencia de aquello que se puede disfrutar y con habilidades relacionadas con el sentido del humor.
Mindfulness	Trabajo en la autorregulación atencional y ubicarla hacia los aspectos de la experiencia inmediata.	Hay un trabajo directo con la concentración, habilidad importante para la obtención de disfrute.

Capítulo 4

La Gaudibilidad y su relación con la sintomatología negativa: una alternativa para su comprensión

La complejidad de la esquizofrenia y la resistencia mostrada de los síntomas negativos a los tratamientos de la enfermedad fomenta la búsqueda de variables relacionadas a esta sintomatología y que puedan ser susceptibles a hacer modificaciones. Ya hemos presentado algunas de estas variables en el segundo capítulo y, durante el abordaje de las distintas terapias, abordamos de manera general los aspectos que pudieran tener relación con la gaudibilidad. Sin embargo, en este apartado detallaremos de manera específica los distintos elementos que conectan la sintomatología negativa y la gaudibilidad, así como la definición de este último concepto y su importancia en la psicología general.

La psicología positiva como marco de referencia para la gaudibilidad

En el campo de la psicología existe una subdisciplina relativamente reciente que se ha centrado en estudiar los procesos de bienestar y la vida satisfactoria de las personas. Ésta ha sido denominada Psicología Positiva y alude al estudio de emociones, rasgos, procesos y relaciones que conforman las experiencias gratificantes, felices y de bienestar (Hervás, 2009). Para Seligman y Csikszentmihalyi (2014), esta subdisciplina está orientada en el estudio de los rasgos positivos individuales y en el desarrollo de técnicas y terapias que potencialicen las fortalezas del individuo. Gracias a la Psicología Positiva el concepto de disfrute se ha convertido en una variable de gran importancia.

Dentro de la Psicología Positiva el disfrute se ha relacionado con múltiples acepciones. Para Nabi y Krcmar (2004) el término *enjoyment* es una disposición positiva general hacia el gusto por una actividad o contenido, dicha disposición se relaciona con componentes afectivos, cognitivos y comportamentales que actúan sobre la forma de

evaluar la experiencia personal. Esta disposición positiva se ha visto como una susceptibilidad al reforzamiento, en donde características biológicas y de la personalidad median en la respuesta hacia la predisposición del efecto de castigos y reforzadores (Pickering et al., 2006). Algo muy similar lo podemos identificar dentro de la propuesta de McCrae y Costa (1986) quienes establecen la existencia de factores de la personalidad que disponen al malestar psicológico (neuroticismo) o al optimismo y sensación de alegría (extraversión). Por su parte Cloninger et al. (1993) afirman la existencia de características biológicas que predisponen a responder a las situaciones reforzantes y a mantener comportamientos que continúan produciendo placer, así como a la inhibición de comportamientos que conducen al castigo, a situaciones nuevas o a la frustración. Sin embargo, independientemente de la existencia de una predisposición, es necesario precisar que el disfrute genera una actividad automotivante, la cual va orientada en gran medida por razones intrínsecas y no tanto por una recompensa extrínseca (Moon & Kim, 2001). En otras palabras, la capacidad de disfrutar dependerá en gran medida de componentes subjetivos y son estos mismos elementos los que refuerzan la actividad.

Un punto importante para destacar es la diferencia entre disfrute y placer. Como lo señalan Bryant y Veroff (2007) las personas pueden experimentar placer al satisfacer sus necesidades básicas, tales como alimentación, sexo o salud, sin embargo, eso no implica un automático disfrute. En este sentido, ambos conceptos se relacionan con la experimentación de algo positivo, sin embargo, el placer va orientado a la satisfacción de las necesidades homeostáticas, mientras que el disfrute implica la posibilidad de ir más allá de la satisfacción fisiológica, es más una experiencia psicológica (Padrós, 2002). Sobre esta diferencia Gómez et al. (2020) distinguen entre placer básico y disfrute

complejo o evolucionado, los cuales tienen una diferenciación neurofisiológica, en donde el placer básico estaría en estructuras relacionadas al sistema límbico y los sistemas de recompensa como el núcleo accumbens, pálido ventral, tronco encefálico, mientras que el disfrute complejo implicaría a estos y a estructuras más evolucionadas del sistema nervioso central propias de la corteza cerebral como las áreas orbitofrontal, cingulada, medial prefrontal e insular. Estos autores resaltan que el disfrute complejo puede derivarse del placer básico, pero va más allá de la satisfacción de una necesidad, abriendo el panorama a infinidad de actividades que pudieran ser disfrutadas.

Por último, se habla también de la diferencia entre el disfrute como resultado y el disfrutar como el proceso. Como ya se mencionó, la primera acepción hace referencia a esa experiencia agradable derivada de una evaluación subjetiva, mientras que el proceso implica los mecanismos y variables que permiten llegar al acto de disfrutar. En psicología positiva Bryant y Veroff (2007) han utilizado el término de saborear (en inglés *savoring*) para hacer énfasis en el proceso del disfrute. Para ellos, saborear implica todas las capacidades que permiten atender, apreciar y mejorar las experiencias positivas en la vida, las cuales se dividen en tres factores (Bryant & Veroff, 2007):

1. Condiciones que dan lugar a saborear: contextos con poca exigencia de necesidades sociales o de reconocimiento.
2. Factores que afectan la calidad e intensidad del afecto positivo experimentado: duración de la experiencia, reducción del estrés, complejidad de la experiencia, atención focalizada, automonitoreo, y consecuencias de la interacción social.

3. Factores que afectan la atención al afecto positivo experimentado: Diferencias de personalidad, experiencias ambivalentes y la ejecución de varias tareas que también son percibidas como positivas por el sujeto.

Esta propuesta para la explicación del proceso del disfrute ha tenido un impacto considerable dentro de la Psicología Positiva, no obstante, el *savoring* no es el único concepto al respecto. La gaudibilidad plantea otra alternativa a la teorización del disfrutar, añadiendo otros factores para explicar el disfrute experimentado.

El origen del término de gaudibilidad se deriva de la palabra en latín *gaudiere*, que quiere decir alegría (Padrós & Fernández- Castro, 2008). Esto tiene sentido ya que teóricamente la gaudibilidad es definida como un constructo psicológico en el que se integran los distintos elementos que median entre los estímulos y el disfrute que experimentan las personas, estos mediadores pueden regular la intensidad de dicho disfrute, el periodo de tiempo que se experimenta y las situaciones que pueden ser más disfrutables para la persona, de tal manera que, a mayor nivel de gaudibilidad, mayores serán las posibilidades de disfrutar algo (Padrós & Fernández- Castro, 2008).

Al ser un término psicológico, los distintos moduladores presentes en la gaudibilidad están estrechamente relacionados con factores cognitivos, emocionales y conductuales (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2017). Los moduladores propuestos hasta el momento son (Padrós & Castro, 2001; Padrós-Blázquez et al., 2021):

- Imaginación: Entendida como la capacidad que permite crear nuevas perspectivas del mundo a partir de la percepción del entorno (Brady, 1998). La imaginación juega un papel importante ya que puede permitir el disfrute a pesar de la falta y variedad de estímulos que pueda tener cierto contexto (Padrós, 2002)

- **Interés:** Puede ser visto como una experiencia emocional de curiosidad y motivación momentánea y/o como parte de un rasgo individual de la persona relacionado a sus aspiraciones, hobbies y metas (Silvia, 2006). El interesarse por diversos ámbitos incrementa la posibilidad de que las personas identifiquen elementos que le resulten reforzantes, incrementando así la intensidad del disfrute experimentado (Padrós, 2002).
- **Sentido del Humor:** Es la capacidad de percibir las situaciones desde un punto de vista cómico generador de risa. Se asume que las personas que tienen sentido de humor tienen mayor hábito de reír (Padrós, 2002).
- **Concentración:** Es el mantenimiento del seguimiento mental de cualquier actividad, el cual posibilita el acceso a gratificaciones en actividades que requieren mantener una atención más prolongada (Padrós, 2002).
- **Creencias irracionales sobre el disfrute:** Entendidas como pensamientos negativos sobre los estímulos que pudieran generar disfrute, sobre el disfrute mismo o sobre las maneras de expresar el disfrute, lo cual afecta el involucramiento a actividades potencialmente gratificantes (Yang et al., 2018).
- **Condiciones de la persona frente al disfrute:** Hace referencia a la distinción entre probabilidad de experimentar disfrute en situaciones en donde se está solo o en compañía (Padrós, 2002).

La evidencia empírica que ha ofrecido el estudio de la gaudibilidad ha sido extendida por diversas áreas (para una revisión más detallada véase Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2017), sin embargo, dentro de la psicopatología ha cobrado un especial interés puesto que se ha estudiado este concepto en personas diagnosticadas con depresión (Padrós et al.,

2014), en adolescentes con consumo de alcohol (Padrós-Blázquez & Martínez-Medina, 2020), personas con trastorno por consumo de sustancias (Padrós-Blázquez et al., 2011) y en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Padrós-Blázquez et al., 2011). Este último caso, es el más concerniente para el presente trabajo pues como hemos ido hipotetizando, las características específicas de la esquizofrenia y aquellas que guardan relación con los síntomas negativos podrían derivarse, al menos parcialmente, de algunos moduladores del disfrute, es decir que contempla la gaudibilidad. Para tener mayor claridad en torno a esto último, a continuación, se abordará de manera general algunos estudios relacionados con los distintos moduladores del disfrute, así como los estudios sobre gaudibilidad en esquizofrenia.

Respecto a la imaginación, diversos autores concuerdan que existe poca evidencia sobre los indicadores necesarios para evaluar la psicopatología de este constructo (Rasmussen & Parnas, 2015; Rasmussen et al., 2018) que, dentro de la esquizofrenia, generalmente se ha asociado con la sintomatología positiva. Algunos trabajos como el realizado por Brébion et al. (2008) relaciona las alucinaciones visuales con la imaginación argumentando que el paciente puede no lograr distinguir entre una y otra, teniendo complicaciones en distinguir entre imágenes imaginadas, imágenes percibidas y alucinaciones visuales. Estudios como el de Sack et al. (2005) afirman que los pacientes con esquizofrenia tienen una experimentación más vívida de las imágenes mentales que llegan a imaginar, mientras que trabajos como el de Rasmussen et al. (2022) han evidenciado la existencia de singularidades en la imaginación de personas con esquizofrenia, teniendo características como: constatación espacio temporal, en donde se experimenta la imagen imaginada como algo tangible y explorable; autonomía, donde

aparece la sensación de que las imágenes imaginadas siguen su propio curso y no hay control sobre ello; efectos intensos, característica de experimentar las emociones causadas por la imaginación con la misma intensidad que al vivirlos en la realidad. Cabe destacar que los estudios subrayan el efecto negativo de la imaginación en la esquizofrenia, pero no hemos hallado estudios que reporten la habilidad de la imaginación y su posible uso en el disfrute en pacientes con esquizofrenia.

El sentido del humor es otro de los modulares de la gaudibilidad que, en relación con la esquizofrenia, se ha estudiado relativamente poco. Wyszomirska et al. (2020) comentan que la comprensión del humor y su uso efectivo requieren de diversas habilidades lingüísticas y extralingüísticas, incluido el procesamiento de señales del entorno social, el reconocimiento correcto de mensajes emocionales, la comprensión del contexto de una situación humorística o la extracción de conclusiones correctas sobre el estado mental de otras personas. En otros términos, la cognición social y diversas habilidades cognitivas son necesarias para este proceso, lo cual, como ya hemos mencionado con anterioridad, resulta complicado en la esquizofrenia por los déficits cognitivos, afectivos y sociales que presentan. La mayoría de las investigaciones que analizan el humor en la esquizofrenia lo hacen desde el marco de la Teoría de la Mente. Un ejemplo es el trabajo de Marjoram (2005), quien argumenta que la disminución en la capacidad de apreciar el humor se relaciona con déficits en esta habilidad cognitiva. Sus hallazgos muestran que los pacientes suelen tener dificultades para considerar ciertas situaciones como graciosas, debido a la incapacidad de inferir los pensamientos y emociones de los demás. No obstante, sí pueden experimentar risa ante circunstancias que

no requieren procesos de inferencia social, como cuando observan a alguien resbalar con una cáscara de banana.

El sentido del humor en la esquizofrenia también se ha estudiado en el ámbito de la intervención. En el estudio de Witztum, et al. (1999) el sentido del humor se trabajó como una herramienta accesoria dentro de la terapia convencional, en donde se les dio la indicación a los terapeutas de la realización de chistes, bromas y comentarios absurdos para involucrarse con los pacientes, así como la discusión de puntos de vista absurdos y el análisis de situaciones cómicas en sesiones grupales. En este estudio se trabajó con 12 pacientes institucionalizados obteniendo resultados positivos antes y después de la intervención. Por su parte Cai, et al. (2014) realizaron un estudio experimental para identificar la eficacia de una intervención enfocada directamente en el sentido del humor en pacientes con esquizofrenia. Esta intervención abarcó aspectos como la determinación de la naturaleza del sentido del humor de los participantes, aprender a no tomarse a sí mismo demasiado en serio, reír más a menudo y aprender a contar chistes e historias graciosas, jugar con el lenguaje, encontrar el humor en la vida cotidiana y encontrar humor en situaciones estresantes. En los resultados de dicho estudio se observó que el efecto principal del tratamiento fue significativo en la puntuación total ($p < 0,005$) y la puntuación de síntomas negativos ($p < 0,001$) de la PANSS. Es importante mencionar que la mayoría de los estudios en este ámbito no incluyen datos sobre la expresión del humor de los mismos pacientes con esquizofrenia ni de la manera en que lo experimentan, lo cual sería necesario indagar si se quisiera identificar lo relacionado al disfrute del paciente.

Sobre el interés, visto como el involucramiento y la motivación hacia las aspiraciones, hobbies y metas, dentro de la esquizofrenia se han realizado algunos estudios que tratan de identificar como son los pasatiempos de las personas y en que invierten su tiempo. Con respecto al primer punto Sergeev y Malinochka (2008) analizaron a 82 pacientes con esquizofrenia estableciendo criterios para identificar intereses y aficiones patológicas, dichos criterios incluían características como inconsistencia entre el pasatiempo y la experiencia de vida previa, intereses marginales y singulares, carácter sobrevalorado del pasatiempo, entre otros. Estos investigadores concluyen que los intereses y hobbies de los pacientes generalmente ofrecen dinámicas desfavorables para la interacción con el ambiente social, teniendo relación con aspectos clínicos de la enfermedad como tendencias obsesivas-compulsivas y paranoicas.

Por otra parte, con respecto a en que invierten su tiempo las personas con esquizofrenia, Cella, et al. (2016) evaluaron a 170 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 1124 personas de la población general. En este estudio se identificó que las personas con esquizofrenia pasaban menos tiempo en actividades funcionales, sociales y de ocio y más tiempo descansando y “no haciendo nada” en comparación con la población general. Además, en comparación con personas desempleadas y personas con una discapacidad física, las personas con esquizofrenia dedicaron un tiempo similar a las actividades funcionales, pero significativamente menos al ocio, a actividades de socialización y viajes. Cabe resaltar que la gravedad de los síntomas negativos se asoció con el tiempo dedicado a actividades de poco movimiento e influyó negativamente en el tiempo de actividades sociales y de ocio. Si bien se observa que los intereses de los pacientes pueden llegar a tener un carácter patológico, también se evidencia que el tiempo

dedicado a estos hobbies es poco, pudiendo ser contraproducente con la experiencia del disfrute, ya que el pasatiempo en vez de ser disfrutable puede llegar a generar malestar por su carácter patológico y tener poca gratificación por la poca que se lleva a cabo. Estos estudios a su vez pueden ayudarnos a identificar que las condiciones del disfrute generalmente pudieran darse en solitario por la poca actividad social de los pacientes.

En cuanto a la concentración como el mantenimiento del seguimiento mental de cualquier actividad, en la esquizofrenia se ha evidenciado de forma consistente las repercusiones cognitivas de la enfermedad encontrándose déficits de atención y concentración que impactan significativamente con el funcionamiento social y laboral de las personas con este padecimiento. Tales hallazgos son tan consistentes que se ha hipotetizado un fenotipo de la esquizofrenia pudiendo ser un indicador de vulnerabilidad para la enfermedad (Liu et al., 2000). Algunos estudios afirman que dichos déficits pueden ser independientes a la capacidad cognitiva de la persona (Harris, et al., 2007) teniendo relación con un trastorno similar al que se presenta con los pacientes con trastornos con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Barr, 2001).

Por la información recaba pudiéramos inferir que los pacientes con esquizofrenia tienen todo en contra para una experimentación adecuada del disfrute, habiendo evidencia de problemáticas en los distintos moduladores del mismo. Sin embargo, al no existir estudios que aborden dichas características dirigidas explícitamente con el disfrute, o mejor dicho, con la gaudibilidad, no podemos identificar el grado en que estas variables repercuten en los pacientes con esquizofrenia.

En el caso de la gaudibilidad, se han realizado algunos acercamientos interesantes que han ofrecido evidencia empírica de las relaciones entre este constructo y la

esquizofrenia. El más general es el realizado por González-Cantero et al. (2018) quienes realizaron un estudio en donde evaluaron la relación existente entre la gaudibilidad y los síntomas psicopatológicos en población general, dicho trabajo mostró una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la gaudibilidad y el Índice de Severidad Global derivado de la escala *Symptom Checklist-90* (SCL-90) utilizada en el estudio. Específicamente, se observó correlaciones más altas de gaudibilidad con los factores de depresión y obsesivo-compulsivo, mientras que la correlación con los factores relacionados con el espectro de la esquizofrenia no fue significativa. Cabe mencionar, como los mismos autores comentan, que este estudio fue realizado con población general, lo cual genera limitantes importantes a la hora de considerar los resultados, además, la escala utilizada no comprende una categoría que considere específicamente la sintomatología negativa.

Por otro lado, tenemos el estudio realizado por Padrós et al. (2011), en donde el objetivo de la investigación fue valorar si las personas que padecen un trastorno esquizofrénico manifiestan un menor nivel de gaudibilidad respecto de la población general. En cuanto a los resultados obtenidos se evidenciaron bajos niveles de gaudibilidad respecto a los participantes del grupo control. Sin embargo, se concluye en dicha investigación que el diseño no permite discernir una relación entre la baja gaudibilidad como factor de riesgo de la esquizofrenia o provocado por la enfermedad, además en este trabajo solo se abordó indirectamente a la anhedonia, sin tomarse en cuenta los demás síntomas negativos. Así mismo no se estudió la relación entre los síntomas negativos y la gaudibilidad.

Planteamiento del problema

Como ya hemos analizado, la sintomatología negativa se ha relacionado con diversas variables psicológicas, de las cuales, las que cobran mayor relevancia dentro de la evidencia empírica y el desarrollo teórico, son aquellas que tienen que ver con las creencias negativas y el placer anticipatorio. Sin embargo, los estudios realizados no han considerado de manera específica las creencias referidas al disfrute, ni tampoco se han preocupado por la integración de otros elementos que están estrechamente implicados en la experiencia de disfrute. En este sentido, la gaudibilidad puede ser una opción relevante para el abordaje de la sintomatología negativa en varios sentidos. El primero alude a la posibilidad explicativa que la gaudibilidad pudiera ofrecer para la comprensión de la sintomatología negativa ya que las características clínicas de estos síntomas hacen referencia a la falta de interés, pérdida de la motivación y la obtención de placer por varios aspectos de la vida cotidiana, lo cual podría traducirse en variables relacionadas con la experiencia del disfrute de la persona, a su vez, dicho concepto posibilitaría la detección de variables psicológicas susceptibles de ser modificadas para beneficio y tratamiento de la sintomatología negativa. En segundo lugar, diversos investigadores (Koenen et al., 2008; Padrós et al., 2011) han planteado que los niveles de disfrute o gaudibilidad debieran ser objetivos claves en los procesos de intervención en algunos trastornos mentales incluidos la esquizofrenia. En tercer lugar, sólo existe un estudio que ha relacionado la gaudibilidad y la esquizofrenia e inexistentes los que han estudiado específicamente la relación entre la gaudibilidad y la sintomatología negativa.

Partiendo de lo comentado con anterioridad es relevante preguntarse entonces ¿Qué relación existe entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y la gaudibilidad? En caso de existir relación ¿Qué dimensiones tienen mayor peso en esta relación y cómo incide en los diversos síntomas negativos? Por último, ¿El deterioro cognitivo puede jugar como una variable mediadora

entre la gaudibilidad y los síntomas negativos? De estas preguntas se desprende el siguiente objetivo general:

- Estudiar la relación existente entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los niveles de gaudibilidad de los pacientes.

Además, para responder las preguntas de investigación será necesario también considerar los siguientes objetivos particulares:

- Estudiar las posibles diferencias por sexo en las puntuaciones de la gaudibilidad, los síntomas negativos y el deterioro cognitivo.
- Estudiar las posibles diferencias por rango de edad e inicio de los primeros síntomas en las puntuaciones de la gaudibilidad, los síntomas negativos y el deterioro cognitivo.
- Estudiar la correlación entre el deterioro cognitivo y la gaudibilidad.
- Estudiar la correlación entre el deterioro cognitivo y los síntomas negativos.
- Estudiar la correlación de las diversas dimensiones de la gaudibilidad y los distintos síntomas negativos.
- Estudiar la mediación que ejerce el deterioro cognitivo en relación a los síntomas negativos y la gaudibilidad.

Las hipótesis que se derivan de estos objetivos son:

- La sintomatología negativa tiene una correlación negativa con respecto a los niveles de gaudibilidad.
- La dimensión de creencias irracionales sobre el disfrute tiene mayor relación con la dimensión de anhedonia.

- La dimensión de sentido del humor tiene mayor relación con la dimensión de aplanamiento afectivo de los síntomas negativos.

Capítulo 5

Método

El principal objetivo del presente trabajo será estudiar la relación existente entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los niveles de gaudibilidad de los pacientes, estudiando a su vez la comparación de los pacientes en función a la gravedad de los síntomas negativos y los niveles de gaudibilidad, así como la relación de las diversas dimensiones de la gaudibilidad y los distintos síntomas negativos. Para dicha labor, se llevará a cabo un estudio no experimental de tipo transversal, prospectivo y correlacional a través de la evaluación de pruebas psicométricas para la medición de las variables de interés, este proceso será explicado a detalle en el presente capítulo, abordando las características de los participantes, el escenario de trabajo, los instrumentos a utilizar, la forma de proceder y la manera en que serán analizado los datos.

Participantes

Se seleccionaron los participantes de forma no aleatoria por conveniencia quienes eran usuarios de las instituciones correspondientes del Hospital de Psiquiatría “Gustavo León Mojica”, institución ubicada en la ciudad de Aguascalientes, México y regulada por el Gobierno del Estado, así como Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco ubicado en el estado de Morelia, Michoacán. Los pacientes deben estar diagnosticados con algún trastorno del rubro correspondiente en el DSM-5 del espectro de la esquizofrenia o dentro del rubro de esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios con respecto al CIE-

11 a excepción de las psicosis inducidas por sustancia. No se realizará ningún tipo de distinción en cuanto al género de los participantes, su nivel socioeconómico, ocupación, tiempo con el diagnóstico ni comorbilidad con otros trastornos, cabe mencionar que en el cualquier momento del proceso de investigación las personas podrán cancelar su participación en cuanto así lo desean, haciendo la devolución de la información recabada y eliminándola por completo. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en el cuadro 6.

Cuadro 6. Criterios para la selección de participantes.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Cumplir los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos incluidos en el espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo) • Asistentes de la consulta externa o usuarios de los servicios de salud de las instituciones • Grado de funcionalidad suficiente para la comprensión de las instrucciones generales de la evaluación.	• Psicosis no controlada • Personas analfabetas • Personas con alguna barrera de comunicación tipo ceguera, sordera o mudéz. • Personas que no acepten firmar el consentimiento informado.

Todos los pacientes que cumplieron con dichos criterios fueron evaluados con los distintos instrumentos, teniendo en cuenta que los pacientes con puntaje igual o mayor a 6 en *Calgary Depression Scale* (CDS) fueron eliminados de la muestra total de participantes.

Escenario

La aplicación de pruebas será llevada a cabo dentro de las instalaciones de ambas instituciones aprovechando los tiempos de los pacientes en su asistencia a la consulta externa o citándolos específicamente para la evaluación de la investigación. Los instrumentos serán aplicados a quienes acepten los términos del consentimiento informado

y serán aplicados por personal capacitado previamente y con experiencia en entrevista clínica psiquiátrica o psicológica.

Instrumentos

La batería de instrumentos a utilizar esta en función a las variables de estudio y a la necesidad de establecer parámetros de control para los participantes. A continuación, se describirán a detalle las cualidades psicométricas de las pruebas a utilizar

Entrevista de datos de identificación y recolección de historial psiquiátrico

Este instrumento será aplicado con el objetivo de recabar la información general de los participantes, así como la descripción sobre el tratamiento, curso de la enfermedad y comorbilidades reportadas. Es importante señalar que se realizará un cotejo respecto a los datos recabados por esta entrevista y aquellos proporcionados por la institución. A continuación, se presenta la información a recabar con esta herramienta.

Cuadro 6. Descripción general de la información a recabar en la entrevista de datos de identificación y recolección de historial psiquiátrico.

Datos generales	Datos psiquiátricos
Edad	Diagnóstico
Sexo	Edad de primer episodio psicótico
Escolaridad	Comorbilidades
Ocupación	Tratamiento farmacológico
Estado Civil	Otros tratamientos coadyuvantes
	Consumo de sustancias

Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal. *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*

Esta prueba es una herramienta de cotejo que evalúa atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación, teniendo un puntaje máximo de 30 puntos (Nasreddine, et. al., 2005). A pesar de que su origen fue dirigido al ámbito geriátrico, su aplicación ha sido

empleada en multitud de contextos en donde el ámbito de la esquizofrenia no ha sido la excepción. En este rubro, Musso et al. (2014) realizaron un estudio respecto a la sensibilidad del MoCA en pacientes con Trastorno Mental Grave evidenciado una puntuación de corte de <26 teniendo una sensibilidad favorable en un 89%, en este estudio el MoCA se correlacionó de manera significativa con las pruebas de Evaluación breve de la Cognición en la Esquizofrenia (BACS) y la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF).

Por otro lado, Rosca y colaboradores (2020) realizaron una revisión sistemática de la aplicación de la escala MoCA en pacientes con esquizofrenia, encontrando un total de 12 estudios entre el 2012 y el 2020 que utilizaron dicha escala para la valoración cognitiva. En los estudios revisados se observaron múltiples correlaciones con pruebas como el Mini Mental, BACS, Trail Making Test A and B, MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) y el Wisconsin Card Sorting Test (WCST). A partir de esta revisión Rosca y colaboradores (2020) han concluido que el MoCA es una herramienta útil para la valoración cognitiva sugiriendo que un punto de corte <25 pudiera tener mayor sensibilidad para la detección de deterioro en los pacientes con esquizofrenia.

La escala MoCA cuenta una aplicación estandarizada para población mexicana orientada para el trabajo con pacientes con esquizofrenia. Esta labor fue realizada por Rodríguez-Bores y colaboradores en el 2014, en donde aplicaron la prueba a 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados de esta investigación evidenciaron una sensibilidad mayor para la identificación de deterioro cognitivo en un 69%, además de contar con un Alfa de Cronbach del 0.71 y una adecuada validez concurrente, teniendo correlación significativa con el MMSE ($r=0.62$, $p<0.001$), concluyendo que la escala

MoCA es un instrumento confiable y válido para establecer la presencia de deterioro cognitivo.

Escala de Depresión de Calgary. *Calgary Depression Scale (CDS)*

La CDS es una propuesta desarrollada por Addington et al. (1990) cuyo objetivo principal es la diferenciación de síntomas depresivos y la sintomatología negativa en la esquizofrenia. La prueba está diseñada para una aplicación conjunta con el examinador a partir de una entrevista semiestructurada, en donde se exploran 9 ítems en un puntaje que va del 0 al 3 en función a la gravedad percibida a través del juicio clínico del examinador en conjunto a lo expresado por el paciente. La escala se enfoca en depresión, desesperanza, autodepreciación, ideas culpables de referencia, culpa patológica, depresión matutina, despertar precoz, suicidio y depresión observada, dando un punto de corte >6 para la presencia de depresión.

A pesar de la longevidad de la prueba, estudios recientes han explorado su validez actual en el ámbito de la investigación psiquiátrica. Porter y Fox en el 2022 realizaron un metaanálisis con el objetivo de cuantificar la consistencia interna, la confiabilidad entre evaluadores (IRR) y la confiabilidad test-retest de la CDS. En su estudio se obtuvo una consistencia interna de 0.83 (IC del 95 %: 0,82–0.84). Higgins I^2 indicó un nivel aceptable de variación entre las estimaciones alfa de los estudios revisados, sugiriendo que todos los elementos del CDS miden el mismo constructo contando una validez interna consistente. El efecto metanalítico de la TIR fue de 0.88 (IC del 95 %: 0.86–0.91), con Higgins I^2 indicando altos niveles de heterogeneidad. Los autores mencionan que estos valores se

encuentra dentro de los niveles esperados para las medidas psicométricas concluyendo que la CDS refleja un alto nivel de confiabilidad

Para la aplicación en población mexicana Ortega-Soto y sus colaboradores (1994) realizaron una adaptación de la CDS en pacientes mexicanos, teniendo un total de 103 participantes con diagnóstico de esquizofrenia a quienes se les evaluó utilizando la escala CDS junto al Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala DiMascio. Los resultados de dicho estudio evidenciaron una correlación muy elevada y significativa con el IDB ($r=0.824$, $p<0.001$), cabe resaltar que Ortega-Soto (et. al., 1994) también realizaron una regresión múltiple estableciendo una relación de variables entre la puntuación total de la CDS (variable dependiente) y cada uno de los puntos que conforman la escala (variable independiente). Este análisis evidenció que la dimensión de la depresión observada por el evaluador explica en un 81.5% de la varianza total.

Escala Breve para Síntomas Negativos. *The Brief Negative Symptom Scale* (BNSS)

La aplicación de esta escala tiene como principal objetivo la evaluación de los síntomas negativos en la esquizofrenia. La BNSS surge de la reconceptualización de las dimensiones propuestas en las últimas revisiones referentes a la evaluación clínica de los síntomas negativos de la esquizofrenia (Kirkpatrick et al., 2011). En ella se consideran un total de 13 ítems con valores de 0 a 6 repartidos en 6 subescalas: anhedonia, malestar, disminución de la interacción social, abulia, embotamiento afectivo y alogia. La forma de aplicación necesariamente implica la asistencia de un examinador con experiencia clínica pues su implementación conlleva una valoración a partir de una entrevista semiestructurada con preguntas preestablecidas, pero con la posibilidad de añadir algunas otras para una mejor valoración.

La BNSS ha tenido una recepción positiva en la comunidad científica provocando la realización de diversas adaptaciones en varios idiomas como al japonés (Hashimoto et al., 2019), turco (Polat et al., 2016), danés (Gehr et al., 2019) y al español (Mané et al., 2014). Esta última versión es la que se utilizará en el presente estudio, la cual estuvo a cargo de Mane y sus colaboradores, quienes en el 2014 realizaron la traducción de la prueba a partir del método de traducción-retraducción. En dicho trabajo, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.98, una fiabilidad test-retest de la puntuación total de la prueba con .95 ($p < 0.001$) y validez concurrente con las escalas SANSS $r = 0.68$ ($p = 0.001$) y PANSS $r = 0.74$ ($p < 0.001$).

Escala de gaudibilidad. *Gaudiebility (Enjoyment Modulators) Scale for Adults of Morelia* (EGAM).

Este instrumento parte de la propuesta realizada originalmente por Padrós en 2002 para la medición de los moduladores del disfrute. Sin embargo, gracias a una serie de revisiones, la propuesta original ha tenido una serie de modificaciones para alcanzar la naturaleza multifactorial del concepto de gaudibilidad y así obtener mayor validez de constructo. La versión que se utilizará será la reestructurada por Padrós-Blázquez et al. (2021). Esta versión fue trabajada con población mexicana y cuenta con las dimensiones de imaginación, interés, sentido del humor, concentración, creencias irracionales y las condiciones del disfrute, la prueba tiene un total de 24 ítems con un Alfa de Cronbach de .803, además los factores de la EGAM tienen una correlación significativa con la puntuación total de la Escala para medir el Disfrute Experimentado en Adultos (EDEA) (Blázquez & Medina, 2021), la cual es un antecedente importante para la elaboración de la EGAM.

Cabe resaltar que esta escala es la única de la batería de pruebas que es auto aplicada, situación que es relativamente común en el trabajo con la esquizofrenia existiendo escalas para la autopercepción del estado de ánimo (Barrowclough et al., 2003) la autopercepción de síntomas negativos (Dollfus et al., 2015) y la funcionalidad (McCabe et al., 2018). Sin embargo, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones al respecto, pues algunos estudios han evidenciado que los instrumentos auto informados muestran poca equivalencia con aquellos heteros aplicados cuando hay deficiencias cognitivas (Goldring et al., 2020).

Procedimiento

La realización del presente trabajo abarcará una serie de pasos que involucrarán los diferentes momentos respecto a la convocatoria de los participantes, la recolección de datos y el análisis de estos, los cuales serán descritos a continuación.

1.- Contacto con las instituciones de salud

Se realizará un contacto directo con las instituciones de Aguascalientes (Hospital de Psiquiatría “Gustavo León Mojica”) y Morelia (Hospital psiquiátrico Dr. José Torres Orozco) a través de los departamentos de enseñanza en cada uno de ellos, asegurando el cumplimiento de los requisitos necesarios para la aplicación del proyecto, específicamente aquellos relacionados a los demandados por el comité de ética de las instituciones.

2.- Convocatoria de participantes y firma del consentimiento informado.

A través de los distintos servicios dados por las instituciones se lanzará la convocatoria para la invitación de los pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos incluidos en el espectro de la esquizofrenia. Aquellos que quieran participar voluntariamente en la investigación serán citados a una sesión grupal en donde se les expondrán los objetivos del trabajo y se les hará entrega del consentimiento informado, explicando que están libres de

abandonar el proceso en el momento en que así lo deseen. Además, se les hará saber que todos sus datos serán manejados solo con fines académicos para el cumplimiento de los objetivos del presente trabajo. Por último, a todos los pacientes se les compartirá la forma de contactar al responsable para cualquier duda o aclaración que tengan antes, durante o después de su participación.

4.- Capacitación de personal para la aplicación de los instrumentos.

Se identificarán a las personas externas o internas de las respectivas instituciones que colaborarán con la aplicación de los distintos instrumentos de evaluación. Se realizará una reunión con dichas personas en donde se expondrán los objetivos de la investigación y se realizará una capacitación para la aplicación de los instrumentos hetero aplicados.

5.- Aplicación de instrumentos de evaluación.

Todos los pacientes que fueron convocados y accedieron a firmar el consentimiento informado serán citados ya sea a la hora de su consulta y/o servicio de salud o durante otro momento para la aplicación de los instrumentos. El protocolo de aplicación consistirá en la implementación de los instrumentos en el orden que se muestra en el cuadro 7 y se ejecutará en algún lugar asignado por la institución procurando que tenga las condiciones necesarias para una aplicación sin contratiempos, es decir, libre de ruido, ventilado, bien iluminado y cómodo para el paciente, considerando un tiempo de aplicación de entre 50 a 60 minutos. De igual manera, se le reiterará al paciente sobre la libre elección de abandonar el estudio en el momento en que así lo desee y el uso privado de los datos obtenidos con fines académicos.

Cuadro 7. Orden de aplicación de los instrumentos de evaluación

Instrumento	Duración	Forma de aplicación
1.- Entrevista de datos de identificación y recolección de historial psiquiátrico.	5 a 10 min	Hetero aplicada
2.- <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)	10 a 12 min	
3.- <i>Calgary Depression Scale</i> (CDS)	10 a 15 min	

4.- <i>The Brief Negative Symptom Scale (BNSS)</i>	10 a 15 min	
5.- <i>Gaudiebility (Enjoyment Modulators) Scale for Adults of Morelia (GSAM).</i>	2 a 3 min	Auto aplicada

6.- Devolución personal de datos

Todos los pacientes participantes serán citados en un segundo momento para la devolución de los resultados de su evaluación dando la opción de otorgar dichos resultados por vía telefónica. Durante este momento se le otorgará al paciente los resultados de todos los instrumentos, explicando de manera general y con fines psicoeducativos la relación de lo arrojado por la evaluación y su padecimiento, tratando de aclarar todas sus dudas. También se le ofrecerá al paciente la opción de otorgar sus resultados a su médico y terapeuta tratante.

7.-Análisis de datos.

Los datos recopilados serán trabajados a través del software IBM SPSS Statistics 25 realizando una base de datos que será analizada a través de estadística descriptiva para las características generales de los participantes, mientras que la realización de los procedimientos de estadística inferencial se llevará a cabo a través del software JASP

0.18.2. Cabe mencionar que se filtrarán aquellos participantes que presenten los criterios de eliminación relacionados con los resultados del MoCA y el CDS. Una vez descartados estos datos se llevará a cabo un análisis de correlación de las puntuaciones con respecto a la edad y los rangos de edad de la aparición de los primeros síntomas, así como una correlación entre las puntuaciones totales de la BNSS y la GSAM. Posteriormente, se realizará una regresión lineal considerando la sintomatología negativa como variable independiente y la gaudibilidad como dependiente, este proceso se realizará de tres formas complementarias.

- Puntuación global del BNSS y puntuación global del GSAM

- Puntuación global del BNSS y puntuaciones de cada una de las subescalas consideradas en la GSAM
- Puntuación de cada una de las subescalas de la BNSS y la puntuación de cada una de las subescalas consideradas en la GSAM

Por último, se llevará a cabo un análisis mediacional para observar el efecto que pueda tener las puntuaciones del MoCA como variable mediadora entre las puntuaciones globales de la BNSS y la GSAM.

Consideraciones éticas

Todo el proceso planteado en el presente trabajo se conducirá de manera ética considerando el respeto y el beneficio hacia las personas participantes y las instituciones involucradas. Para salvaguardar estos elementos se considerará la aplicación de los siguientes puntos:

- Explicación clara y concisa de los objetivos que persigue el presente trabajo tanto a los participantes como a las instituciones involucradas.
- Explicación de los beneficios y riesgos que involucra ser participante del presente trabajo.
- Participación voluntaria expresada a través del asentimiento y la firma del consentimiento informado por parte de las personas.
- Manejo anónimo de los datos con fines académicos exclusivamente.
- Devolución de los resultados a las personas involucradas y a las instituciones colaboradoras.
- Libre elección de abandonar el proceso de evaluación en cualquier momento en que las personas participantes así lo soliciten.

- Cumplimiento de todos los requisitos establecidos por parte de los comités de ética de las instituciones involucradas.

Capítulo 6

Resultados

El objetivo principal de esta investigación fue estudiar la relación entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los niveles de gaudibilidad de pacientes con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia. Para esto, se llevó a cabo una serie de pasos descritos en el capítulo anterior de los cuales se obtuvieron los resultados que se describirán a continuación.

Para una secuencia lógica de los mismos abordaremos este capítulo ordenando la información a partir de tres grandes secciones:

1. La descripción de datos sociodemográficos y otros datos recabados de los participantes.
2. Los resultados descriptivos de las distintas pruebas aplicadas en la evaluación.
3. Los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo para responder a los objetivos de la investigación.

Características de los participantes

Datos demográficos

La muestra incluyó a un total de 71 participantes, de los cuales 7 fueron eliminados por puntuaciones altas en la prueba Calgary de Depresión, dejando un total de 64, siendo 36

(56.25%) hombres con un rango de edad entre 22 y 66 años ($M= 37.19$, $DE= 11.29$) y 28 (43.75%) mujeres con un rango de edad entre 22 y 63 años ($M= 42.75$, $DE= 11.22$).

En cuanto al nivel de estudios de los participantes se observó que 12 (18.8%) refirieron estudios de primaria, 23 (35.9%) de secundaria, 22 (34.4%) de preparatoria y solo 7 (10.9%) universitarios. Con respecto a su estado civil, 43 (67.2%) eran solteros, 12 (18.8%) casados, 4 (6.3%) divorciados, 4 (3.2%) separados, 2 (3.1%) viudos y solo un (1.6%) participante especificó como otro.

Respecto a la situación laboral de los participantes, alrededor de 30 (46.9%) participantes indicaron que dependían económicamente o recibían apoyo económico de algún familiar. En la Tabla 1 se muestra la variedad de empleos que ejercían, siendo relevante señalar los empleos que mencionaron no estaban bajo prestaciones de ley o con contrato, al contrario, las personas trabajaban en situaciones informales y con poca remuneración.

Tabla 1. Frecuencia de las ocupaciones de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Albañil	5	7.8
Aseo doméstico	2	3.1
Campesino	3	4.7
Comerciante	3	4.7
Desempleado	30	46.9
Empleada	1	1.6
Empleado	5	7.8
Estudiante	1	1.6
Hogar	7	10.9
Músico	1	1.6
Negocio propio	1	1.6
Obrero	5	7.8
Total	64	100.0

En consonancia con la información anterior, en la Tabla 2 se muestran los empleos previos que los participantes tuvieron antes del trabajo actual, evidenciándose que 23 (35.9%) personas no laboraban y 2 (3.1%) estaban desempleados. Cabe aclarar que alrededor de 15 (23.44%) participantes señalaron que su actividad laboral era sencilla o que se limitaba a actividades asignadas por sus familiares. En estos casos los pacientes referían que su trabajo, más que un empleo, era una actividad en la que auxiliaban a algún familiar, situación que puede ejemplificarse con los participantes que laboraban como albañil o comerciante. En dichos casos el paciente trabajaba en la misma actividad que su familiar y él le pagaba.

Tabla 2. Frecuencia de las ocupaciones previas de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Albañil	3	4.7
Aseo doméstico	3	4.7
Campesino	6	9.4
Carpintero	1	1.6
Comerciante	6	9.4
Desempleado	2	3.1
Empleado	5	7.8
Empleado particular	1	1.6
Estudiante	5	7.8
Hogar	3	4.7
Ninguno	23	35.9
Obrero	3	4.7
Secretaria	1	1.6
Taxista	1	1.6
Trabajador de gobierno	1	1.6
Total	64	100.0

Datos relacionados a la historia clínica

Parte de los criterios de inclusión utilizados se referían al diagnóstico de los pacientes, los cuales tenían que estar dentro del espectro de la esquizofrenia. En la siguiente Tabla 3 se puede observar la frecuencia y porcentaje de dichos diagnósticos, destacando que 49 (76.56%) participantes habían recibido el diagnóstico de Esquizofrenia.

Tabla 3. Frecuencias de los diagnósticos de los participantes

1	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia	49	76.56
Trastorno esquizoafectivo	15	23.44
Total	64	100.0

Con relación al tiempo de diagnóstico se identificó un promedio en los hombres de 9.64 años ($DE= 9.35$) con rango mínimo de 0.25 y máximo de 40 años, mientras que en las mujeres, la media fue de 10.85 ($DE= 9.11$) con rango mínimo de 2 y máximo de 34 años. En la Tabla 4 puede observarse con mayor detalle esta información a través de las frecuencias y porcentajes de los distintos rangos de edad. Partiendo de esta información se establece que 28 (43.8%) participantes se encontraban en el curso temprano de la enfermedad, es decir en los primeros 5 años luego del diagnóstico.

Tabla 4. Distribución de los participantes por tiempo de diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje
menos de 2 años	1	1.6
2 a 3 años	14	21.9
4 a 5 años	13	20.3
6 a 7 años	7	10.9
8 a 9 años	4	6.3
10 a 11 años	6	9.4

12 a 13 años	4	6.3
más de 15 años	5	7.8
más de 20 años	8	12.5
más de 30 años	2	3.1
Total	64	100.0

Complementando la información anterior, en la Tabla 5 se muestran las frecuencias y porcentajes de las distintas edades en las que los pacientes refirieron que iniciaron sus síntomas. Es necesario precisar con relación al sexo que los hombres tuvieron una edad de inicio promedio de 24.8 ($DE= 5.93$) años, mientras que las mujeres en promedio debutaban con una edad inicial de 26.35 años ($DE= 8.64$), Con relación a la edad, los rangos con mayor frecuencia en la edad de inicio fueron de 22 a 32 años y de 33 a 44 años, ambos con una frecuencia de 21 (32.8%) participantes.

Tabla 5. Distribución de la edad de inicio de los síntomas.

	Frecuencia	Porcentaje
22 a 32 años	21	32.8
33 a 44 años	21	32.8
45 a 55 años	15	23.4
56 a 66 años	7	10.9
Total	64	100.0

En cuanto a los diagnósticos provisionales, 48 (75%) participantes llegaron a tener uno o varios diagnósticos antes del actual, de entre los cuales destacan el trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno de la personalidad y trastorno bipolar. Respecto a las comorbilidades en los participantes, se identificaron en algunos casos pacientes que también presentaban trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y condiciones médicas generales. Sobre esto último, varios de los pacientes tenían comorbilidad con diabetes y problemas dentales, sin embargo, en múltiples

ocasiones los diagnósticos comórbidos no eran registrados en el expediente electrónico o se encontraban inconsistencias en la información del expediente. Cabe aclarar, en el caso de los pacientes del Hospital de Aguascalientes, en algunas ocasiones el equipo médico llegó a manifestar que a varios pacientes se les llegaba a asignar cierto diagnóstico comórbido con el fin de cubrir los códigos que se requerían para la atención médica gratuita y la autorización de los medicamentos, en tales casos se revisaban las notas clínicas diarias del personal médico, psicológico y enfermería para que los diagnósticos principales no tuvieran dicho problema.

Sobre los tratamientos, todos los pacientes estaban bajo medicamento farmacológico, la gran mayoría tomaba antipsicóticos de primera generación (93.7%) mientras que solo el 6.2% estaba bajo antipsicótico de segunda generación. Sobre el seguimiento del tratamiento se realizó una breve encuesta de percepción sobre el seguimiento del tratamiento a través de una escala Likert del 1 al 5 (1 = nada, 2 = muy poco, 3 = poco, 4 = regular, 5 = siempre) en donde se le preguntó al paciente sobre su adherencia al tratamiento farmacológico. Las respuestas a esta escala fueron de 56 (87.5%) personas que afirmaron seguir su tratamiento siempre, 4 (6.2%) que lo seguían de forma regular, 3 (4.6%) que se percibían con poco seguimiento y solo 1 (1.5%) que consideró tener muy poco seguimiento de su tratamiento farmacológico. Complementario a lo anterior, es importante señalar que del total de participantes solo 11(17.1%) no estaba bajo tratamiento psicológico.

En el caso de otras terapias, se identificó que 12 (18.7%) personas habían tenido terapia electroconvulsiva (TEC), de las cuales 11 tuvieron protocolo de 8 sesiones y solo una con protocolo de 12 sesiones. Cabe señalar que todos los pacientes con sesiones de TEC llevaban más de 30 días de su última sesión. En general no se reportaron otras terapias alternativas, a

excepción de un paciente, que comentaba estar en el programa de 12 pasos en una institución de Alcohólicos Anónimos.

Otro de los rubros abordados en la historia clínica de los pacientes fue sobre su consumo de alcohol, tabaco, bebidas energéticas y otro tipo de sustancias que puede observarse en la Tabla 6. En cuanto este apartado podemos observar en la Tabla 6 que el 48.4% (31) de los pacientes fuma, 32.8% (21) que consume bebidas alcohólicas, solo el 9.4% (6) consumen otro tipo de sustancias, 15.6% (10) consume bebidas energéticas y 46.9% (30) consume café, de igual manera, pueden verse los promedios al mes de la frecuencia en que se consumen estas sustancias.

Tabla 6. Frecuencia y promedio de consumo de sustancias en los pacientes.

Sustancia	Consumo	Frecuencia	Promedio de Consumo
Alcohol	Sí	21	2.38 tragos/mes
	No	43	-
Tabaco	Sí	31	2.23 cajetillas/mes
	No	33	-
Otras sustancias	Sí	6	0.33 veces/mes
	No	58	-
Frecuente de bebidas energéticas	Sí	10	1.4 veces/mes
	No	54	-
Café	Sí	30	9.13 veces/mes
	No	34	-

También se obtuvo información sobre los antecedentes psiquiátricos de los familiares, recabando los datos relacionados a sus familiares cercanos con algún trastorno mental, sobre esto 41 reportaron tener antecedentes psiquiátricos en sus familiares, lo que representa el 70.69% del total. Los 17 participantes restantes, equivalentes al 29.31%, no tenían antecedentes psiquiátricos en su familia. El padecimiento más común entre los familiares de los participantes fue la esquizofrenia, con 19 (40.43%) casos reportados. Le siguieron la depresión con 12 (25.53%) casos y la ansiedad con 8 (17.02%) casos. Otros padecimientos mencionados incluyen drogadicción (7 casos que equivale al 14.89%), demencia (4 casos con 8.51%), alcoholismo (4

casos con 8.51%), anorexia y bulimia (2 casos equivalente a 4.26%), trastorno límite de la personalidad (1 caso 2.13%) y trastorno bipolar (1 caso con 2.13%). En cuanto a los familiares específicos que presentaban estos antecedentes, los más frecuentemente mencionados fueron las madres, con 13 casos, y los padres, con 9 casos. Otros familiares comunes con antecedentes psiquiátricos incluyeron tíos (6 casos), abuelas maternas (5 casos), hermanos (4 casos) y abuelos maternos (2 casos). En detalle, las madres fueron mencionadas con antecedentes de esquizofrenia en 5 casos, depresión en 2 casos, ansiedad en 4 casos, drogadicción en 1 caso, demencia en 2 casos, y con una combinación de depresión y alcoholismo en 1 caso, y ansiedad y esquizofrenia en 1 caso. Los padres fueron mencionados principalmente con esquizofrenia (6 casos), aunque también se reportaron casos de alcoholismo y ansiedad.

Por último, es importante resaltar las condiciones de la entrevista las cuales se realizaron en dos diferentes contextos. El primero de ellos eran pacientes que acudían a la consulta externa, los cuales fueron el 41.53% (27) de los participantes, mientras que el 58.46% (38) estaban en condiciones de hospitalización. Sobre estos últimos, 21 (31.82%) participantes entraron al hospital por medio de urgencias psiquiátricas, siendo de 5.67 el promedio de días que estuvieron en esta área del hospital con un mínimo de 7 días y un máximo de 14 días. En lo referente a los motivos de hospitalización, los casos más frecuentes fueron cuadros agudos, con 20 registros (30.77%). Otros motivos menos frecuentes incluyeron agresión (4 casos, 6.15%), incapacidad familiar para cuidar al paciente (3 casos, 4.62%), intento suicida (2 casos, 3.08%), y otros motivos con un único caso (1.54%), como incendiar su casa y maltrato en el lugar de internamiento anterior.

Análisis descriptivos de las distintas pruebas aplicadas en la evaluación y su relación con el género y la edad

Puntuaciones de la Escala Breve de Síntomas Negativos (BNSS)

Con respecto a los puntajes obtenidos, En la BNSS se observa que la puntuación media fue 29.23 ($DE= 22.17$) siendo en los hombres de 31.13 ($DE= 22.7$) y en las mujeres de 26.78 ($DE= 21.63$). Las puntuaciones parciales de cada dimensión se presentan en la Tabla 7, observándose que los rangos mínimos de los puntajes fueron en de 0.00 y 6.00 puntos en la gran mayoría de las dimensiones.

Tabla 7. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Escala Breve de Síntomas Negativos.

	Anhe		Mal		DIS		Abu		EA		Alo		BNSSTotal	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Media	2.58	2.06	2.22	1.60	2.62	2.44	2.36	2.16	2.41	2.06	1.98	1.80	31.13	26.78
Desviación Típica	1.83	1.67	2.04	1.72	1.83	1.82	1.73	1.70	2.23	2.04	2.19	2.14	22.70	21.63
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Máximo	5	5	6	6	5	6	6	5	6	6	6	6	75	75

*H= Hombres, M= Mujeres

**Anhe= Anhedonia, Mal= Malestar, DIS= Disminución de la interacción social, Abu= Abulia, EA= Embotamiento afectivo, Alo= Alogia, BNSSTotal= Puntuación directa de la escala BNSS

Para la identificación de diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a las puntuaciones de la BNSS se realizó U de Mann-Whitney debido a las características no paramétricas de los datos. Derivado de este análisis se observó una $p=0.428$, evidenciando diferencias no significativas por género. Estos análisis en cada una de las dimensiones, de igual manera, no reflejan ninguna diferencia por sexo.

Por otro lado, con respecto a la edad de los pacientes, la edad de inicio de los síntomas y el tiempo con el diagnóstico, se pueden observar una serie de elementos destacables que aparen

en la Tabla 8. A través de una prueba de correlación Rho de Spearman se obtuvo que la edad actual de los participantes no resultó ser significativa ($\rho = -0.145$, $p = 0.253$). Es decir que la variación en la edad no parece estar asociada con cambios en la severidad de los síntomas negativos en esta muestra de estudio. Por otro lado, la edad de inicio de los síntomas mostró una correlación negativa significativa con los síntomas negativos ($\rho = -0.333$, $p = 0.007$). Lo que señala que los participantes que presentan un inicio más temprano de los síntomas de esquizofrenia tienden a experimentar síntomas negativos más graves. Por último, el tiempo de Diagnóstico también tuvo una relación significativa ($\rho = 0.271$, $p = 0.030$). implicando que con un mayor tiempo desde el diagnóstico de esquizofrenia hay mayor severidad en los síntomas negativos.

Tabla 8. Correlaciones entre Edad, Edad de inicio de los síntomas y Tiempo de diagnóstico con la sintomatología negativa.

Variable	Rho de Spearman	Valor p
Edad	-0.145	0.253
Edad de inicio de síntomas	-0.333**	0.007
Tiempo de diagnóstico	0.271*	0.03

Puntuaciones de la Escala de gaudibilidad. Gaudiebility (Enjoyment Modulators) Scale for Adults of Morelia (EGAM).

En cuanto a lo obtenido en la puntuación total de la EGAM, la prueba registró una media de 51.09 ($DE= 16.96$) con rango mínimo de 17 y máximo de 88. Diferenciando entre sexos, se obtuvo una puntuación media de 48.83 ($DE= 16.00$) en hombres y en mujeres con una media de 54 ($DE= 17.98$).

Tabla 9. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Escala de gaudibilidad.

	IM		CI		DS		IN		CON		SH		EGAMtotal	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Media	8.41	7.64	8.94	10.17	7.41	8.82	9.36	10.42	7.61	9.75	7.08	7.17	48.83	54.00
Desviación Típica	3.91	4.24	3.41	4.50	4.46	4.43	4.25	4.37	3.80	3.27	4.48	4.83	16.00	17.98
Mínimo	0	0	2	4	0	1	0	2	0	3	0	0	17	25
Máximo	16	16	15	16	16	16	16	16	15	15	16	16	79	88

*H= Hombres, M= Mujeres

**IM=Imaginación, CI=Creencias Irracionales, DS= Disfrute en solitario, IN= Interés, CON= Concentración, SH= Sentido del humor, EGAMTotal= Puntuación directa de la Escala EGAM

Para delimitar diferencias significativas entre ambos grupos se llevó a cabo una t de student

debido a que la distribución de los datos, en este caso, cumplía con los criterios de normalidad.

La prueba arrojó una $p=0.230$ lo que indica que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, el análisis por dimensión, mostrado en la Tabla 10, evidencia que solo la dimensión de concentración mostró una diferencia significativa entre los dos grupos, con un valor p de 0.021.

Tabla 10. Prueba t para diferencia entre hombres y mujeres por dimensión de gaudibilidad.

Dimensión	t	gl	p
Imaginación	0.756	62	0.453
Creencias irracionales	-1.247	62	0.217
Disfrute en solitario	-1.252	62	0.215
Interés	-0.984	62	0.329
Concentración	-2.369	62	0.021
Sentido del humor	-0.081	62	0.935
Gaudibilidad total	-1.214	62	0.23

En cuanto a las relaciones de la gaudibilidad con la edad, edad de inicio de síntomas y tiempo de diagnóstico. Se realizó una Rho de Spearman por los supuestos de la muestra. En dicho análisis, reflejado en la Tabla, se observa como dato relevante que existe una correlación negativa significativa entre la edad y la gaudibilidad ($\rho = -0.334$, $p = 0.007$). Esto sugiere que a medida que aumenta la edad de los participantes, la gaudibilidad tiende a disminuir. En el caso de las otras relaciones no se encontraron correlaciones significativas entre la edad de inicio de los síntomas y la gaudibilidad ($\rho = -0.128$, $p = 0.312$), ni entre el tiempo de diagnóstico y la gaudibilidad ($\rho = -0.137$, $p = 0.282$).

Tabla 11. Correlaciones entre Edad, Edad de inicio de los síntomas y Tiempo de diagnóstico con la gaudibilidad.

Variable	rho de Spearman	P
Edad	-0.334	0.007
Edad de inicio de síntomas	-0.128	0.312
Tiempo de diagnóstico	-0.137	0.282

Puntuaciones de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal. *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*

Con respecto a la prueba MoCA se registró una puntuación total media de 20.79 ($DE = 6.87$) y se identificó un total de 42 (65.6%) pacientes con deterioro cognitivo. En cuanto a los hombres la puntuación media fue de 21.83 ($DE = 5.66$) y en las mujeres de 19.46 ($DE = 8.08$). Estos datos se muestran en la siguiente Tabla 13 de manera más detallada y en función a las distintas puntuaciones parciales. A través de una U de Mann-Whitney se obtuvo una $p = 0.252$ identificándose que no existen diferencias en el rendimiento cognitivo entre hombres y mujeres.

Tabla 12. Puntuaciones por dimensión y sexo de la Montreal Cognitive Assasment.

	VE		Iden		Aten		Leng		Abst		RD		Ori		MoCATotal	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Media	3.22	2.60	2.77	2.53	4.00	3.14	1.91	1.60	1.33	1.25	2.55	2.53	5.19	5.03	21.83	19.46
Desviación Típica	1.58	1.91	0.42	0.69	1.58	2.01	0.99	1.19	0.82	0.84	1.81	1.64	1.11	1.31	5.66	8.08
Mínimo	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	6
Máximo	5	5	3	3	6	6	3	3	2	2	5	5	6	6	30	29

*H= Hombres, M= Mujeres.

** VE= Función visoespacial ejecutiva, Iden= Identificación, Aten= Atención, Leng= Lenguaje, Abst= Abstracción, RD= Recuerdo diferido, Ori= Orientación, MoCATotal= Puntuación de la Escala MoCA.

Para la comparación entre grupos se llevó a cabo la prueba U de Mann-Whitney, para evaluar posibles diferencias en el rendimiento cognitivo entre hombres y mujeres. Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($U = 589.000$, $p = .252$), lo cual sugiere que el desempeño cognitivo medido por la prueba MoCA no varía de forma significativa en función del sexo.

Análisis de datos estadísticos. Relación entre Síntomas Negativos y Guadibilidad.

Para una mayor fiabilidad de los datos se realizaron pruebas de supuestos de normalidad a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk en los residuales de la muestra, en la primera se obtuvo un valor $p=0.200$ y en la segunda un valor $p= 0.109$, indicando que los residuales no se desvían significativamente de una distribución normal, lo cual es uno de los supuestos necesarios para la regresión lineal.

Para poder identificar la relación existente entre nuestras principales variables se llevó a cabo en primera instancia un análisis de correlación a través de rho de Spearman (Tabla 13). En dicho análisis se presentaron correlaciones negativas de la gaudibilidad con todos los síntomas

negativos evaluados, destacando las siguientes: anhedonia (-0.535), malestar (-0.397), disminución de la interacción social (-0.558), abulia (-0.569), embotamiento afectivo (-0.513), y alogia (-0.404). Todas significativas con $p < 0.001$.

Tabla 13. Correlaciones entre las dimensiones de síntomas negativos y guadibilidad.

Variable		Anhedonia	Malestar	Disminución de la interacción social	Abulia	Embotamiento afectivo	Alogia	PDBNSS	EGM
Anhedonia	Rho de Spearman	—							
	Valor p	—							
Malestar	Rho de Spearman	0.768	—						
	Valor p	< .001	—						
Disminución de la interacción social	Rho de Spearman	0.77***	0.614***	—					
	Valor p	< .001	< .001	—					
Abulia	Rho de Spearman	0.803***	0.627***	0.817***	—				
	Valor p	< .001	< .001	< .001	—				
Embotamiento afectivo	Rho de Spearman	0.746***	0.74***	0.762***	0.66***	—			
	Valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
Alogia	Rho de Spearman	0.624***	0.588***	0.611***	0.597***	0.761***	—		
	Valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
PDBNSS	Rho de Spearman	0.904***	0.796***	0.898***	0.857***	0.909***	0.783***	—	
	Valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
EGM	Rho de Spearman	-0.535***	-0.397**	-0.558***	0.569***	-0.513***	0.404***	0.584***	—
	Valor p	< .001	0.001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Una vez realizadas la verificación de supuestos y comprobar que existe una correlación entre las variables, se realizó una regresión lineal por dimensión de síntomas negativos, tomando cada dimensión como variable dependiente y realizando la regresión lineal por dimensión de guadibilidad, la síntesis de este análisis lo podemos identificar en la Tabla 14 en donde se pueden identificar resaltados los datos que arrojaron significancia. Entre ellos para la dimensión de anhedonia, se observaron dos relaciones significativas, las creencias irracionales ($t = 2.951$, $p=0.005$) y la concentración ($t = 2.203$, $p = 0.032$). En la dimensión de malestar se presentaron relaciones significativas solo con la dimensión de creencias irracionales ($t = -2.199$, $p=0.032$). Por la parte de disminución de la interacción social se observó una relación significativa con las

creencias irracionales ($t = -2.432$, $p=0.018$), el interés ($t = 2.007$, $p=0.049$) y la concentración ($t = -2.832$, $p=0.006$). En la dimensión abulia, también se encontraron asociaciones significativas con las mismas dimensiones, las creencias irracionales ($t = 2.424$, $p = 0.018$) y la concentración ($t = 1.929$, $p = 0.056$). Para el caso del embotamiento afectivo, las creencias irracionales también se presentaron con significancia ($t = -2.047$, $p = 0.045$), sin embargo, a diferencia de otras dimensiones en el embotamiento se obtuvo una relación significativa con el sentido del humor ($t = -2.159$, $p = 0.035$). Finalmente, en la dimensión de Alogia, se identificó nuevamente las asociaciones con las creencias irracionales ($t = -2.226$, $p = 0.030$).

Tabla 14. Análisis de regresión lineal entre Dimensiones de la Gaudibilidad y Síntomas Negativos en Esquizofrenia.

Síntomas Negativos	Dimensión de Gaudibilidad	No tipificado (b)	Error Típico (SE)	Tipificado (β)	t	p
Anhedonia	Imaginación	0.124	0.077	0.215	1.61	0.111
	Creencias irracionales	0.122	0.041	0.364	2.951	0.005
	Disfrute en solitario	0.06	0.045	0.128	1.34	0.183
	Interés	-0.045	0.062	-0.062	-0.722	0.473
	Concentración	0.116	0.053	0.256	2.203	0.032
	Sentido del humor	0.009	0.045	0.018	0.21	0.834
Malestar	Imaginación	0.007	0.085	0.014	0.077	0.939
	Creencias irracionales	-0.151	0.069	-0.311	-2.199	0.032
	Disfrute en solitario	-0.067	0.057	-0.156	-1.186	0.24
	Interés	0.083	0.077	0.186	1.073	0.288
	Concentración	-0.107	0.075	-0.206	-1.427	0.159
	Sentido del humor	-0.068	0.066	-0.162	-1.032	0.306
Disminución de la interacción social	Imaginación	-0.139	0.07	-0.31	-1.993	0.051
	Creencias irracionales	-0.137	0.056	-0.298	-2.432	0.018
	Disfrute en solitario	-0.014	0.046	-0.034	-0.297	0.767
	Interés	0.127	0.063	0.301	2.007	0.049
	Concentración	-0.174	0.061	-0.355	-2.832	0.006
	Sentido del humor	-0.077	0.054	-0.196	-1.442	0.155
Abulia	Imaginación	0.123	0.08	0.216	1.543	0.128
	Creencias irracionales	0.105	0.043	0.318	2.424	0.018
	Disfrute en solitario	0.067	0.046	0.139	1.448	0.151
	Interés	-0.005	0.064	-0.007	-0.079	0.937
	Concentración	0.108	0.056	0.239	1.929	0.056
	Sentido del humor	0.028	0.047	0.054	0.596	0.552
Embotamiento Afectivo	Imaginación	0.101	0.09	0.19	1.115	0.269
	Creencias irracionales	-0.149	0.073	-0.274	-2.047	0.045
	Disfrute en solitario	-0.035	0.06	-0.074	-0.589	0.558
	Interés	0.006	0.082	0.012	0.072	0.943
	Concentración	-0.147	0.079	-0.255	-1.86	0.068
	Sentido del humor	-0.15	0.069	-0.322	-2.159	0.035
Alogia	Imaginación	0.072	0.097	0.134	0.734	0.466
	Creencias irracionales	-0.175	0.079	-0.32	-2.226	0.03
	Disfrute en solitario	0.004	0.065	0.009	0.066	0.947
	Interés	-0.087	0.088	-0.173	-0.982	0.33
	Concentración	-0.031	0.086	-0.054	-0.368	0.714
	Sentido del humor	-0.076	0.075	-0.162	-1.012	0.316

Derivado del análisis anterior, se llevó a cabo una regresión lineal por pasos, abordando las distintas dimensiones de la gaudibilidad para la predicción de la sintomatología negativa. En la Tabla 15 se muestra el resumen de dicho análisis evidenciando que el modelo más completo incluye las creencias irracionales con un coeficiente de -1.834 ($p = 0.008$); la concentración con un coeficiente de -1.698 ($p = 0.013$) y el sentido del humor con un coeficiente de -1.109 ($p = 0.038$), obteniéndose una R^2 de 0.405 en el modelo que incluye estas tres dimensiones.

Tabla 15. Resumen del modelo de regresión lineal por pasos para la relación entre Gaudibilidad y síntomas negativos.

Modelo	Variables	r	R ²	R ² Ajustado	Error Típico	DW	F	Sig
1	Creencias irracionales	0.545	0.297	0.297	6.144		26.176	< .001
2	Creencias irracionales Concentración	0.6	0.361	0.361	6.674		17.2	< .001
3	Creencias irracionales Concentración Sentido del humor	0.637	0.405	0.405	6.651	1.052	13.636	< .001

Posteriormente, se incorporó el deterioro cognitivo como covariable dentro de un nuevo modelo de regresión lineal múltiple por pasos que se puede observar en la Tabla 16. En este análisis se observó que el primer modelo, que incluyó únicamente el deterioro cognitivo (haciendo uso de punto Corte MoCA), explicó un 47.4% de la varianza de los síntomas negativos ($R^2 = .474$, $p < .001$), con un efecto negativo significativo ($B = -2.222$, $p < .001$). Al añadir la dimensión de concentración en el segundo modelo, la varianza explicada aumentó a 58.5% ($R^2 = .585$, $p < .001$), manteniéndose ambos predictores como significativos. Finalmente, en el modelo más completo (M_3), se integró también el sentido del humor, alcanzando una R^2 de 0.614 ($p < .001$), con un efecto adicional pequeño pero significativo ($B = -0.866$, $p = .038$).

Tabla 16. Resumen del modelo de regresión lineal por pasos para la relación entre Gaudibilidad y síntomas negativos incluyendo al deterioro cognitivo.

Modelo	Variables	r	R ²	R ² Ajustado	Error Típico	DW	F	Sig
1	CorteMoCA	0.688	0.474	0.465	6.506	1.061	55.862	< .001
2	CorteMoCA concentración	0.765	0.585	0.571	6.609	1.853	42.986	< .001
3	Creencias irracionales Concentración Sentido del humor	0.784	0.614	0.595	6.479	1.865	31.804	< .001

Al realizar una revisión de los tres modelos se observan diferencias puntos importantes a considerar. Mientras que en el primer modelo el énfasis estuvo en las dimensiones de gaudibilidad, particularmente creencias irracionales, concentración y sentido del humor, el segundo modelo incorporó el deterioro cognitivo como covariable central. En el último, aunque se mantuvieron las dimensiones de concentración y sentido del humor, la variable de creencias irracionales fue sustituida por el puntaje del MoCA, el cual presentó un efecto predictivo más fuerte y significativo sobre los síntomas negativos. Esta diferencia sugiere que el deterioro cognitivo podría estar cumpliendo un papel fundamental en la comprensión de dicha sintomatología, desplazando parcialmente la influencia directa de ciertas dimensiones de la gaudibilidad.

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis de mediación que puede observarse en la Tabla 16 en donde se incluyó la gaudibilidad como variable predictora, el deterioro cognitivo como variable mediadora, y los síntomas negativos como variable dependiente. Sobre este análisis cabe destacar que la puntuación de gaudibilidad (EGM total) y la sintomatología negativa (PDBNSS) tienen una relación directa significativa, como se ha evidenciado en los análisis anteriores, con un coeficiente de -0.445 (SE = 0.115, Z = -3.861, p < 0.001). El intervalo de confianza del 95%

para este efecto oscila entre -0.671 y -0.219, lo que confirma la significancia del efecto negativo. De igual manera, la relación directa entre el deterioro cognitivo (haciendo uso de punto Corte MoCA) y los síntomas negativos (PDBNSS) es significativa, con un coeficiente de -1.806 (SE = 0.285, Z = -6.346, $p < 0.001$). El intervalo de confianza del 95% para este efecto se encuentra entre -2.364 y -1.248, indicando que un aumento en las puntuaciones de la escala MoCA reduce significativamente los valores de los síntomas negativos. Por último, la relación directa entre la gaudibilidad y las puntuaciones de la prueba MoCA muestra un coeficiente positivo de 0.153 (SE = 0.047, Z = 3.268, $p = 0.001$). El intervalo de confianza del 95% para este efecto varía entre 0.061 y 0.245, lo que sugiere que CorteMoCA aumenta significativamente con un incremento en la gaudibilidad.

Tabla 17. Coeficientes de ruta en análisis de mediación del deterioro cognitivo

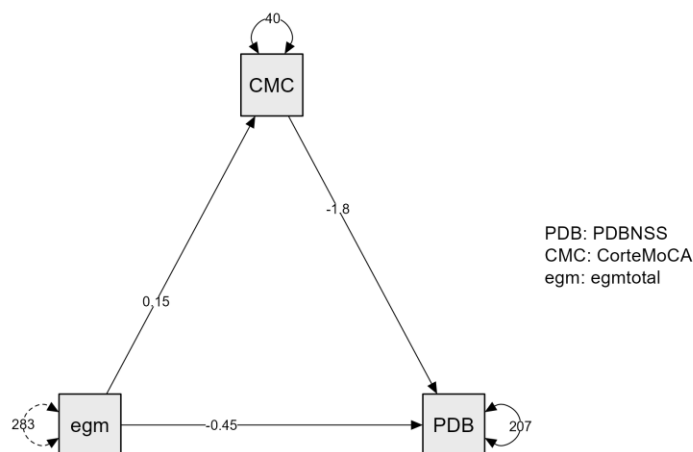
	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
					Inferior	Superior
CorteMoCA → PDBNSS	-1.806	0.285	-6.346	< .001	-2.364	-1.248
egmtotal → PDBNSS	-0.445	0.115	-3.861	< .001	-0.671	-0.219
egmtotal → CorteMoCA	0.153	0.047	3.268	0.001	0.061	0.245

Estos resultados sugieren que la gaudibilidad tiene un efecto directo y negativo significativo sobre los síntomas negativos. Además, el deterioro cognitivo actúa como un mediador en esta relación. Lo que indica que, tanto el efecto directo de la gaudibilidad sobre los síntomas negativos como el efecto indirecto mediado por el deterioro cognitivo son significativos y relevantes, complementando la comprensión de cómo la gaudibilidad influye en los síntomas negativos. Para complementar la información de este análisis a continuación se adjunta el gráfico de rutas. En él se observa que las relaciones entre el deterioro cognitivo, la gaudibilidad y los síntomas negativos. En primer lugar, el modelo muestra una relación directa negativa entre el

deterioro cognitivo y los síntomas negativos, con un coeficiente de -1.8. Esto sugiere que a medida que aumenta el deterioro cognitivo (DC), los síntomas negativos (PDB) tienden a disminuir. En segundo lugar, se observa una relación directa negativa entre la gaudibilidad y los síntomas negativos, con un coeficiente de -0.45. Esto indica que un aumento en la gaudibilidad (EGAM) está asociado con una disminución en los síntomas negativos (PDB).

Además, el modelo incluye una relación positiva entre la gaudibilidad y el deterioro cognitivo, con un coeficiente de 0.15. Esto sugiere que a medida que la gaudibilidad (EGAM) aumenta, también lo hace la puntuación del MoCA. EL modelo también sugiere una relación mediada entre la gaudibilidad y los síntomas negativos a través del deterioro cognitivo. Es decir, la gaudibilidad afecta al deterioro cognitivo, y este a su vez afecta a los síntomas negativos.

Figura 1. Gráfico de rutas del modelo de mediación del deterioro cognitivo.



Con el objetivo de ampliar los hallazgos del modelo, se realizó un nuevo análisis de mediación en el cual la gaudibilidad (EGAM) fue incluida como variable mediadora entre el deterioro cognitivo (CMC) y los síntomas negativos (PDB) el cual puede apreciarse en la tabla 17 y figura 1. En este modelo, se observó que el deterioro cognitivo tiene un efecto directo negativo y significativo sobre la gaudibilidad, con un coeficiente de 0.933 (SE = 0.286, Z = 3.268, p =

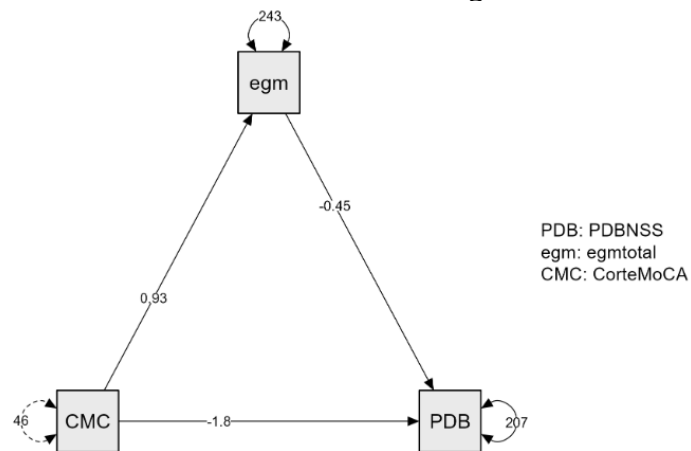
0.001), y un intervalo de confianza del 95% entre 0.374 y 1.493. Asimismo, se identificó un efecto directo negativo entre la gaudibilidad y los síntomas negativos, con un coeficiente de -0.445 (SE = 0.115, Z = -3.861, $p < .001$), con un intervalo de confianza entre -0.671 y -0.219. Finalmente, el efecto indirecto del deterioro cognitivo sobre los síntomas negativos, mediado por la gaudibilidad, también resultó significativo, con un coeficiente de -0.416 (SE = 0.167, Z = -2.494, $p = 0.013$), y un intervalo de confianza del 95% entre -0.742 y -0.089.

Tabla 18. Coeficientes de ruta en análisis de mediación de la gaudibilidad

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
egmtotal	→ PDBNSS	-0.445	0.115	-3.861	< .001	-0.671	-0.219
CorteMoCA	→ PDBNSS	-1.806	0.285	-6.346	< .001	-2.364	-1.248
CorteMoCA	→ egmtotal	0.933	0.286	3.268	0.001	0.374	1.493

En la Figura 2 se presenta el diagrama de rutas correspondiente a este nuevo modelo de mediación. Como puede observarse, el deterioro cognitivo tiene un efecto directo negativo sobre los síntomas negativos, con un coeficiente de -1.8, lo que indica que un mayor puntaje en la escala MoCA (menor deterioro cognitivo) se asocia con una disminución en los síntomas negativos. Asimismo, se observa una relación positiva entre el deterioro cognitivo y la gaudibilidad, con un coeficiente de 0.93, sugiriendo que una mejor función cognitiva se asocia con una mayor capacidad de experimentar disfrute. A su vez, la gaudibilidad muestra una relación negativa con los síntomas negativos, con un coeficiente de -0.45, lo cual indica que niveles más altos de gaudibilidad se relacionan con menores niveles de sintomatología negativa.

Figura 2. Gráfico de rutas del modelo de mediación de la gaudibilidad.



Al comparar el modelo en donde el deterioro cognitivo es mediador y la gaudibilidad es mediadora, se observan diferencias importantes en el papel que desempeñan la gaudibilidad y el deterioro cognitivo en relación con los síntomas negativos. En el primer modelo revisado, la gaudibilidad (EGAM total) actúa como variable predictora, el deterioro cognitivo (haciendo uso del punto de Corte del MoCA) como mediador, y los síntomas negativos (PDBNSS) como variable dependiente. En este análisis, tanto los efectos directos como el efecto indirecto fueron significativos, indicando que la gaudibilidad influye en los síntomas negativos de forma directa y también a través del deterioro cognitivo.

En contraste, en el segundo modelo se invierte el rol mediador, utilizando la gaudibilidad como variable mediadora entre el deterioro cognitivo y los síntomas negativos. Al igual que en el modelo anterior, los coeficientes de las tres rutas fueron significativos, lo que respalda la presencia de un efecto indirecto del deterioro cognitivo sobre los síntomas negativos, mediado por la gaudibilidad. No obstante, en este modelo el coeficiente de la relación entre deterioro cognitivo y gaudibilidad fue mayor (0.93 frente a 0.153 en el modelo anterior), lo que sugiere una influencia más fuerte de la cognición sobre la capacidad de experimentar disfrute cuando se modela de esta manera.

Capítulo 7

Discusiones

Las dimensiones de la gaudibilidad y los síntomas negativos.

El objetivo principal del presente estudio consistió en estudiar la relación existente entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los niveles de gaudibilidad de los pacientes.

Partiendo de este punto, la información recabada ha sido suficiente para lograr describir la forma en que estas variables se relacionan, evidenciado que existe una relación significativa entre los mediadores del disfrute y los síntomas negativos en pacientes del espectro de la esquizofrenia.

Esta relación presenta puntos de mayor intensidad entre distintos mediadores y diversas dimensiones de la sintomatología negativa, de tal manera que trataremos de precisar y explicar el porqué de estas convergencias.

La anhedonia y la gaudibilidad: entre el placer y el disfrute

La anhedonia ha sido ampliamente reconocida como un síntoma central de la esquizofrenia, caracterizado por la disminución o ausencia de placer ante actividades que previamente eran valoradas como agradables. No obstante, los resultados del presente estudio permiten ampliar esta concepción ya que pudimos evidenciar una correlación negativa significativa entre los niveles de anhedonia y los de gaudibilidad, lo cual sugiere que conforme aumenta la anhedonia, disminuye la capacidad de disfrute subjetivo o a medida que se reduce la gaudibilidad se incrementa la anhedonia.

Este hallazgo es coherente con el estudio de Padrós et al. (2011), quienes son los primeros en incluir la variable gaudibilidad en el ámbito de la esquizofrenia. Dichos autores, al igual que el presente estudio, evidenciaron como los pacientes obtenían un puntaje menor de gaudibilidad en comparación con un grupo control, este estudio relacionó de manera indirecta

esta evidencia con los síntomas negativos de la enfermedad. Sin embargo, existen investigaciones que vinculan la anhedonia con disfunciones en el sistema de recompensa cerebral (Frost & Strauss, 2016), y plantean la necesidad de revisar las formas en que se conceptualiza este síntoma. Mientras que la gaudibilidad hace referencia a la capacidad de experimentar disfrute de manera subjetiva, sostenida y culturalmente mediada, la anhedonia ha sido definida, tradicionalmente, desde una perspectiva fisiológica centrada en el placer hedónico inmediato. Sin embargo, muchos de los indicadores clínicos que describen la anhedonia (como la pérdida de interés, el distanciamiento emocional o la reducción en actividades placenteras) parecen referirse más al disfrute que al placer en sentido estricto (Perivoliotis & Cather, 2009).

Desde un punto de vista neuropsicológico, la anhedonia implica una alteración en el procesamiento dopaminérgico que afecta la experiencia hedónica. Pero la gaudibilidad abarca una arquitectura más compleja del sistema nervioso central: involucra áreas corticales como la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior, el área prefrontal medial y la ínsula (Gómez-Hernández et al., 2020), todas ellas implicadas en la elaboración consciente y simbólica del disfrute.

Un concepto clave que permite vincular ambos fenómenos es la anhedonia anticipatoria, entendida como la dificultad para experimentar placer ante la expectativa de una experiencia futura placentera. Este tipo de anhedonia, según Gard et al. (2007), es particularmente característica en pacientes con esquizofrenia, a diferencia de la anhedonia consumatoria, que se refiere al placer inmediato experimentado frente a una situación estimular y que a menudo se encuentra relativamente conservada en estos casos. La anhedonia anticipatoria implica un esfuerzo cognitivo relevante: imaginar, proyectar, planificar y sostener emocionalmente la expectativa de una vivencia positiva. Por ello, es relevante que en este estudio se hayan

identificado relaciones significativas entre la anhedonia y subdimensiones de la gaudibilidad como las creencias irracionales y la concentración, procesos que permiten iniciar y mantener la experiencia de disfrute.

Estos hallazgos abren la posibilidad para acercarse al fenómeno de la anhedonia desde una propuesta crítica ya que las definiciones tradicionales de anhedonia han sido insuficientes al no distinguir entre placer y disfrute. Instrumentos como el Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (Kirkpatrick et al., 2011) continúan abordando la anhedonia bajo la premisa de placer inmediato ligado a necesidades fisiológicas, como el comer o el sexo sin considerar que el disfrute es una vivencia psicológica mediada por expectativas, simbolización, cultura y memoria. Esta reducción conceptual puede llevar a una evaluación clínica limitada, donde se deja fuera una dimensión esencial del malestar subjetivo de los pacientes.

Como señala Padrós (2002), el disfrute no se limita a la respuesta fisiológica, sino que implica una elaboración simbólica compleja. En este sentido, la gaudibilidad puede entenderse como el conjunto de moduladores (que implican funciones superiores) del disfrute y su disminución o el hecho de tener niveles bajos incide no solo la anhedonia, sino también en la motivación, el interés y la capacidad de dotar de sentido a las experiencias.

Por tanto, los hallazgos de esta investigación permiten repensar la anhedonia como una afectación no sólo del placer inmediato, sino del entramado de procesos cognitivos, motivacionales y afectivos que hacen posible el disfrute. Esta nueva lectura no solo enriquece el debate teórico, sino que abre posibilidades para el diseño de intervenciones terapéuticas que no se limiten a estimular el placer, sino que busquen restaurar la capacidad simbólica de disfrutar, incluyendo el conectarse emocionalmente con la experiencia vital.

Las creencias irracionales como punto de conexión entre la gaudibilidad y los síntomas negativos

Uno de los hallazgos más interesantes del presente estudio fue la fuerte relación entre las creencias irracionales en torno al disfrute y diversas dimensiones de los síntomas negativos. En la tabla de correlaciones, se evidenciaron asociaciones significativas y consistentes entre esta subdimensión de la gaudibilidad y síntomas como la abulia, la alogia y el aplanamiento afectivo. Esta tendencia se mantuvo incluso al controlar otros factores en el análisis de regresión lineal, donde las creencias irracionales predijeron significativamente niveles de síntomas negativos. Finalmente, en el modelo de regresión por pasos, las creencias irracionales emergieron como uno de los predictores más relevantes, conservando su significancia incluso tras añadir otras variables del disfrute.

Desde el plano teórico, las creencias irracionales se entienden como pensamientos negativos acerca de la validez, legitimidad o consecuencias del disfrute (Padrós, 2002; Yang et al., 2018). Estas creencias predisponen a la evitación de experiencias placenteras, erosionando la capacidad de las personas para experimentar goce o bienestar, fenómeno ampliamente documentado por Grant y Beck (2008). En contextos clínicos como la esquizofrenia, este patrón cognitivo ha sido vinculado con síntomas negativos (Quinlan et al., 2014), déficits en metacognición (Brüne, 2005; Lai, 2011), problemas en cognición social (Sergi et al., 2007) y alteraciones motivacionales (Pillny et al., 2022).

Aplicado al modelo cognitivo de la esquizofrenia (Perivoliotis & Cather, 2009), estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que los síntomas negativos no son simplemente una “pérdida funcional”, sino que se sostienen activamente por creencias disfuncionales derivadas del deterioro cognitivo y las experiencias vitales negativas. En este caso, la creencia de que disfrutar

es inútil, inmerecido o irrelevante, actúa como barrera para involucrarse con actividades significativas.

Por ejemplo, en la abulia, la correlación negativa con las creencias irracionales sugiere que estas minan la motivación incluso antes de que surja una acción, fomentando pensamientos como “no vale la pena intentar” o “aunque lo haga, no lo voy a disfrutar”. Aunado a esto, en la dimensión de la concentración también hubo asociación negativa con la abulia, lo cual puede indicar que la incapacidad de focalizarse en el aquí y ahora limita el acceso a experiencias placenteras, perpetuando la falta de iniciativa.

En el caso de la alogia, que reflejó una correlación significativa con las creencias irracionales, se puede inferir que pensamientos autolimitantes por ejemplo, “lo que digo no tiene valor”, “no hay nada interesante que comunicar” refuerzan la pobreza del habla. Esta conexión entre cognición y expresión verbal coincide con lo propuesto por Rector et al. (2005), quienes destacan cómo estas creencias irracionales refuerzan un retraimiento comunicativo que acentúa la desconexión social.

Este conjunto de resultados sugiere que las creencias irracionales actúan como un nodo estructural dentro del fenómeno de la gaudibilidad, impactando tanto la anticipación como la expresión del disfrute. Si dichas creencias atraviesan múltiples síntomas negativos, entonces estamos frente a un objetivo clínico y terapéutico prioritario: no solo cuestionar los pensamientos distorsionados, sino reconstruir la relación que el sujeto mantiene con la posibilidad misma del disfrute. Esta perspectiva permite considerar las creencias irracionales contempladas en la gaudibilidad como una vía de intervención para mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia.

La concentración como soporte del disfrute subjetivo

Otro de los hallazgos destacados en la relación entre síntomas negativos y gaudibilidad fue la relación significativa entre los niveles de concentración con síntomas como la anhedonia y la abulia. Esta evidencia hace énfasis en que la capacidad de mantener la atención focalizada podría desempeñar un rol central en la experiencia subjetiva del disfrute. La concentración, en este sentido, no opera como un proceso neutro o aislado, sino como una función cognitiva que actúa como soporte necesario para que el sujeto pueda involucrarse emocionalmente en una experiencia placentera.

Desde una perspectiva clínica, diversos estudios han documentado que el deterioro de la atención es una constante en los trastornos del espectro de la esquizofrenia, donde se ha observado una afectación en la atención sostenida, selectiva y dividida (Nuechterlein & Dawson, 1984; Luck & Gold, 2008). Estas limitaciones dificultan que las personas puedan mantener su foco en actividades que podrían generarles disfrute, especialmente cuando estas requieren un mínimo esfuerzo cognitivo o emocional. En palabras simples, si el paciente no puede “estar presente” en la experiencia, no puede gozarla.

La idea de que el disfrute subjetivo requiere del “aquí y el ahora” ha sido abordada en diversas prácticas terapéuticas, siendo el *mindfulness* y el *savoring* unas de las más representativas. Desde esta perspectiva, el entrenamiento atencional ha mostrado efectos positivos en la capacidad para experimentar placer y reducir síntomas depresivos o ansiosos, promoviendo un tipo de atención abierta y no enjuiciante hacia el presente (Kiken et al., 2015; Hölzel et al., 2011). Aunque esta línea no ha sido explorada en profundidad con poblaciones diagnosticadas con esquizofrenia, se abre aquí una posible vía de intervención orientada no a

inducir placer, sino a entrenar la capacidad de sostener la atención sobre lo placentero y hacia el disfrute.

Ahora bien, si se observa en conjunto con otras dimensiones, como las creencias irracionales sobre el disfrute, se hace evidente que la atención no actúa en solitario, sino que puede estar condicionada por un sistema de creencias negativo. Si el sujeto parte de la idea de que no merece disfrutar, es muy probable que no solo evite activamente las experiencias agradables, sino que ni siquiera les preste atención. De este modo, como lo ha llegado a sugerir el modelo cognitivo de la esquizofrenia, el deterioro atencional puede verse no solo como una consecuencia neurocognitiva, sino como una manifestación conductual de las distintas creencias negativas presentes en el paciente. Esto refuerza la idea de una cadena de mediación entre cognición, creencias y anhedonia o disfrute en la cual la concentración ocupa un lugar importante.

En síntesis, estos hallazgos nos vuelven a reflejar la importancia de visibilizar que el disfrute no es únicamente una respuesta automática ante un estímulo placentero, sino una construcción subjetiva que requiere recursos cognitivos y disposición afectiva. Atender, involucrarse, sostenerse en la experiencia son actos que, en contextos clínicos como la esquizofrenia, deben ser rehabilitados tanto en sus dimensiones neuropsicológica y psicológica.

Otras relaciones

Además de los aspectos ya discutidos, los resultados del presente estudio revelaron otras asociaciones relevantes que merecen ser mencionadas. Por un lado, la dimensión de interacción social mostró correlaciones significativas con distintos componentes de la gaudibilidad, lo cual confirma que la capacidad de disfrute no solo está mediada por procesos internos, sino también por el entramado relacional y afectivo del sujeto. Las dificultades para vincularse, conversar o

establecer lazos afectivos, características comunes de los síntomas negativos, también representan barreras para compartir y amplificar experiencias placenteras, privando al sujeto del disfrute en presencia de otras personas. Por otro lado, la imaginación, como dimensión de la gaudibilidad, evidenció vínculos con la alogia y la anhedonia, lo que sugiere que se trata de una herramienta cognitiva que permite al sujeto proyectarse, anticipar y simbolizar experiencias de disfrute.

Para concluir esta relación entre gaudibilidad y síntomas negativos, es importante señalar que la evidencia hallada abre la puerta a una necesaria reconceptualización del modo en que se entienden estos síntomas dentro del campo clínico y psicopatológico. Tradicionalmente abordados desde modelos deficitarios centrados en la carencia, el deterioro o la disfunción biológica, los síntomas negativos han sido tratados como fenómenos estancos y resistentes al cambio. Sin embargo, las asociaciones encontradas con variables como las creencias irracionales, la concentración, la imaginación y la interacción social, apuntan hacia una dimensión más dinámica, mediada psicológicamente, en la que intervienen procesos subjetivos que pueden ser trabajados, resignificados y modificados. Este cambio de perspectiva implica la posibilidad de hacer uso de intervenciones coadyuvantes centradas en incrementar la gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos, de modo similar al descrito en Padrós et al. (2014) utilizado para pacientes depresivos.

El deterioro cognitivo y su papel con la gaudibilidad y los síntomas negativos

El deterioro cognitivo es uno de los elementos más relevantes para comprender la experiencia de la esquizofrenia en su complejidad clínica y funcional. Diferentes estudios han documentado que las alteraciones en la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento de la información están estrechamente relacionadas con la intensidad de los síntomas negativos

(Knchanatawan et al., 2017; Quejereta et al., 2011; Thomas et al., 2017; Rodríguez-Blanco et al., 2017; Priyamvada et al., 2021). En nuestro estudio, los análisis de regresión por pasos mostraron que al introducir variables cognitivas como la puntuación de la prueba MoCA, el modelo mejora sustancialmente su capacidad predictiva sobre los síntomas negativos, sin embargo, resulta interesante que siguen apareciendo las variables de creencias irracionales, concentración y sentido del humor como predictores significativos de los síntomas negativos. Este hecho recalca que, aunque el deterioro cognitivo explica una parte importante de la variabilidad de los síntomas negativos, no agota las vías explicativas del fenómeno. Es decir, hay factores psicológicos complejos, como las creencias y las disposiciones subjetivas, que tienen un peso importante.

De igual manera, los análisis de mediación realizados revelaron dos modelos con implicaciones teóricas significativas: uno en el que el deterioro cognitivo actúa como mediador entre la gaudibilidad y los síntomas negativos, y otro en el que la gaudibilidad funge como variable mediadora entre el deterioro cognitivo y los síntomas negativos. En ambos casos se observaron efectos tanto directos como indirectos, sin embargo, el modelo en el que la gaudibilidad media la relación entre deterioro cognitivo y síntomas negativos mostró un mayor poder explicativo. Estos resultados refuerzan la conceptualización de la gaudibilidad como un proceso complejo que integra funciones cognitivas superiores, como la memoria, la atención, la planificación y la representación mental, así mismo, sugieren que dichos procesos cognitivos inciden en la manifestación de los síntomas negativos independientemente de los déficits cognitivos.

La relevancia de estos hallazgos cobra mayor sentido si retomamos la teoría cognitiva de la esquizofrenia, la cual postula que los déficits neurocognitivos no solo generan limitaciones prácticas, sino que también propician la aparición de creencias disfuncionales que mantienen y

agravan los síntomas negativos (Perivoliotis & Cather, 2009). En este marco, el deterioro cognitivo afecta tanto la capacidad de anticipar placer como de involucrarse afectiva y cognitivamente con situaciones potencialmente gratificantes. Déficits en memoria, atención y flexibilidad cognitiva pueden impedir que el sujeto recuerde experiencias agradables pasadas o que imagine escenarios futuros positivos, lo que impacta directamente en su gaudibilidad.

Por otra parte, el impacto del deterioro cognitivo en funciones como la cognición social también juega un rol importante. Estudios previos han mostrado que las alteraciones en la interpretación de señales sociales, la teoría de la mente o la empatía afectan directamente el involucramiento emocional y social del paciente (Pelletier-Baldelli & Holt, 2020).

En conclusión, a este apartado, la gaudibilidad no es una simple expresión derivada del deterioro cognitivo, sino una manifestación integradora de funciones superiores, que incluye procesos motivacionales, atencionales, afectivos y simbólicos. Así, aunque los resultados de la prueba MoCA captura el deterioro en dominios cognitivos generales, no abarca dimensiones como el sistema de creencias, las actitudes hacia el disfrute o las habilidades humorísticas, las cuales, de acuerdo con nuestros resultados, conservan poder explicativo independientemente del explicado por el deterioro cognitivo.

Desde una perspectiva clínica y teórica, esto subraya la necesidad de no reducir el análisis de los síntomas negativos únicamente al déficit neurocognitivo, y reivindica el rol de variables psicológicas como las contempladas por la gaudibilidad para su comprensión. En otras palabras: el deterioro cognitivo importa, pero no lo explica todo.

Limitaciones del estudio

La realización de cualquier estudio implica una serie de decisiones que se deben tomar, muchas veces, con base en el acceso y la viabilidad de la muestra. En la presente investigación se trabajó

con pacientes con esquizofrenia quienes fueron invitados al estudio a partir de la vinculación por parte de los hospitales de psiquiatría del Estado de Morelia y Aguascalientes. A pesar de que en ambas instituciones se otorgó acceso a los expedientes electrónicos y se monitoreaba la consulta externa para invitar a los pacientes, la elección de estos tiene una serie de limitaciones importantes a considerar las cuales se comentan a continuación.

Problematización de los diagnósticos

Uno de los desafíos metodológicos más relevantes estuvo relacionado con la forma en que se obtuvieron los diagnósticos clínicos. En varios casos, el diagnóstico fue tomado directamente de los expedientes electrónicos, los cuales fueron elaborados por el personal médico de las instituciones. Aunque en dichos documentos se registraba el diagnóstico activo y la fecha de su asignación, este se basaba, en uno de los hospitales, en la codificación del CIE-9, una clasificación que ha quedado obsoleta frente a los criterios actuales del DSM-5 y CIE-11.

Este desfase implicó la necesidad de traducir los diagnósticos antiguos a criterios más actuales, tarea que se realizó con supervisión general de un psiquiatra del hospital, pero sin un proceso sistemático de rediagnóstico clínico. Este aspecto introduce un grado de incertidumbre sobre la precisión diagnóstica y sobre la homogeneidad de la muestra, ya que algunas etiquetas nosológicas podrían haber sido distintas si se hubieran aplicado herramientas diagnósticas sistematizadas como entrevistas estructuradas o semiestructuradas (como el SCID o el MINI).

Si bien todos los casos incluidos estaban ubicados dentro del espectro esquizofrénico, las variaciones en los subtipos diagnósticos y en la consistencia de su aplicación podrían haber influido en la expresión de los síntomas negativos, y por tanto, en su relación con la gaudibilidad. Para futuras investigaciones, se recomienda incorporar un proceso de rediagnóstico sistematizado con base en criterios actualizados, idealmente avalado por evaluación conjunta

entre profesionales clínicos y equipos de investigación. Esta estrategia no solo garantizaría mayor fiabilidad, sino también mayor validez en la interpretación de los hallazgos

Homogeneidad de la muestra

La heterogeneidad de la muestra representa una de las limitaciones metodológicas importantes del presente estudio. Si bien se optó por un muestreo por conveniencia motivado por el contexto y la obtención de un mayor número de participantes, esta decisión implicó inevitablemente una mayor variabilidad en diversos elementos clínicos y contextuales que no fueron controlados estadísticamente. Entre los factores que se identificaron, pero no se ajustaron en los análisis se encuentran: el tipo y número de fármacos prescritos, la duración del diagnóstico, diagnósticos psiquiátricos previos, antecedentes de terapia electroconvulsiva, y eventos médicos recientes como el contagio por COVID-19.

Estos elementos, si bien fueron registrados, no fueron incorporados como covariables o factores de control en los modelos estadísticos aplicados. Esta omisión limita la posibilidad de atribuir de forma precisa los efectos observados exclusivamente a la relación entre síntomas negativos y gaudibilidad. En otras palabras, es posible que algunas de las asociaciones identificadas estén influenciadas por estas variables extrañas, lo cual afecta a la validez interna de los hallazgos.

Para futuras investigaciones, una alternativa metodológica robusta sería implementar modelos multivariados que integren covariables clínicas y contextuales. Por ejemplo, técnicas como el análisis de covarianza (ANCOVA), la regresión múltiple con control de confusores, o incluso el emparejamiento por puntuación de propensión (propensity score matching) podrían permitir una mejor aislación de los efectos entre variables centrales. Asimismo, la estratificación de la muestra en subgrupos clínicamente homogéneos —como aquellos con tratamientos

farmacológicos similares o etapas comparables del trastorno— podría ofrecer análisis más refinados y comparables. No obstante, todas estas estrategias exigen un tamaño muestral mayor y una planificación más detallada desde el diseño del estudio.

Evaluación de otras variables

Otra de las limitaciones metodológicas identificadas alude a la selección y delimitación de las variables evaluadas. Aunque el presente estudio se enfocó en aquellas dimensiones teóricamente vinculadas con el objetivo principal, como la sintomatología negativa, la gaudibilidad y el deterioro cognitivo, y otras de control como la sintomatología depresiva, se dejaron fuera otras manifestaciones clínicas igualmente relevantes dentro del espectro de la esquizofrenia. Una de las más destacables es la presencia y severidad de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado), cuya evaluación habría permitido un análisis más completo del perfil clínico de los participantes y de sus posibles interacciones con los síntomas negativos.

La exclusión de estos indicadores no fue una omisión teórica, sino una decisión basada en la viabilidad operativa del estudio. La aplicación de un instrumento adicional —como el PANSS u otro instrumento clínico para síntomas positivos— habría implicado al menos 10 minutos más por paciente, un tiempo que en la práctica resultó difícil de implementar, considerando que la batería de pruebas abarcaba ya los 60 minutos. Muchos participantes acudían desde municipios lejanos o estados cercanos, y su estancia en la consulta estaba limitada a una ventana de tiempo reducida. Aun cuando existía voluntad para colaborar, la logística del proceso evaluativo impuso restricciones importantes.

Esta situación refleja un dilema frecuente en la investigación clínica: el equilibrio entre la rigurosidad teórica y la factibilidad de aplicación en contextos reales. Para estudios futuros, se recomienda considerar el uso de instrumentos abreviados o de evaluaciones escalonadas, donde

variables adicionales puedan medirse en una segunda sesión o vía telefónica, permitiendo así una recogida de datos más amplia sin saturar a los participantes.

Limitaciones metodológicas

El presente estudio se inscribe dentro de un diseño no experimental, transversal y correlacional, lo cual, si bien es adecuado para explorar relaciones entre variables en un contexto clínico real, también implica ciertas restricciones clave. La principal es la imposibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas, ya que no se manipularon intencionalmente los factores estudiados ni se aplicaron controles experimentales rigurosos. En este sentido, las correlaciones y asociaciones encontradas deben leerse como vínculos estadísticos significativos, pero no como rutas causales cerradas.

Además, como ya se mencionó, la muestra fue seleccionada por conveniencia, lo que abre la puerta a posibles sesgos de selección. Aunque se procuró mantener criterios de inclusión claros y una diversidad representativa dentro del espectro de la esquizofrenia, la falta de aleatoriedad reduce la capacidad de generalizar los hallazgos a toda la población clínica. También, como ya se ha mencionado, la ausencia de control sobre variables extrañas o confusoras, como el tipo de medicación, el nivel de apoyo social, o la presencia de comorbilidades, puede haber tenido efectos indirectos no cuantificados en las asociaciones observadas, comprometiendo la validez interna del estudio.

Para futuras investigaciones, sería recomendable avanzar hacia diseños cuasi-experimentales o experimentales controlados, que permitan evaluar la direccionalidad y causalidad entre variables. También es pertinente considerar el uso de muestreo probabilístico para mejorar la representatividad y reducir el sesgo. Finalmente, la integración de métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) puede ofrecer un panorama más profundo y contextualizado de los fenómenos

observados, enriqueciendo la interpretación y abriendo la puerta a nuevas hipótesis clínicas y teóricas.

Instrumentos de medición

Por último, el uso de instrumentos autoaplicados en investigaciones con población que presenta esquizofrenia pueden presentar algunas limitaciones metodológicas. Esto debido a que las alteraciones cognitivas propias del trastorno pueden comprometer la autopercepción, la comprensión de ítems o la consistencia en las respuestas. Si bien en este estudio se incluyeron tanto instrumentos heteroaplicados como autoaplicados, es importante considerar que algunos de los aspectos reportados por los propios pacientes podrían estar sesgados por limitaciones en la introspección, el lenguaje o la atención sostenida.

Diversos estudios han advertido que, en pacientes con deterioro cognitivo, los instrumentos autoinformados pueden mostrar baja convergencia con evaluaciones realizadas por clínicos o terceras personas (Harvey et al., 2006). Esta discrepancia puede afectar particularmente dimensiones subjetivas como la gaudibilidad, la cual fue evaluada de esta forma. Sin embargo, se tomaron medidas para mitigar esta limitación. En primer lugar, se aplicó una evaluación de seguimiento de instrucciones como filtro para asegurar que los participantes comprendieran adecuadamente las consignas de los instrumentos. En segundo lugar, las evaluaciones se realizaron en momentos de estabilidad clínica, según el criterio de los psiquiatras tratantes, asegurando que los pacientes se encontraran en condiciones óptimas para participar. En tercer lugar, la prueba se iba realizando en conjunto con el paciente.

Aun con estos controles, se recomienda que futuros estudios consideren el uso de metodologías trianguladas, integrando informes clínicos, observaciones conductuales y

entrevistas semiestructuradas, así como medidas objetivas cuando sea posible, para enriquecer la comprensión de fenómenos subjetivos y mejorar la fiabilidad de los datos.

Conclusiones generales

La esquizofrenia continúa siendo una de las condiciones clínicas más complejas, desafiantes y enigmáticas dentro del campo de la salud mental. Su comprensión ha requerido un abordaje interdisciplinario que combine la perspectiva biomédica con los aportes de la psicología, la neurociencia y las ciencias sociales. A pesar del vasto cuerpo de investigación existente, el impacto profundo que tiene este trastorno en la calidad de vida, el funcionamiento social y la autonomía de quienes lo padecen sigue exigiendo estudios que permitan ampliar nuestra comprensión y proponer nuevas rutas de intervención.

En este contexto, el estudio de los síntomas negativos representa un reto particular, ya que estos tienden a ser más persistentes, menos responsivos al tratamiento farmacológico y están fuertemente asociados con el deterioro funcional. Dimensiones como la abulia, la alogia, la anhedonia, el aplanamiento afectivo y el retraimiento social configuran un perfil de afectación que limita el involucramiento activo de la persona en su entorno. No obstante, la comprensión profunda de estos síntomas aún se encuentra en estadios preliminares y requiere del estudio de nuevas variables mediadoras y moduladoras que den cuenta de su complejidad.

Una de estas variables emergentes es la gaudibilidad, entendida como el conjunto de moduladores del disfrute. En este estudio se ha puesto en evidencia de que la gaudibilidad se relaciona significativamente con la expresión de síntomas negativos, en particular con la anhedonia, la abulia y la alogia. Por otro lado, el análisis de mediación mostró además que la gaudibilidad puede desempeñar un rol central en el entramado psicológico de estos síntomas,

independientemente del deterioro cognitivo, revelando su potencial como foco de intervención clínica.

A la par, el deterioro cognitivo aparece como una variable imprescindible para comprender estas relaciones, no sólo por su impacto en el funcionamiento ejecutivo y atencional, sino porque interactúa con la capacidad de disfrutar, anticipar y recordar experiencias placenteras. El deterioro cognitivo, medido a través del MoCA, mostró una relación importante tanto en el modelo de regresión como en los análisis de mediación, reforzando la idea de que el disfrute requiere de recursos cognitivos complejos.

En suma, este estudio ofrece una mirada renovada a la esquizofrenia y sus síntomas negativos, proponiendo que variables psicológicas como la gaudibilidad y el deterioro cognitivo deben ocupar un lugar central en la investigación, evaluación e intervención. Lejos de concebir estos síntomas como simples déficits o fallas neurobiológicas, los resultados invitan a pensarlos como procesos complejos, mediables y potencialmente transformables a través de estrategias psicológicas centradas en incrementar los niveles de gaudibilidad

Referencias

- Altschuler, E. L. (2002). Did Ezekiel have temporal lobe epilepsy?. *Archives of general psychiatry*, 59(6), 561-562.
- Álvarez, J. (1996). Dos Visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16, 655-676.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British journal of psychiatry*, 155(S7), 49-52.
- Andreasen, N.C. (2011). Concept of schizophrenia: past, present, and future. En D. R. Weinberger y P. J. Harrison (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 3-8). Londres, Inglaterra: Blackwell Publishing.
- Andreasen, N. (2000). Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Research Reviews*, 31, 106-112.
- Andreasen, N. C., Flaum, M., Swayze, V. W., Tyrrell, G., & Arndt, S. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal. *Archives of general psychiatry*, 47(7), 615-621.
- Andreasen, N. C., & Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of general psychiatry*, 39(7), 789-794.
- Andrzejewska, M., Wójciak, P., Domowicz, K., & Rybakowski, J. (2017). Emotion recognition and theory of mind in chronic schizophrenia: Association with negative symptoms. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(4), 7–12. <https://doi.org/10.12740/APP/79878>
- Apiquian, R., Aviña, C., Colín, R., Díaz, A., Corona, F., González, S., Herrera, M., Kawas, O., Nicolini, H., Lóyzaga, C., Ontiveros, C., Ortega, H., Rascón, M., Rodríguez, M., Valencia, M., Verduzco, W., y Villaseñor, S. (2014). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. Ciudad de México, México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Austin, S. F., Lysaker, P. H., Jansen, J. E., Trauelsen, A. M., Nielsen, H. G. L., Pedersen, M. B., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2019). Metacognitive capacity and negative symptoms in first episode psychosis: Evidence of a prospective relationship over a 3-year follow-up. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1). <https://doi.org/10.1177/2043808718821572>

- Avery, R., Startup, M., & Calabria, K. (2009). The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 167(1–2), 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.016>
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 92.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bell, M. D., Corbera, S., Johannesen, J. K., Fiszdon, J. M., & Wexler, B. E. (2013). Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: Are there subtypes with distinct functional correlates? *Schizophrenia Bulletin*, 39(1), 186–196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr125>
- Bermejo, J. C., & Rodicio, S. G. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(10), 637-647.
- Berrios, G. E. (1991). Positive and negative signals: a conceptual history. In *Negative versus positive schizophrenia* (pp. 8-27). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Bassett, A. S., & Chow, E. W. (2008). Schizophrenia and 22q11. 2 deletion syndrome. *Current psychiatry reports*, 10(2), 148-157.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1993). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En M. B. Milton (Comp.), *Más allá del doble vínculo* (pp. 21-45). Paidós. (Trabajo original publicado en 1971)
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 39(4), 740-747.
- Bermejo, J. C., & Rodicio, S. G. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(10), 637-647.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230.
- Bitter, I. (2020). *Managing Negative Symptoms of Schizophrenia*. Oxford, England, University Press.
- Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238–245. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj013>

- Blanchard, J. J., Park, S. G., Catalano, L. T., & Bennett, M. E. (2015). Social affiliation and negative symptoms in schizophrenia: Examining the role of behavioral skills and subjective responding. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 491–497. doi:10.1016/j.schres.2015.07.019
- Blázquez, F. P., & Medina, M. M. (2020). Gaudibilidad y consumo abusivo de alcohol en adolescentes. *Psicosomática y Psiquiatría*, (14).
- Blazquez, F. P., & Medina, M. P. M. (2021). Construcción y análisis factorial de una Escala para medir el Disfrute Experimentado en Adultos (EDEA) en población de Michoacán (México). *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 51(2).
- Bleuler, E. (1934). *Textbook of psychiatry*. New York, NY: The Macmillan Company.
- Bleuler, E. (1993). *Dementia praecox. The group of schizophrenias*. New York, NY: International Universities Press (Trabajo original publicado en 1911)
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(5), 897-910.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 475-482.
- Barr, W. B. (2001). Schizophrenia and attention deficit disorder: Two complex disorders of attention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 239-250.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., & Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92–99. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.92>
- Bowie, C.R., Depp, C., McGrath, J.A., Wolyniec, P., Mausbach, B.T., Thornquist, M.H., Pulver, A.E., 2010. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1116–1124.
- Brady, E. (1998). Imagination and the Aesthetic Appreciation of Nature. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 56(2), 139. doi:10.2307/432252
- Brébion, G., Ohlsen, R. I., Pilowsky, L. S., & David, A. S. (2008). Visual hallucinations in schizophrenia: Confusion between imagination and perception. *Neuropsychology*, 22(3), 383–389. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.3.383>
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2017). *Savoring: A new model of positive experience*. Psychology Press.

- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 31(1), 21-42.
- Buka, S. L., Tsuang, M. T., Torrey, E. F., Klebanoff, M. A., Bernstein, D., & Yolken, R. H. (2001). Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. *Archives of general psychiatry*, 58(11), 1032-1037.
- Cai, C., Yu, L., Rong, L., & Zhong, H. (2014). Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 59, 174-178.
- Calderón, G. (1994). Los problemas psiquiátricos en la Prehistoria y en los albores de la Historia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 57(4), 243-253.
- Campillo, D., (2011). La trepanación prehistórica de la Península Ibérica. En A. González, O. Cambra-Moo, J. Rascón, M. Campo, M. Robledo, E. Labajo, J. Sánchez, (Eds.) *Paleopatología: ciencia multidisciplinar*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Campillo, D., (1993). *Paleopatología los primeros vestigios de la enfermedad*. Fundación Uriach 1838
- Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1080-1092.
- Caponi, S. (2021). Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28, 661-683.
- Carbon, M., & Correll, C. U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS spectrums*, 19(S1), 35-53.
- Cella, M., Edwards, C., & Wykes, T. (2016). A question of time: a study of time use in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 480-484.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.033>
- Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., & Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: a network meta-analysis. *Clinical psychology review*, 52, 43-51.
- Chiné, E. F. (2018). Dioses, magia y mito en el desvalimiento frente a la enfermedad. *Medicina naturista*, 12(1), 34-39.

- Choi, K. H., Jaekal, E., & Lee, G. Y. (2016). Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in individuals with schizophrenia: a proof-of-concept pilot study. *Frontiers in psychology*, 7, 1759.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cohen, A. S., & Minor, K. S. (2010). Emotional experience in patients with schizophrenia revisited: meta-analysis of laboratory studies. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 143-150.
- Cohen, B. M., Öngür, D., & Babb, S. M. (2021). Alternative diagnostic models of the psychotic disorders: evidence-based choices. *Psychotherapy and psychosomatics*, 90(6), 373-385.
- Concha, E. (2004). La percepción social de las personas con epilepsia en la historia a través de la confrontación de dos paradigmas epistemológicos. *Revista Chilena de Epilepsia*, 5(1).
- Corrales, A., Vilapriño Duprat, M., Benavente Pinto, C. ., Garay, C., Corral, R., Gargoloff, P. R., Goldchluk, A., Hönig, G., Jufe, G., Lamaison, F. ., Leiderman, E. A. ., Morra, C., Rebok, F., & Gargoloff, P. D. (2021). Consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 32(154, oct.-dic.). <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.119>
- Crow, T. J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *The British Journal of Psychiatry*, 137(4), 383-386.
- Couture, S. M., Blanchard, J. J., & Bennett, M. E. (2011). Negative expectancy appraisals and defeatist performance beliefs and negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.032>
- Czobor, P., & Bitter, I. (2020). Pharmacologic treatment of negative symptoms: focus on efficacy. *Managing Negative Symptoms of Schizophrenia*, 67
- Dai, J., Du, X., Yin, G., Zhang, Y., Xia, H., Li, X., Cassidy, R., Tong, Q., Chen, D., Teixeira, A. L., Zheng, Y., Ning, Y., Soares, J. C., He, M. y Zhang, X. Y. (2018). Prevalence, demographic and clinical features of comorbid depressive symptoms in drug naive patients with schizophrenia presenting with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 193, 182-187.

- De Jong, S., Van Donkersgoed, R. J. M., Arends, J., Lysaker, P. H., Wunderink, L., Van Der Gaag, M., ... & Pijnenborg, G. H. M. (2016). *Metacognition in psychotic disorders: from concepts to intervention*. *Tijdschr. Psychiatr*, 58, 455-462.
- Derito, C. N. (2006). Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 67-108.
- Der Heiden, W. A., Leber, A., & Häfner, H. (2016). Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(5), 387.
- Devoto, D. (1985). Locos y locura en Berceo. *Nueva Revista de Filología Hispánica*, 34(2), 599-609.
- Dollfus, S., Mach, C., & Morello, R. (2016). Self-evaluation of negative symptoms: a novel tool to assess negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 571-578.
- Ebrahimi, A., Poursharifi, H., Dolatshahi, B., Rezaee, O., Hassanabadi, H. R., & Naeem, F. (2021). The Cognitive Model of Negative Symptoms in Schizophrenia: A Hierarchical Component Model With PLS-SEM. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.707291>
- Engel, M., Fritzsche, A., & Lincoln, T. M. (2013). Anticipatory pleasure and approach motivation in schizophrenia-like negative symptoms. *Psychiatry Research*, 210(2), 422–426.
doi:10.1016/j.psychres.2013.07.02
- Engel, M., & Lincoln, T. M. (2017). Concordance of self- and observer-rated motivation and pleasure in patients with negative symptoms and healthy controls. *Psychiatry Research*, 247, 1–5.
doi:10.1016/j.psychres.2016.11.01
- Erhart, S. M., Marder, S. R., & Carpenter, W. T. (2006). Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 234-237.
- Escamilla-Orozco, R. I., Becerra-Palars, C., Armendáriz-Vázquez, Y., Corlay-Noriega, I. S., Herrera-Estrella, M. A., Llamas-Núñez, R. E., Meneses-Luna, O., Quijada-Gaytán, J. M., Reyes-Madriral, F., Rosado-Franco, A., Rosel-Vales, M. & Saucedo-Urbe, E. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta médica de México*, 157, S1-S12.
- Esquirol, E. (1847). *Tratado completo de las enajenaciones mentales*. Madrid, España: Colegio de Surdo-Mudos (Trabajo original publicado en 1845)

- Fanous, A. H., Van Den Oord, E. J., Riley, B. P., Aggen, S. H., Neale, M. C., O'Neill, F. A., ... & Kendler, K. S. (2005). Relationship between a high-risk haplotype in the DTNBP1 (dysbindin) gene and clinical features of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1824-1832.
- Fatemi, S. H., & Folsom, T. D. (2009). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophrenia bulletin*, 35(3), 528-548.
- Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., Castañón, R., de León, E., Belsasso, G., González, E., Uribe, M., González, S., Barragán, G., y Lomelín, G. (2002). *Programa específico de Esquizofrenia 2001-2006*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.
- Frost, K. H., & Strauss, G. P. (2016). A Review of Anticipatory Pleasure in Schizophrenia. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(3), 232–247. doi:10.1007/s40473-016-0082-5
- Foucault, M. (1992). *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1964)
- Foussias, G., & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophrenia bulletin*, 36(2), 359-369.
- Galderisi, S., Merlotti, E., & Mucci, A. (2015). Neurobiological background of negative symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(7), 543-558.
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677.
- Gastó, C., y Catalán, R. (2000). *Esquizofrenia. Teorías Biológicas*. En J. F. Navarro (Coord.) Bases Biológicas de las psicopatologías (pp. 3-10). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- García-Mieres, H., Villaplana, A., López-Carrilero, R., Grasa, E., Barajas, A., Posa, E., Feixas, G. & Ochoa, S. (2019). The Role of Personal Identity on Positive and Negative Symptoms in Psychosis: A Study Using the Repertory Grid Technique. *Schizophrenia Bulletin*. 46(3), 572-580. doi:10.1093/schbul/sbz082
- Goldring, A., Borne, S., Hefner, A., Thanju, A., Khan, A., & Lindenmayer, J. P. (2020). The psychometric properties of the Self-Evaluation of Negative Symptoms Scale (SNS) in treatment-resistant schizophrenia (TRS). *Schizophrenia Research*, 224, 159-166.
- Gómez Hernández, E., Carrillo Ramírez, E., & Padrós Blázquez, F. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala para medir el Disfrute Experimentado en Niños y Adolescentes (EDENA) en

población de Michoacán (México). *Psicogente*, 23(43), 1-16.

<https://doi.org/10.17081/psico.23.43.3761>

- Granholm, E., Holden, J., & Worley, M. (2018). Improvement in negative symptoms and functioning in cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: mediation by defeatist performance attitudes and asocial beliefs. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 653-661.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: A practical treatment guide*. Guilford Publications.
- Granholm, E., Twamley, E. W., Mahmood, Z., Keller, A. V., Lykins, H. C., Parrish, E. M., Thomas, M. L., Perivoliotis, D. & Holden, J. L. (2022). Integrated cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training for negative symptoms of psychosis: effects in a pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 48(2), 359-370.
- Grant, P. M., & Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 798-806.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debruille, J. B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 137-147.
- González-Cantero, J. O., Salazar-Estrada, J. G., González-Becerra, V. H. y Molina, J. (2018). Gaudiebility and Psychopathological Symptoms in the Mexican Population. *Psychology*, 9(5), 925-933
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2004). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Focus*, 48(1), 335-101.
- Guimón, J. (2005). Los límites del concepto de espectro en la esquizofrenia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(3), 1-12.
- Hamm, J. A., & Firmin, R. L. (2016). Disorganization and individual psychotherapy for schizophrenia: a case report of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 227-234.
- Hamm, J. A., Renard, S. B., Fogley, R. L., Leonhardt, B. L., Dimaggio, G., Buck, K. D., & Lysaker, P. H. (2012). Metacognition and Social Cognition in Schizophrenia: Stability and Relationship to

- Concurrent and Prospective Symptom Assessments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1303–1312. <https://doi.org/10.1002/jclp.21906>
- 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.
- Harris, J. G., Minassian, A., & Perry, W. (2007). Stability of attention deficits in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 91(1-3), 107-111.
- Heller, M. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts, and methods*. WW Norton & Company.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 23-41.
- Hill, K. & Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 151-157.
- Huertas, R. (2019). *Historia cultural de la psiquiatría:(re) pensar la locura*. Los libros de la Catarata.
- Hoenig, J. (1983). The concept of schizophrenia. Krapelin-Bleuer-Schnieder. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 547-556.
- Jablensky, A. (2022). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 271-287
- Jablensky, A. (2005). The long and winding road of schizophrenia research. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(4), 179-183.
- Jackson, H. J. (1874). On the nature of the duality of the brain. *Medical Press and Circular*, 1, 80-86.
- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Jong, S., Van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., Aan Het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., Van der Gaag, M., Alemán, A., Lysaker, P. H. & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 49(2), 303-313.
- Kales, A., Kales, J. D., y Vela-Bueno, A. (1990). Schizophrenia: historical perspectives. En A. Keles y C. N. Stefanis (Eds.), *Recent advances in schizophrenia* (pp. 3-23). New York, NY: Springer-Verlag.
- Kanchanatawan, B., Hemrungron, S., Thika, S., Sirivichayakul, S., Ruxruntham, K., Carvalho, A. F., Geffard, M., Anderson, G. y Maes, M. (2017). Changes in Tryptophan Catabolite (TRYCAT)

Pathway Patterning Are Associated with Mild Impairments in Declarative Memory in Schizophrenia and Deficits in Semantic and Episodic Memory Coupled with Increased False-Memory Creation in Deficit Schizophrenia. *Molecular Neurobiology*, 1 1-18. Doi <https://doi.org/10.1007/s1203>

- Keefe, R. S., Mohs, R. C., Losonczy, M. F., Davidson, M., Silverman, J. M., Kendler, K. S., Horvath, T. B., Nora, R., & Davis, K. L. (1987). Characteristics of very poor outcome schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144(7), 889–895. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.7.889>
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 214-219.
- Kirkpatrick, B., Strauss, G. P., Nguyen, L., Fischer, B. A., Daniel, D. G., Cienfuegos, A., & Marder, S. R. (2011). The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 300-305.
- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., Buchkremer, G. & Wiedemann, G. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophrenia bulletin*, 37(suppl2), S98-S110.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). *Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis*. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-184.
- Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos (Trabajo original publicado en 1919)
- Kramer, H., y Sprenger, J. (2006). *Malleus maleficarum*. Barcelona, España: Reditar (Trabajo original publicado en 1486)
- Kring, A. M., & Barch, D. M. (2014). The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: Neural substrates and behavioral outputs. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 725–736. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.06.007
- Kring, A. M., & Moran, E. K. (2008). Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science. *Schizophrenia bulletin*, 34(5), 819-834.
- Krynicky, C. R., Upthegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380-390.

- Kumar, P., & Tiwari, S. C. (2008). Family and psychopathology: An overview series-1: Children and adults. *Delhi Psychiatry Journal*, 11(2), 140-149.
- Lai, E. R. (2011). Metacognition: A literature review. *Always learning: Pearson research report*, 24, 1-40.
- Lastres, J. B., y Cabieses, F. (1959). La trepanación del cráneo en el antiguo Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 42(3), 258-320.
- Lee, S. H., DeCandia, T. R., Ripke, S., Yang, J., Sullivan, P. F., Goddard, M. E., Sullivan, P. F., Goddard, M. E., Keller, M. C., Visscher, P. M. y Wray, N. R. (2012). Estimating the proportion of variation in susceptibility to schizophrenia captured by common SNPs. *Nature genetics*, 44(3), 247-250.
- Lichtenstein, P., Björk, C., Hultman, C. M., Scolnick, E., Sklar, P., & Sullivan, P. F. (2006). Recurrence risks for schizophrenia in a Swedish national cohort. *Psychological medicine*, 36(10), 1417-1425
- Limosin, F. (2014). Neurodevelopmental and environmental hypotheses of negative symptoms of schizophrenia. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-6.
- Li-Ning, J., Rondón, M., Mina, R., y Ballón, R. (2013). Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 66, 13-26.
- Liu, S. K., Chen, W. J., Chang, C. J., & Lin, H. N. (2000). Effects of atypical neuroleptics on sustained attention deficits in schizophrenia: a trial of risperidone versus haloperidol. *Neuropsychopharmacology*, 22(3), 311-319. 10.1016/S0893-133X(99)00137-2
- Luckhoff, H. K., Asmal, L., Scheffler, F., du Plessis, S., Chiliza, B., Smit, R., Phahladira, L., y Emsley, R. (2022). Sex and gender associations with indicators of neurodevelopmental compromise in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 243, 70-77.
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 324-332.
- Luther, L., Coffin, G. M., Firmin, R. L., Bonfils, K. A., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2018). A test of the cognitive model of negative symptoms: Associations between defeatist performance beliefs, self-efficacy beliefs, and negative symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 269, 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.016>

- Luther, L., Fukui, S., Firmin, R. L., McGuire, A. B., White, D. A., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2015). Expectancies of success as a predictor of negative symptoms reduction over 18 months in individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.022>
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Vohs, J. L., Schnakenberg Martin, A. M., Buck, K. D., & Hasson Ohayon, I. (2019). Metacognition and recovery in schizophrenia: from research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(1), 303-313.
- Lysaker, P., Vohs, J. & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1) 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
- Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 290-298.
- Lysaker, P. H., Erikson, M., Macapagal, K. R., Tunze, C., Gilmore, E., & Ringer, J. M. (2012). Development of Personal Narratives as a Mediator of the Impact of Deficits in Social Cognition and Social Withdrawal on Negative Symptoms in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(4), 290–295. doi:10.1097/nmd.0b013e31824cb0f4
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Dubreucq, J., Gumley, A., McLeod, H., Vohs, J. L., Buck, K. D., Minor, K. S., Luther, L., Leonhardt, B. L., Belanger, E. A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2015). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 267–272. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.06.015>
- Mahieu, E. L. (2004). A propósito de Morel y la démence précoce. *Vertex*, 15, 73-75.
- Mairs, H., Lovell, K., Campbell, M., & Keeley, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification*, 35(5), 486-506.
- Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M. F., Guloksuz, S., Harvey, P. D., Jones, P. B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R. M., Nuechterlein, K. H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R., y Ventura, J. (2021). The clinical characterization of

- the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 20(1), 4-33.
- Maj, M. (2021). The clinical characterisation of the patient with primary psychosis aimed at personalisation of management. *European Psychiatry*, 64(S1), S2-S2.
- Marjoram, D., Tansley, H., Miller, P., MacIntyre, D., Owens, D. G. C., Johnstone, E. C., & Lawrie, S. (2005). A theory of mind investigation into the appreciation of visual jokes in schizophrenia. *BMC psychiatry*, 5(1), 1-8.
- Markou, A., Salamone, J. D., Bussey, T. J., Mar, A. C., Brunner, D., Gilmour, G., & Balsam, P. (2013). Measuring reinforcement learning and motivation constructs in experimental animals: Relevance to the negative symptoms of schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(9), 2149–2165. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.08.0
- Martín, L. C. F., Velasco, C. F., & Fernández, C. M. (2014). Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. *Norte de Salud mental*, 12(49), 76-81.
- Martínez, D. R. (2009). Los límites conceptuales de la esquizofrenia. In *Anales de psiquiatria* (Vol. 25, No. 1, pp. 7-14).
- Masand, P. S. (2007). Differential pharmacology of atypical antipsychotics: Clinical implications. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(2), S3–S8.
- McCormick, B. P., Snethen, G., & Lysaker, P. H. (2012). Emotional episodes in the everyday lives of people with schizophrenia: The role of intrinsic motivation and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 142(1-3), 46–51. doi:10.1016/j.schres.2012.09.002
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*, 44(2), 451–452. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.451>
- McCutcheon, R. A., Pillinger, T., Mizuno, Y., Montgomery, A., Pandian, H., Vano, L., Marques, T. R & Howes, O. D. (2021). The efficacy and heterogeneity of antipsychotic response in schizophrenia: a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 26(4), 1310-1320.
- McLeod, H. J., Gumley, A. I., MacBeth, A., Schwannauer, M., & Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54(1), 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.018>

- Mendiburo-Seguel, A., & Heintz, S. (2020). Comic styles and their relation to the sense of humor, humor appreciation, acceptability of prejudice, humorous self-image and happiness. *Humor*, 33(3), 381-403.
- Mestre, M. F. V. (2019). ¿ Qué sabemos de las bases genéticas de la esquizofrenia?. *Revista de enfermería y salud mental*, (12), 21-26.
- Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W., & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular psychiatry*, 17(12), 1206-1227.
- Moernaut, N., & Vanheule, S. (2020). Experiencing negative symptoms in psychosis: a systematic qualitative review. *Psychosis*, 13(2) 1–13. doi:10.1080/17522439.2020.1784257
- Moon, J., y Kim, Y. (2001). Extending the TAM for a World Wide Web context. *Information & management*, 38(4), 217-230. doi: 10.1016/S0378-7206(00)00061-6
- Morris, S. E., Vaidyanathan, U., & Cuthbert, B. N. (2016). Changing the diagnostic concept of schizophrenia: the NIMH research domain criteria initiative. In *The Neuropsychopathology of Schizophrenia* (pp. 225-252). Springer, Cham.
- Mueser, K. T., Douglas, M. S., Bellack, A. S., & Morrison, R. L. (1991). Assessment of enduring deficit and negative symptom subtypes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 565-582.
- Musso, M. W., Cohen, A. S., Auster, T. L., & McGovern, J. E. (2014). Investigation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screener in severe mental illness. *Psychiatry research*, 220(1-2), 664-668.
- Nabi, R. L., y Krcmar, M. (2004). Conceptualizing media enjoyment as attitude: Implications for mass media effects research. *Communication Theory*, 14(4), 288–310. doi: 10.1111/j.1468-2885.2004.tb00316.x
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699
- National Institute of Mental Health (2022). About RDoC. Consultado el 20 de abril de 2022 en <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J., Buck, K. D., Pompili, E., Buccione, I., Lagrotteria, B., & Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia.

- Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 644–647.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfb10>
- Novellas, E., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuer-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219.
- Organización Mundial de la Salud, (2019). *Esquizofrenia*. Publicado el 4 de octubre de 2019 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortega-Soto, H. A., Perales, S. G., Imaz, B., Patzin, J. P., Brunner, E., Apiquián, R., & Torre, Ma. del P. D. la. (1994). Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 17(3), 7–14.
- Padel, R. (1995). *Whom gods destroy: Elements of Greek and tragic madness*. Princeton University Press
- Padrós, F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad* (Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, España)
- Padrós, F., & Fernández Castro, J. (2001). Escala de Gaudibilidad de Padrós. Una propuesta para medir la disposición a experimentar bienestar. *Boletín de Psicología*
- Padrós, M., González, R., & Astals (2011). Estudio del nivel de gaudibilidad en pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias. *Psiquis*, 20, 64-69.
- Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., Montoya-Pérez, K. S., & Montoya-Pérez, R. (2021). Psychometric properties of the Gaudiebility (Enjoyment modulators) Scale for Adults of Morelia (GSAM). *Plos one*, 16(7), e0252543.
- Padrós, F. P., Medina, P. M., & Guerrero, A. G. (2014). Gaudiebility Group Therapy in depressed patients: a pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 59-69.
- Park, H. J., Kim, J. W., Lee, S. K., Kim, S. K., Park, J. K., Cho, A. R., Chung, J. y Song, J. Y. (2011). Association between the SLC6A12 gene and negative symptoms of schizophrenia in a Korean population. *Psychiatry research*, 189(3), 478-479.
- Pelletier-Baldelli, A., & Holt, D. J. (2020). Are Negative Symptoms Merely the “real World” Consequences of Deficits in Social Cognition? *Schizophrenia Bulletin*, 46(2), 236–241.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbz095>
- Perivoliotis, D., & Cather, C. (2009). Cognitive behavioral therapy of negative symptoms. *Journal of clinical psychology*, 65(8), 815-830.

- Perivoliotis, D., Morrison, A. P., Grant, P. M., French, P., & Beck, A. T. (2009). Negative performance beliefs and negative symptoms in individuals at ultra-high risk of psychosis: A preliminary study. *Psychopathology*, 42(6), 375–379. <https://doi.org/10.1159/000236909>
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32(S1), S64-S80.
- Pickering, A. D., Corr, P. J., & Gray, J. A. (1999). Interactions and reinforcement sensitivity theory. A theoretical analysis of Rusting y Larsen (1997). *Personality and individual differences*, 26, 357-365.
- Pillny, M. & Lincoln, T. (2020). The demotivating effect of social exclusion: An experimental test of a psychosocial model on the development of negative symptoms in psychosis. *Schizophrenia Research*, 215, 330-336. 10.1016/j.schres.2019.10.005
- Pillny, M., Schlier, B., & Lincoln, T. M. (2020). “I just don’t look forward to anything”. How anticipatory pleasure and negative beliefs contribute to goal-directed activity in patients with negative symptoms of psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 429-436
doi:10.1016/j.schres.2020.03.059
- Pinel, P. (1829). *Compendio de la nosografía filosófica*. Madrid, España: Miguel de Burgos (Trabajo original publicado en 1809)
- Pino, O., Guilera, G., Gómez-Benito, J., Najas-García, A., Rufián, S. y Rojo, E. (2014). Neurodesarrollo o neurodegeneración: Revisión sobre las teorías de la esquizofrenia. *Actas Española de Psiquiatría*, 42(4), 185-95.
- Postel, J. y Quétel, C. (2000). Nueva historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
- Porter, L., Jones, C., & Fox, A. (2022). Reliability of the Calgary depression scale for schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 240, 32-45.
- Priyamvada, R., Ranjan, R., Jha, G. K., & Chaudhury, S. (2021). Correlation of neurocognitive deficits with positive and negative symptoms in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 249.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 191-218.

- Potuzak, M., Ravichandran, C., Lewandowski, K. E., Ongür, D., & Cohen, B. M. (2012). Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1118-1129.
- Quejereta, A., Godoy, J., y Mías, C. (2011). Abstracción verbal y flexibilidad cognitiva en esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(2), 85-101.
- Rabinowitz, J., De Smedt, G., Harvey, P. D., & Davidson, M. (2002). Relationship between premorbid functioning and symptom severity as assessed at first episode of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2021-2026.
- Rajji, T. K., Mamo, D. C., Holden, J., Granholm, E., & Mulsant, B. H. (2021). Cognitive-Behavioral Social Skills Training for patients with late-life schizophrenia and the moderating effect of executive dysfunction. *Schizophrenia Research*, 239, 160-167.
- Rasmussen, A. C. R., & Parnas, J. (2015). Anomalies of Imagination and Disordered Self in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychopathology*, 48(5), 317-23. <https://doi.org/10.1159/000431291>
- Rasmussen, A. R., Stephensen, H., Nordgaard, J., & Parnas, J. (2018). A phenomenological approach to psychopathology of imagination: development of a descriptive instrument—examination of anomalous fantasy and imagination. *Psychopathology*, 51, 210-215.
- Rodríguez-Bores, Ramírez, L., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R., & Fresán Orellana, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517–522.
- Rohricht, F. (2000). *Body-oriented psychotherapy in mental illness: a manual for research and practice*. Göttingen: Hogrefe.
- Röhricht, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 36(5), 669-678.
- Rosca, E. C., Cornea, A., & Simu, M. (2020). Montreal Cognitive Assessment for evaluating the cognitive impairment in patients with schizophrenia: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 65, 64-73.
- Rovai, L., Maremmi, A. G. I., Pacini, M., Pani, P. P., Rugani, F., Lamanna, F., Delloso, L. y Maremmi, I. (2013). Negative dimension in psychiatry. Amotivational syndrome as a paradigm of negative symptoms in substance abuse. *Rivista di psichiatria*, 48(1), 1-9.
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., & Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 137-155.

- Sacristán, C. (2007) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 45, 163-189.
- Sack, A. T., van de Ven, V. G., Etschenberg, S., Schatz, D., & Linden, D. E. J. (2005). Enhanced vividness of mental imagery as a trait marker of schizophrenia?. *Schizophrenia bulletin*, 31(1), 97-104.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2017). La gaudibilidad y el bienestar subjetivo en la salud: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 11-23.
- Sass, L., Parnas, J., & Zahavi, D. (2011). Phenomenological psychopathology and schizophrenia: contemporary approaches and misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1), 1-23.
- Sergeev, I. I., & Malinochka, S. A. (2008). Pathological hobbies and interests in schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova*, 108(3), 11-17. 10.17116/jnevro20161161129-33
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Widmark, C., Reist, C., Erhart, S., Braff, D. L., Marder, S. R., & Green, M. F. (2007). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 90(1–3), 316–324.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.028>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive Psychology: An Introduction. Flow and the Foundations of Positive Psychology*, 279–298. doi:10.1007/978-94-017-9088-8_18
- Schlier, B., Engel, M., Fladung, A.-K., Fritzsche, A., & Lincoln, T. M. (2017). The relevance of goal-orientation for motivation in high versus low proneness to negative symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 113–120. doi:10.1016/j.jbtep.2017.01.004
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morata (Trabajo Original publicado en 1959)
- Scharfetter, C. (1988). Religious Healing in the Veda. Transactions of the American Philosophical Society, Vol. 75, Part 7. *Gesnerus*, 45(1), 130-131.
- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, 511(7510), 421.
- Secretaría de Salud. (2017). *En México más de un millón de personas padece esquizofrenia*. Publicado el 3 de enero del 2017 en <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-un-millon-de-personas-padece-esquizofrenia>

- Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Primer Nivel de Atención y de Especialidad*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.
- Serretti, A., & Olgiati, P. (2004). Dimensions of major psychoses: a confirmatory factor analysis of six competing models. *Psychiatry research*, 127(1-2), 101-109.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 316-323.
- Sierra, L. A., & López, E. H. V. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(01), 131-145.
- Silvia, P. J. (2006). *Exploring the Psychology of Interest*. Oxford University Press.
- Simon, B. (1978). *Mind and madness in ancient Greece: The classical roots of modern psychiatry*. Cornell U Press.
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current psychiatry reports*, 21(10), 1-10.
- Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of general psychiatry*, 60(12), 1187-1192.
- Suslow, T., Roestel, C., Ohrmann, P., & Arolt, V. (2003). The experience of basic emotions in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 303–310. doi:10.1016/s0010-440x(03)00085-3
- Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Tabak, N. T., Horan, W. P., & Green, M. F. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 537-542.
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-42.
- Tamminga, C. A., & Davis, J. M. (2007). The neuropharmacology of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 33(4), 937-946.

- Thomas, M. L., Patt, V. M., Bismark, A., Sprock, J., Tarasenko, M., Light, G. A. y Brown, G. G. (2017). Evidence of systematic attenuation in the measurement of cognitive deficits in schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 126(3), 312. Doi <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000256>
- Trauelsén, A. M., Gumley, A., Jansen, J. E., Pedersen, M. B., Nielsen, H. G. L., Trier, C. H., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2016). Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*, 238, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.003>
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(5), 247-257.
- Rende, R., & Plomin, R. (1992). Diathesis-stress models of psychopathology: A quantitative genetic perspective. *Applied and Preventive Psychology*, 1(4), 177-182.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Urgelés, D., (2021). *Predicción del estado afectivo en el trastorno bipolar* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España).
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95-104.
- Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Ered, A., Gretchen-Doorly, D., Helleman, G. S., Vaskinn, A., & Nuechterlein, K. H. (2014). The relationship of attitudinal beliefs to negative symptoms, neurocognition, and daily functioning in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1308–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu002>
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia bulletin*, 35(3), 469-472.

- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological review*, 104(4), 667.
- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology*, 58, 453.
- Weissman, A. N. (1979). *The dysfunctional attitude scale: A validation study*. University of Pennsylvania.
- White, R.G., Laithwaite, H., Gilbert, P. (2013). Negative symptoms in schizophrenia. The role of social defeat (pp. 177-190). En Gumley, A., Gillham, A., Taylor, K., Schwannauer, M. (Eds.), *Psychosis and Emotion. The Role of Emotions in Understanding Psychosis, Therapy and Recovery*. Routledge, East Sussex.
- Wray, N. R., & Gottesman, I. I. (2012). Using summary data from the danish national registers to estimate heritabilities for schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Frontiers in genetics*, 3, 118.
- Vaskinn, A., Ventura, J., Andreassen, O. A., Melle, I., & Sundet, K. (2015). A social path to functioning in schizophrenia: From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity. *Psychiatry Research*, 228(3), 803–807. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.019>
- Velthorst, E., Koeter, M., Van Der Gaag, M., Nieman, D. H., Fett, A. K., Smit, F., Staring, A. B. P., Meijer, C. & De Haan, L. (2015). Adapted cognitive–behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychological medicine*, 45(3), 453-465
- Viesca, C., y de Viesca, R. R. (2017). La discapacidad en el pensamiento y la medicina náhuatl. *Cuicuilco. Revista de ciencias antropológicas*, 24(70), 171-193.
- Witztum, E., Briskin, S. & Lerner, V. The Use of Humor with Chronic Schizophrenic Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 29, 223–234 (1999). <https://doi.org/10.1023/A:1021921202183>
- Yang, Y., Yang, Z. Y., Zou, Y. M., Shi, H. S., Wang, Y., Xie, D. J., Zhang, R., Lui, S. S. Y., Cohen, A. & Straus, G. P. (2018). Low-pleasure beliefs in patients with schizophrenia and individuals with social anhedonia. *Schizophrenia Research*, 201, 137-144.
- Yu, L., Fang, X., Chen, Y., Wang, Y., Wang, D., & Zhang, C. (2020). Efficacy of transcranial direct current stimulation in ameliorating negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 224, 2-10.

- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia research*, 67(2-3), 131-142.
- Zahari, Z., Teh, L. K., Ismail, R., & Razali, S. M. (2011). Influence of DRD2 polymorphisms on the clinical outcomes of patients with schizophrenia. *Psychiatric genetics*, 21(4), 183-189.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 77(1), 1-9.

Alejandro Israel García Esparza

Sintomatología negativa y gaudibilidad en pacientes del espectro de la esquizofrenia.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:503470570

Fecha de entrega

25 sep 2025, 11:33 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

25 sep 2025, 11:38 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Sintomatología negativa y gaudibilidad en pacientes del espectro de la esquizofrenia.pdf

Tamaño del archivo

969.2 KB

160 páginas

43.991 palabras

259.669 caracteres

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Doctorado Interinstitucional en Psicología	
Título del trabajo	Síntomatología negativa y gaudibilidad en pacientes del espectro de la esquizofrenia	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Alejandro Israel García Esparza	2133773a@umich.mx
Director	Ferran Padrós Blázquez	fpadros@umich.mx
Codirector	Anna Mané Santacana	manesantacana@yahoo.es
Coordinador del programa	Ana María Mendez Puga	ana.puga@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	Revisión de diseño, identificación de errores ortográficos, generación de citas y referencias en formato APA

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	Si	Revisión de diseño, identificación de errores ortográficos, generación de citas y referencias en formato APA
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	Si	Uso de researchrabbbit para la gestión y organización de las referencias bibliográficas
Formateo de las referencias bibliográficas	Si	Revisión de referencias en formato APA
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Alejandro Israel García Esparza
Lugar y fecha	Aguascalientes, Aguascalientes, 25 de septiembre 2025