

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia

**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN SÍNTOMAS NEGATIVOS DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA**

AUTOR: MICHAEL JAVIER MEDINA RUIZ

DIRECTORA: MARÍA EULALIA RAMÍREZ PALACIOS

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación “Terapia Cognitivo Conductual en Síntomas Negativos de Pacientes con Esquizofrenia”, de autoría del Sr. Michael Javier Medina Ruiz, con número de identidad 1104790611, de nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

20 de septiembre de 2025



Asesor Científico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Michael Javier Medina Ruiz portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1104790611**. Declaro ser el autor de la obra: **“Terapia Cognitivo Conductual en Síntomas Negativos de Pacientes con Esquizofrenia”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **20 de septiembre de 2025**

F:

Michael Javier Medina Ruiz

C.I. 1104790611

Agradecimiento

A Dios, por la fortaleza para llegar aquí y por la esperanza para continuar.

A la Dra. María Eulalia Ramírez Palacios y a la Dra. Jessica Alexandra Jaramillo Oyervide, por su paciencia, orientación y apoyo incondicional, pues más allá de su destacada trayectoria profesional, constituyen un ejemplo de integridad, compromiso y calidad humana, cualidades que inspiran y marcan un camino a seguir en el ejercicio académico y personal.

A Carolina Catucuago, por el cariño, apoyo y fe en mí.

A los hermanos que la vida me permitió escoger: Ricardo A., Fabián G., Wilson M., Diego P. y María Fernanda B., Vicente C., por motivarme en los momentos difíciles, corregirme en los instantes de flaqueza y, sobre todo, por brindarme su amistad incondicional a lo largo de esta senda.

Dedicatoria

Para quien si no para ti, mi Gloria Esperanza, mi vida, mi amor, mi madre, por creer en mí incluso antes de existir, por guiarme a lo largo de la vida y por seguir cuidándome, ahora, desde el cielo.

Y para mis cómplices de siempre, Andrés, Stefany y Allison, mis hermanos, quienes con su amor y paciencia me recuerdan cada día, que siempre vale la pena seguir caminando.

Resumen

La esquizofrenia se caracteriza por la manifestación de síntomas clínicos positivos, tales como: delirios, alucinaciones y desorganización en el pensamiento, habla y comportamiento y síntomas negativos que incluyen aplanamiento afectivo, alogia, abulia, afectando a la funcionalidad principalmente en ámbitos sociales, laborales y académicos de quien la padece, haciéndose necesario que se promuevan intervenciones psicoterapéuticas, en este caso específico con las de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), como complemento a tratamientos farmacológicos, permitiendo en este sentido mejorar la funcionalidad de pacientes con esta patología. Por consiguiente, el objetivo de esta investigación es describir las aplicaciones de la TCC, en la reducción de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia. En lo que respecta, a la selección de literatura se la realizó desde bases de datos científicas como: Scopus, PubMed, Cochrane Library y APA PsycNET, para la depuración de artículos se utilizó la herramienta digital Rayyan y para la selección y organización de los artículos la declaración PRISMA, para posteriormente, manejar paralelamente la guía CASPe, en la valoración crítica de ensayos clínicos aleatorizados, así como, la herramienta AMSTAR 2, para evaluar la calidad metodológica de los de las revisiones sistemáticas incluidas. Este estudio descriptivo permitió identificar que las técnicas de la TCC, más utilizadas fueron: Entrenamiento en habilidades sociales, Reestructuración cognitiva, Activación conductual, Psicoeducación y el Cuestionamiento socrático, todas encaminadas a la reducción de sintomatología negativa, en pacientes con esquizofrenia. Demostrando que la intervención psicoterapéutica mediante técnicas específicas de TCC es efectiva en la remisión parcial de síntomas negativos, especialmente aquellos relacionados con el aplanamiento afectivo, aislamiento social, retraimiento social, apatía, anhedonia, alogia y la avolición.

Palabras clave: Esquizofrenia, síntomas negativos, Terapia Cognitivo Conductual.

Abstract

Schizophrenia is characterized by the manifestation of positive clinical symptoms such as delusions, hallucinations, and disorganized thinking, speech, and behavior, as well as negative symptoms including affective flattening, alogia, and avolition. These symptoms primarily affect the individual's functionality in social, occupational, and academic domains. Consequently, it becomes essential to promote psychotherapeutic interventions—specifically Cognitive Behavioral Therapy (CBT)—as a complement to pharmacological treatments, aiming to enhance functionality in patients with this condition. Therefore, the objective of this research is to describe the applications of CBT in the reduction of negative symptoms in patients with schizophrenia. Regarding the selection of literature, the review was conducted using scientific databases such as Scopus, PubMed, Cochrane Library, and APA PsycNET. The digital tool Rayyan was employed for article screening, while the PRISMA statement was used for the selection and organization of studies. Additionally, the CASPe guide was applied for the critical appraisal of randomized clinical trials, and the AMSTAR 2 tool was used to assess the methodological quality of the systematic reviews included. This descriptive study identified that the most commonly used CBT techniques were social skills training, cognitive restructuring, behavioral activation, psychoeducation, and Socratic questioning—all aimed at reducing negative symptomatology in patients with schizophrenia. The findings demonstrate that psychotherapeutic intervention through specific CBT techniques is effective in the partial remission of negative symptoms, particularly those related to affective flattening, social isolation, social withdrawal, apathy, anhedonia, alogia, and avolition.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, schizophrenia, negative symptoms, psychological intervention.

Índice de contenido

Capítulo I. El Problema	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Problema científico	2
1.3. Línea de investigación.....	3
1.4. Objeto de estudio de la investigación	3
1.5. Campo de acción	3
1.6. Objetivo general.....	3
1.7. Objetivos específicos	3
1.8. Hipótesis o preguntas científicas.....	3
1.9. Justificación de la investigación.....	5
Capítulo II. El Marco Teórico	7
2.1 Fundamentación teórica.....	7
2.1.1. La esquizofrenia como trastorno clínico complejo	7
2.1.2. Los síntomas negativos de la esquizofrenia y su impacto funcional.....	9
2.1.3. Terapia Cognitivo-Conductual.....	12
2.1.4. Aplicación de la TCC en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia	14
Capítulo III: La Metodología	18
3.1. Tipo de investigación	18
3.2. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	19
3.3. Universo de estudio y resultado de búsqueda.....	26
3.4. Tratamiento de datos y representación gráfica.....	26
Capítulo IV: Resultados y la Propuesta	27
4.1. Propuesta.	36
4.1.1. Esquema de la propuesta.....	36
5. Conclusiones	48
6. Recomendaciones	49
7. Referencias bibliográficas.....	51
8. Anexos	57

Capítulo I. El Problema

1.1. Situación problemática

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más graves y discapacitantes, caracterizado por la presencia de síntomas positivos como alucinaciones y delirios, síntomas negativos como abulia, anhedonia, alogia, aplanamiento afectivo y retraimiento social, así como deterioro cognitivo (López Rodríguez et al., 2015), esta patología involucra variaciones significativas en la percepción, la cognición, las emociones y la conducta, y se asocia con dificultades para desarrollar actividades mentales cotidianas, generando un deterioro progresivo a largo plazo (Xu & Zhang, 2023). Aunque los avances farmacológicos han permitido un control más efectivo de los síntomas positivos, los síntomas negativos aun representan una fuerte barrera en el ámbito terapéutico, debido a su baja respuesta al tratamiento médico, a la disfuncionalidad y al impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que padecen de esquizofrenia (Wykes et al., 2007; Xu & Zhang, 2023).

A nivel global, cerca de 450 millones de personas padecen algún trastorno mental; de ellas, alrededor de 25 millones presentan esquizofrenia, lo que equivale al 1 % de la población mundial, con aproximadamente 2 millones de nuevos casos cada año (Ortiz Fernández y Cañizares Abril, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), se calcula que 1 de cada 300 personas en el mundo vive con este trastorno y que más del 60 % no accede a tratamiento especializado, así mismo, se manifiesta que la probabilidad de muerte prematura es de un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física asociados y al suicidio. Esta falta de atención adecuada, combinada con el estigma, conlleva exclusión social, aislamiento progresivo y un deterioro emocional profundo (Kukla et al., 2018).

Ante estas limitaciones de los pacientes con esquizofrenia, las intervenciones psicoterapéuticas emergen como alternativas necesarias y complementarias al tratamiento farmacológico. En particular, la Terapia Cognitivo Conductual a pesar de contar con limitada literatura, ha demostrado ser eficaz en el abordaje de los síntomas negativos, al centrarse en la reestructuración de pensamientos disfuncionales y la modificación de conductas desadaptativas (Muyambi et al., 2024; Granholm et al., 2022; Bighelli et al., 2024), no obstante, a pesar de los resultados alentadores reportados por diversos estudios, aún no se cuenta con una clasificación clara ni una sistematización rigurosa de las técnicas específicas de TCC más eficaces para abordar esta sintomatología (Xu y Xu, 2024).

Esta falta de consenso representa una barrera para su implementación clínica generalizada. Por tanto, se hace imprescindible revisar, analizar y sistematizar la literatura científica actual con el fin de proporcionar a los profesionales de la salud mental herramientas terapéuticas claras, eficaces y adaptables a las necesidades individuales de los pacientes con esquizofrenia

1.2. Problema científico

Los síntomas negativos como la anhedonia, la avolición, la asocialidad, aplanamiento afectivo y alogia, de pacientes que padecen de esquizofrenia están asociados directamente con un mal rendimiento funcional, una reducción de la actividad diaria y un menor funcionamiento psicosocial, y por ende con una menor calidad de vida (Morales et al., 2015; Cella et al., 2023), esto sumado a la escasa bibliografía que existe en torno a la efectividad de la TCC, como un tratamiento psicoterapéutico efectivo en esta área específica de esta patología, representan un desafío al personal dedicado a la salud mental (M. A. Khalid, 2022).

1.3. Línea de investigación

Línea 12; Salud y Bienestar por Ciclo de Vida.

Sub línea 7; Salud Mental y Neurociencia.

1.4. Objeto de estudio de la investigación

Síntomas negativos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

1.5. Campo de acción

Psicología clínica y psicoterapia.

1.6. Objetivo general

Describir las aplicaciones de la TCC, en la reducción de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia.

1.7. Objetivos específicos

1. Describir la esquizofrenia, los síntomas negativos y su impacto en la funcionalidad del paciente, según la literatura científica.
2. Identificar las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia.
3. Evidenciar los resultados psicoterapéuticos de la TCC en relación con la reducción de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

1.8. Hipótesis o preguntas científicas

La intervención psicoterapéutica mediante técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, son un tratamiento efectivo para la reducción de los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia.

Pregunta científica

En pacientes con esquizofrenia, (P) ¿De qué manera incide la TCC (I) como herramienta psicoterapéutica complementaria para la mejoría de los síntomas negativos (O)?

Variables

Tabla 1

Variables de investigación Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Independiente	La Terapia Cognitivo	Técnicas de la terapia Cognitivo
Terapia	Conductual se fundamenta	Conductual, aplicadas por
Cognitivo	en la modificación de	psicoterapeutas calificados, basadas
Conductual	patrones de pensamiento	en evidencia, cuyo propósito
como	distorsionados para	específico es reducir los síntomas
tratamiento	promover cambios	negativos de pacientes que padecen
psicoterapéutico.	conductuales positivos, integrando componentes cognitivos, afectivos y conductuales (Hofmann et al., 2012).	de esquizofrenia, mismas que serán implementadas de forma paralela a nivel individual y grupal (redes de apoyo), orientadas a modificar patrones cognitivos y conductuales asociados al aplanamiento afectivo, aislamiento social, retraimiento social, apatía, anhedonia, alogia y la avolición.
Dependiente	La sintomatología negativa en pacientes que padecen de	Los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia serán

Síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia.	esquizofrenia consiste en dos categorías: la asociada a la motivación y el placer, y la segunda enfocada a la expresividad emocional, y se engloban en cinco dominios: la Anhedonia, la Avolición, la Asocialidad, Aplanamiento afectivo y Alogia (Li et al., 2023).	evaluados mediante la presencia y severidad de cinco dominios principales: anhedonia, avolición, asocialidad, aplanamiento afectivo y alogia, utilizando la subescala de síntomas negativos de la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS), aplicada por un psicoterapeuta.
---	--	--

Nota: Elaboración propia.

1.9. Justificación de la investigación.

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta a más de 20 millones de personas a nivel mundial y se caracteriza por síntomas positivos y negativos, dentro de estos, los síntomas negativos como: la apatía, la avolición, el empobrecimiento del lenguaje y el retraimiento social, son especialmente discapacitantes y complejos de abordar terapéuticamente, estos síntomas se asocian con una disminución significativa en la funcionalidad, el bienestar subjetivo y la integración social, persistiendo incluso con el tratamiento farmacológico estándar (M. A. Khalid, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2022).

Frente a esta realidad, la Terapia Cognitivo Conductual se ha considerado como una intervención psicológica efectiva y estructurada que busca modificar patrones de pensamiento y conducta disfuncionales, esta herramienta terapéutica permite al paciente identificar creencias negativas, activar conductas adaptativas y desarrollar habilidades para enfrentar sus dificultades

cotidianas (Hofmann et al., 2012), diversas investigaciones han demostrado su eficacia no solo en la reducción de síntomas positivos, sino también en síntomas negativos, lo que la convierte en una herramienta valiosa en el abordaje integral de la esquizofrenia (Wykes et al., 2007).

Por otro lado, el rol del psicoterapeuta es crucial en el abordaje integral de la esquizofrenia pues no solo cumple un rol de puente entre el paciente, la familia y el equipo médico, sino que también guía al individuo en la comprensión y el control de su enfermedad, fomentando estrategias de afrontamiento frente al estrés y promoviendo un entorno terapéutico empático y sostenido, la implementación adecuada de la TCC puede mejorar la adherencia al tratamiento, fortalecer las habilidades sociales y facilitar la reinserción del paciente a su comunidad, contribuyendo a su bienestar general y su funcionalidad cotidiana (Keepers et al., 2020).

Según Wykes et al. (2008), la TCC aplicada a pacientes con esquizofrenia ha mostrado resultados alentadores en el tratamiento de síntomas negativos, estos hallazgos también se han vinculado con mejoras en el funcionamiento psicosocial, el estado de ánimo y la ansiedad social. Por su parte, Hofmann et al. (2012) subrayan que la TCC presenta una sólida base empírica en el tratamiento de múltiples trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia, al lograr mayor efectividad que otras intervenciones psicológicas o condiciones de control en diversos contextos clínicos.

En este sentido, el presente informe de investigación resulta relevante al buscar describir la documentación científica sobre la efectividad de la TCC, específicamente en síntomas negativos de la esquizofrenia, un campo de investigación aún en desarrollo, asimismo, permitirá identificar qué técnicas son más efectivas con el afán de promover intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia, que no solo atiendan los síntomas clínicos, sino que

también favorezcan la inclusión social, la autonomía funcional y el bienestar integral del paciente.

Capítulo II. El Marco Teórico

2.1 Fundamentación teórica

2.1.1. La esquizofrenia como trastorno clínico complejo

Esta patología está caracterizada por un fenotipo heterogéneo con la presencia de síntomas positivos como delirios, alucinaciones, comportamiento y habla desorganizados, y negativos como disminución del afecto, alogia, pérdida de motivación, asocialidad, que afecta las áreas conductual, afectiva, cognitiva y a la función psicomotora (Barlati et al., 2024; Hasan et al., 2020a; Kart et al., 2021a), provocados principalmente por alteraciones neurobiológicas, neuroquímicas y neuroanatómicas, sin embargo, la literatura actual revela que estos síntomas también son resultado de factores psicosociales y cognitivos (Shukla et al., 2021),

Por su parte, autores como Xu y Zhang (2023) en su estudio “Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con esquizofrenia”, plantean a este padecimiento como un síndrome clínico complejo con características multifactoriales, la esquizofrenia representa una de las enfermedades mentales cuyo espectro sintomatológico recae significativamente sobre la calidad de vida de quienes la padecen, constituyéndose como uno de los trastornos psiquiátricos que mayor desafío representan para la comunicad clínica, psiquiátrica y neurocientífica alrededor del mundo durante las últimas décadas (Ortíz Fernández y Cañizares Abril, 2021).

Por otro lado, se tiene que tomar en cuenta que la esquizofrenia al ser una patología crónica demanda de un tratamiento continuo de corte multidisciplinario, mismo que integra procesos farmacológicos, psicoterapéuticos e intervenciones de carácter social, los cuales

permiten sobrellevar de mejor manera los síntomas y la dinámica socio familiar del paciente (Can y Budak, 2024; Katsushima y Shimizu, 2024).

Investigaciones exhaustivas en pacientes con esquizofrenia, plantean que la disfuncionalidad social es uno de los principales síntomas de la enfermedad y una causa importante de discapacidad en los individuos que la padecen, convirtiéndose en una de las enfermedades mentales más graves, pues aproximadamente dos tercios de los nuevos casos de esquizofrenia se producen antes de los 45 años de edad (Hasan et al., 2020a), es decir, en adultos jóvenes de mediana edad, constituyendo esta patología como un problema sanitario y social de grandes dimensiones que afecta no sólo al paciente sino a su entorno familiar y social (Morales et al., 2015).

Es así que, las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan condiciones complejas tales como, el conocimiento insuficiente sobre la enfermedad, la falta de comprensión por sus redes de apoyo, los efectos secundarios de los medicamentos, ocasionando problemas en la adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico (Barlati et al., 2024; Can y Budak, 2024), por otra parte, debido a la alta demanda de profesionales de la salud mental, la falta de acceso a medicamentos por factores económicos, la deficiencia de sistemas sanitarios principalmente en países en vías de desarrollo, provocan que los pacientes con este trastorno suspendan los tratamientos o en el peor escenario no accedan a los mismos, en este sentido, se plantea la utilización de diversos métodos para mejorar la adherencia a la medicación en personas con diagnóstico de esquizofrenia, y uno de ellos es la Terapia Cognitivo Conductual (Berendsen et al., 2024; Organización Panamericana de la Salud, 2020).

2.1.2. Los síntomas negativos de la esquizofrenia y su impacto funcional

La literatura categoriza a la sintomatología negativa de este trastorno en dos categorías: la asociada a la motivación y el placer, y la segunda enfocada a la expresividad emocional. Estos síntomas engloban cinco dominios: la anhedonia, la avolición, la asocialidad, aplanamiento afectivo y alogia, es por ello, representa un aspecto significativo, que se relaciona directamente con una menor calidad de vida de los individuos (Li et al., 2023).

Por su parte, algunas investigaciones consideran a los síntomas negativos de la esquizofrenia como una disminución del funcionamiento mental normal, contribuyendo negativamente a sobrellevar esta condición de salud, pues están asociadas directamente con una reducción de la actividad diaria y un menor funcionamiento psicosocial, por lo tanto, es habitual que las personas que padecen de este trastorno sean víctimas de estigma, discriminación y violación de sus derechos (Morales et al., 2015; Cella et al., 2023; Organización Mundial de la Salud, 2022).

Así mismo, esta sintomatología se caracteriza por déficits o disminuciones del estado de ánimo, así como por alteraciones sociales y conductuales, por lo que se relaciona frecuentemente con una fuerte ansiedad y un importante deterioro de las esferas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y otras importantes esferas de la vida, (Organización Mundial de la Salud, 2022b) (Xu y Xu, 2024), por ende, estos síntomas de la esquizofrenia, afectan a la capacidad de seguir adecuadamente un tratamiento, dificultando los procesos de recuperación, por ello, su atención requiere estrategias psicoterapéuticas complementarias que aborden el control clínico, así como, la rehabilitación psicosocial (Li et al., 2023).

Por lo tanto, describir y comprender estos síntomas resulta clave para planificar intervenciones efectivas que permitan mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar la

funcionalidad de los pacientes, promoviendo el bienestar integral de las personas con esquizofrenia, es por ello que entre los principales síntomas negativos tenemos lo siguientes:

Aplanamiento afectivo.

Este síntoma también conocido como embotamiento afectivo, esta caracterizado por una reducción significativa en la expresión externa de las emociones, que se manifiesta en el rostro, la voz y los gestos del paciente, este síntoma se asocia con el deterioro en la comunicación emocional, limitando la capacidad del individuo para establecer relaciones interpersonales significativas (Li et al., 2023), su presencia impacta negativamente en la calidad de vida relacionada con la salud, dado que limita la percepción de bienestar emocional y funcionalidad social (Wykes et al., 2007).

Aislamiento social.

La literatura encontrada se refiere a este síntoma como a la reducción significativa de las interacciones sociales, el retraimiento de vínculos afectivos y la preferencia por la soledad, este síntoma está relacionado con la dimensión motivacional y se asocia a la anhedonia y la asocialidad, conlleva un deterioro funcional importante lo cual impacta en el desarrollo psicosocial del paciente, limitando la capacidad de establecer vínculos significativos y agrava el curso clínico del trastorno, la TCC interviene promoviendo habilidades sociales y reforzamiento de conductas proactivas (Guaiana et al., 2022; M. A. Khalid, 2022).

Retraimiento social.

En cuanto a esta deficiencia funcional, los autores manifiestan que se caracteriza por la escasa iniciativa para establecer o mantener relaciones interpersonales, aun cuando existan oportunidades, se manifiesta como evitación activa del contacto social y falta de interés en la interacción, suele estar vinculado a la asocialidad e impacta directamente en el funcionamiento

psicosocial del paciente, es parte del dominio afectivo-social del trastorno, y representa un obstáculo importante para la recuperación funcional (Bagney Lifante, 2017).

Apatía.

Este concepto está caracterizado por la disminución o ausencia de motivación, interés, iniciativa y respuesta emocional ante estímulos, lo que impacta negativamente en la funcionalidad y la participación en actividades dirigidas a objetivos, este síntoma, se asocia a una integración disfuncional de la recompensa y el esfuerzo durante la toma de decisiones, y representa uno de los principales desafíos terapéuticos en estos pacientes (Bagney Lifante, 2017).

Anhedonia.

Esta característica sintomatológica se ve marcado por la disminución de la capacidad para experimentar o anticipar emociones o placer ante actividades que normalmente serían gratificantes (Bagney Lifante, 2017), además investigaciones recientes la identifican como una característica central de la esquizofrenia, especialmente vinculada a la reducción del placer anticipatorio, es decir, la dificultad para experimentar placer ante la expectativa de eventos futuros (Presa García M et al., 2023).

Alogia

Este término, hace mención a la disminución notable en la fluidez y productividad del discurso, evidenciándose en respuestas lacónicas, vacías o con contenido empobrecido, este síntoma no implica solamente una pobreza en el habla espontánea, sino también dificultades cognitivas subyacentes que interfieren en la capacidad de organizar y expresar pensamientos, su presencia representa un obstáculo importante en el proceso psicoterapéutico, ya que puede limitar la participación activa del paciente en la terapia (Guaiana et al., 2022; Li et al., 2023; Wykes et al., 2007).

Avolición.

Se define como la disminución o ausencia de motivación para iniciar y mantener actividades dirigidas a un objetivo, afectando áreas clave como el autocuidado, el trabajo y las relaciones sociales, señalan que la avolición es uno de los síntomas negativos más incapacitantes, asociado a un deterioro funcional significativo en la vida diaria de los pacientes (Bagney Lifante, 2017).

2.1.3. Terapia Cognitivo-Conductual

El tratamiento farmacológico constituye una de las estrategias fundamentales en el manejo de la esquizofrenia, especialmente durante las fases agudas y en el control de síntomas positivos, la utilización de antipsicóticos de segunda generación, como la Cariprazina, han demostrado eficacia y superioridad en el tratamiento de síntomas positivos, frente a otros medicamentos como la Risperidona en la mejora de pacientes con esquizofrenia estable (Demyttenaere et al., 2022), no obstante, estudios como el de García-Fernández et al. (2022) subrayan que los síntomas negativos, como avolición, anhedonia y asocialidad, presentan una respuesta limitada al tratamiento farmacológico y afectan significativamente la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, incluso desde el primer episodio psicótico.

Por consiguiente, los hallazgos de la literatura respaldan la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas complementarias, como la Terapia Cognitivo Conductual, para abordar de manera integral la sintomatología negativa resistente al abordaje farmacológico (Morales et al., 2015), pues los tratamientos han evolucionado de un modelo centrado únicamente en la hospitalización, a un modelo con un enfoque integrador, en el que las redes de apoyo, tanto la familia, como las comunidades en las que el paciente se desenvuelve juegan un papel importante

en la recuperación del mismo, considerando que el manejo de la patología tiene que ser mediante un equipo multidisciplinario (Kukla et al., 2018; Sun et al., 2023).

En la literatura, encontrada se plantea a la TCC como un sistema en el que el comportamiento y los sentimientos están determinados principalmente por el sistema de creencias y el pensamiento del individuo, por lo tanto, de manera general el modelo básico postula que las estrategias terapéuticas para modificar estas cogniciones desadaptativas conducen a cambios en el malestar emocional y las conductas problemáticas (Hofmann et al., 2012; Shukla et al., 2021).

Por ende, la Terapia Cognitivo-Conductual es básicamente una terapia centrada en la resolución de problemas, su objetivo es modificar los patrones de pensamiento de los pacientes para activar un cambio positivo en su comportamiento (Khalid, 2022), por ende, es una intervención psicológica que busca cambiar la forma en que una persona interpreta y evalúa sus experiencias, ayudándola a identificar y vincular los sentimientos y patrones de pensamiento que subyacen al malestar (Guaiana et al., 2022), es por ello que se ha establecido a la TCC como una herramienta psicoterapéutica que se destaca en el tratamiento de la esquizofrenia, gracias a que las técnicas de intervención utilizadas han demostrado eficacia en el tratamiento de síntomas negativos (Ortíz Fernández y Cañizares Abril, 2021).

La Terapia Cognitivo Conductual se fundamenta en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados para promover cambios conductuales funcionales, integrando componentes cognitivos, afectivos y conductuales, su base teórica, derivada de las teorías de Aaron T. Beck y Ellis (Hofmann et al., 2012), ha evolucionado hacia aplicaciones clínicas cada vez más específicas, como en el caso de la esquizofrenia (Wykes et al., 2007), la evidencia actual respalda su efectividad en el abordaje de síntomas negativos, lo que refuerza su valor como

intervención complementaria dentro de un enfoque psicoterapéutico integral y basado en evidencia (Correll y Schooler, 2020).

2.1.4. Aplicación de la TCC en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia

La TCC aborda áreas cognitivas con características negativas tales como: percepciones y conceptos de la realidad y su entorno, creencias, pensamientos automáticos, denominadas distorsiones cognitivas, la TCC no solo intenta cambiar la situación actual, sino que se centra en el cambio de comportamiento a largo plazo (Ortíz Fernández y Cañizares Abril, 2021), inicialmente, produce una modificación en la percepción o esquemas cognitivos, que sienta las bases para una transformación conductual observable, por lo tanto, capacita a los pacientes para modificar sus patrones de pensamiento y les permite tomar las medidas necesarias para lograr un ajuste en sus vidas (Khalid, 2022).

Los síntomas negativos y el deterioro cognitivo en la esquizofrenia reducen significativamente el funcionamiento social del paciente, afectando su recuperación y calidad de vida, aunque los antipsicóticos son eficaces frente a los síntomas positivos, no resultan efectivos para tratar los síntomas negativos y pueden incluso empeorar la función cognitiva, por ello, es esencial implementar intervenciones específicas que aborden estos síntomas de forma directa (Xu y Xu, 2024), por ende, las intervenciones cognitivo-conductuales para estos síntomas tienen como objetivo modificar las creencias irrazonables que tienen un impacto significativo en los síntomas, principalmente concepciones como: creencias negativas sobre la pertenencia social y el rendimiento, juicios erróneos sobre la propia capacidad, bajas expectativas de felicidad y éxito, y creencias negativas activadas por síntomas positivos (Kukla et al., 2018; Xu y Xu, 2024).

Bajo esta perspectiva, algunos sistemas sanitarios como el de Reino Unido y Holanda, han propuesto que la TCC pueda ser considerada como psicoterapia rutinaria para el tratamiento de síntomas positivos y negativos en esquizofrenia (Berendsen et al., 2024; M. A. Khalid, 2022), propuesta que ha sido limitada debido a que la base científica en cuanto a su eficacia aún sigue siendo controvertida y no concluyente (Bighelli et al., 2024).

Por consiguiente, la literatura propone que el tratamiento de la esquizofrenia, sea un complemento entre medicación antipsicótica y Terapia Cognitivo Conductual, según Hasan et al. (2020), si este proceso terapéutico da inicio mientras el paciente está hospitalizado, debe continuar de forma ambulatoria tras el alta, en esta línea, se propone que la duración del tratamiento debe ser de 16 sesiones, y en casos con objetivos terapéuticos más complejos, se deben ofrecer 25 sesiones; en estudios recientes la TCC se ha utilizado para síntomas positivos, síntomas negativos, funcionalidad general, etapa prodrómica, individuos con riesgo de desarrollar psicosis y para trastornos psiquiátricos comórbidos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumática (Kart et al., 2021b).

La Terapia Cognitivo-Conductual representa una alternativa psicoterapéutica relevante para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia, si bien su efectividad ha sido respaldada por estudios recientes y recomendaciones clínicas, la calidad metodológica de la evidencia aún presenta limitaciones, no obstante, su aplicación estructurada, especialmente combinada con tratamiento farmacológico, ha mostrado beneficios funcionales que justifican su incorporación dentro de un enfoque integral, ajustado a las necesidades específicas de los pacientes y centrado en su rehabilitación psicosocial (Berendsen et al., 2024).

Consecuentemente, algunos estudios plantean que la TCC en combinación con otras herramientas terapéuticas como la terapia de grupo puede aumentar significativamente la

participación del paciente y tener efectos terapéuticos positivos en el manejo del trastorno (Correll y Schooler, 2020), bajo esta misma perspectiva, numerosos ensayos controlados aleatorizados han demostrado que la combinación de la TCC con tratamientos estándar como la medicación, puede reducir síntomas psiquiátricos como la depresión y los síntomas negativos (Guaiana et al., 2022; Turkington et al., 2004), lo que ha motivado a varios investigadores a integrarla con el entrenamiento en habilidades sociales cognitivo-conductuales, una técnica integral de intervención psicológica que combina la TCC y técnicas de resolución de problemas para mejorar los síntomas negativos y el deterioro funcional en pacientes con esquizofrenia (Turkington et al., 2004).

Técnicas de la TCC Usadas.

Reestructuración Cognitiva.

Es una técnica fundamental de la TCC que consiste en identificar, cuestionar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales o distorsionados, presentes en pacientes con esquizofrenia, esta se orienta a reducir creencias negativas y autolimitantes, promoviendo interpretaciones más adaptativas de la realidad, en el caso de los síntomas negativos, como la apatía o la baja autoestima, se busca transformar esquemas cognitivos relacionados con la inutilidad personal o la desesperanza (Kart et al., 2021), su aplicación ha demostrado beneficios en la disminución de estos síntomas y en la mejora del funcionamiento psicosocial (Bighelli et al., 2024).

Activación Conductual

Esta técnica de intervención psicoterapéutica implica la planificación estructurada y progresiva de actividades que permitan al paciente retomar comportamientos gratificantes o funcionales, los cuales han sido abandonados por falta de motivación o interés. En esquizofrenia,

esta técnica es útil frente a síntomas negativos como la anhedonia o la avolición, fomentando la conexión entre acción y refuerzo positivo, mediante registros conductuales y agenda de actividades, se busca romper el círculo de inactividad, aislamiento y disminución del placer (Barlatti et al., 2024).

Psicoeducación

Esta herramienta dentro de la TCC, es una estrategia estructurada que proporciona información clara y comprensible sobre la esquizofrenia, sus síntomas, curso clínico, tratamiento y recursos disponibles, en pacientes con síntomas negativos, mejora la conciencia de enfermedad, fomenta la adherencia terapéutica y promueve la autonomía en el manejo del trastorno, esta técnica puede aplicarse de forma individual, grupal o familiar, y se considera una intervención de primera línea para la prevención de recaídas (Hasan et al., 2020a).

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Este ejercicio en psicoterapia, es una intervención estructurada que enseña y refuerza habilidades comunicativas, asertivas y de resolución de problemas interpersonales, esenciales para la interacción social, está especialmente indicado en síntomas negativos como el retraimiento social y la alogia, facilitando la participación en contextos comunitarios y familiares (Barlatti et al., 2024).

Cuestionamiento Socrático

En cuanto a este procedimiento, la literatura lo establece como una técnica dialógica empleada en la TCC que utiliza preguntas estratégicas y abiertas para explorar, examinar y reestructurar las creencias disfuncionales del paciente, en el contexto de la esquizofrenia, se aplica con sensibilidad para abordar ideas rígidas o distorsionadas relacionadas con la autoeficacia, el valor personal o la interacción social, esta técnica promueve la reflexión en el

paciente, fomenta el insight y puede reducir la intensidad de síntomas negativos como la apatía o el aislamiento (Kart et al., 2021).

Capítulo III: La Metodología

3.1. Tipo de investigación

Este informe corresponde a una revisión sistemática-descriptiva (Hernández Sampieri et al., 2014); mediante la selección metodológicamente rigurosa, se pretende describir la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en la reducción de los síntomas negativos de la esquizofrenia. En el estudio se integra artículos indexados en bases de datos de alto impacto y revistas con Quartil 1, 2 y 3, priorizando ensayos controlados, revisiones sistemáticas y narrativas publicadas en la última década. La estrategia de búsqueda, selección y síntesis siguió los lineamientos de herramientas metodológicas como PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), (Urrutia y Bonfill, 2010), además de herramientas de evaluación de calidad como AMSTAR 2 (A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews), (Shea et al., 2017) para las revisiones sistemáticas y narrativas y las guías CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) para los ECAS (Cabello, 2022), por consiguiente, se aspira brindar consideraciones relevantes para la práctica clínica en psicoterapia y optimizar los resultados de las intervenciones en esta población.

Criterios de inclusión.

- A) Estudios que se enfoquen en la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- B) Estudios cuya metodología se basa en ensayos clínicos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas o narrativas, en bases de datos con alto grado de confiabilidad.
- C) Estudios publicados entre el año 2015 y 2025.

D) Estudios con acceso libre al texto completo, en cualquier idioma.

Criterios de exclusión.

A) Investigaciones que consideren la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento los síntomas globales de la esquizofrenia.

B) Estudios cuya metodología se base en caso único, estudios no experimentales, reportes y libros.

C) Estudios cuya publicación no esté en el rango seleccionado.

D) Artículos de acceso restringido.

3.2. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

Para el desarrollo del presente estudio, se determinó la búsqueda documental en las bases de datos científicas especializadas como: Scopus, PubMed, APA PsycNET y Cochrane Library, priorizando el uso de palabras clave: esquizofrenia, síntomas negativos y Terapia Cognitivo Conductual; posteriormente se continuó, con la generación de la estrategia de la búsqueda, para ello, se emplearon descriptores controlados MeSH y Thesaurus y operadores booleanos como: (“Cognitive Behavioral Therapy” OR “CBT”) AND (“negative symptoms” OR “negative syndrome”) AND (“schizophrenia”) AND ("systematic review" OR "randomized controlled trial") ("treatment" OR "effectiveness"), dependiendo de las características de cada una de las bases de datos seleccionadas, como se detalla en la Tabla 2, este proceso de exploración documental se llevó a cabo entre diciembre de 2024 y mayo de 2025.

Tabla 2.*Estrategia de búsqueda en bases de datos.*

Base de Datos	Estrategia de Búsqueda	Resultados Obtenidos
Scopus	("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT") AND ("negative symptoms" OR "negative syndrome") AND ("schizophrenia") AND ("systematic review" OR "randomized controlled trial")	350
PubMed	("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT") AND ("negative symptoms" OR "negative syndrome") AND ("schizophrenia")	80
APA PsycNET	("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT") AND ("negative symptoms" OR "negative syndrome") AND ("treatment" OR "effectiveness")	30
Cochrane Library	("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT") AND ("negative symptoms" OR "negative syndrome") AND ("schizophrenia")	40

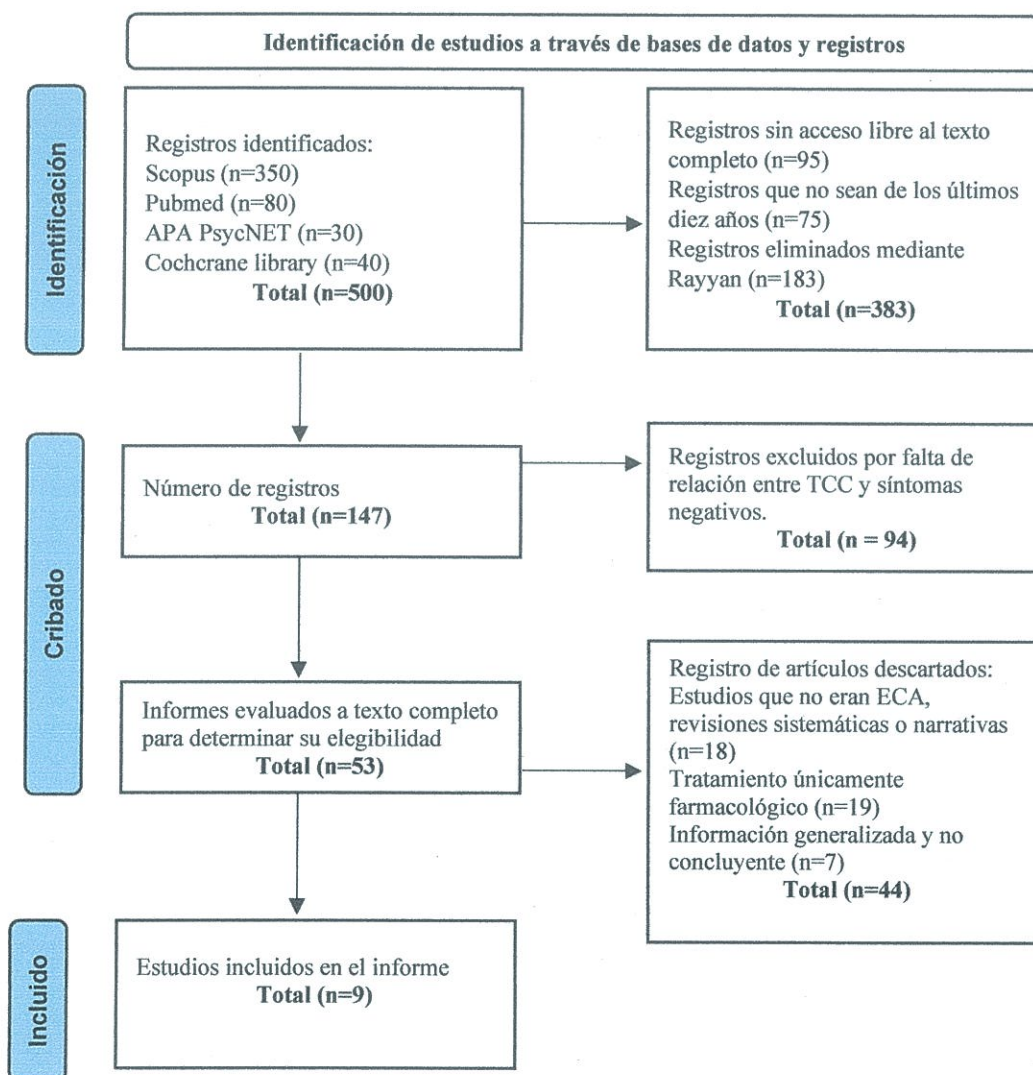
Nota: Elaboración propia.

Adicionalmente, se incorporaron documentos clave como: artículos, manuales y guías clínicas, provenientes de organismos reconocidos como: la OMS, OPS, APA y MSP, los cuales aportaron sustento teórico y contextual para la elaboración de la problemática y la construcción del marco conceptual de la investigación, esta estrategia robusta favoreció una revisión exhaustiva y fundamentada.

Para garantizar la confiabilidad de la investigación, se utilizó como fundamento metodológico los lineamientos de la declaración PRISMA, misma que busca mejorar la calidad, transparencia y rigor en la elaboración y presentación de revisiones sistemáticas y metaanálisis,

mediante una guía estructurada de varios ítems y un diagrama de flujo, que orientó a esta investigación a reportar adecuadamente cada fase del proceso: desde la búsqueda, selección y evaluación de los estudios, hasta la síntesis y presentación de los resultados (Urrutia y Bonfill, 2010), tal como se demuestra en la Figura 1, de forma complementaria, se empleó la herramienta digital Rayyan (Ouzzani et al., 2016), diseñada específicamente para facilitar el proceso de cribado, organización y análisis colaborativo de estudios.

Figura 1. Diagrama de flujo declaración PRISMA



Nota: Elaboración propia.

En consecuencia y siguiendo las directrices de la declaración PRISMA, como se muestra en la Figura 1, el proceso de identificación, cribado e inclusión de estudios, se desarrolló de la siguiente manera, inicialmente se identificaron 500 registros provenientes de las bases de datos Scopus, PubMed, Cochrane Library y APA PsycNET, mediante la herramienta Rayyan, se procedió a descartar 183 artículos duplicados en las bases de datos, posterior a la aplicación de filtros que correspondían a los criterios de exclusión como: falta de acceso al texto completo se obviaron 95 artículos y por antigüedad mayor a diez años 75 artículos, conservando 147 registros, de manera consecutiva se excluyeron 94 documentos, por no abordar la relación entre Terapia Cognitivo Conductual y síntomas negativos de la esquizofrenia revisando título y resumen, de los 53 documentos restantes, 44 fueron descartados por no cumplir con criterios metodológicos o por centrarse exclusivamente en tratamientos farmacológicos, resultando en un total de 9 estudios incluidos en el informe final.

Para garantizar la calidad metodológica de los estudios incluidos en el informe, se aplicaron dos herramientas, en primer lugar, se utilizó la versión revisada por Shea et al. (2017), de AMSTAR 2 como se muestra en la Tabla 3, orientada a valorar la calidad de revisiones sistemáticas, permitiendo evaluar el rigor metodológico con base en 16 criterios relacionados con la formulación de la pregunta científica, el protocolo de revisión, la exhaustividad en la búsqueda, la doble revisión, el análisis de sesgo de publicación y la transparencia en la exclusión de estudios; como resultado de esta evaluación metodológica, se obtuvieron: 2 investigaciones con calidad alta, 2 investigaciones con calidad moderada y 2 investigaciones con calidad baja.

Complementariamente se emplearon las directrices de la guía CASPe, como se describe en la Tabla 4, adaptada por Cabello (2022), encaminada a brindar un conjunto de herramientas estructuradas que permitan valorar de forma crítica la validez, relevancia y aplicabilidad de la

evidencia científica disponible en distintas investigaciones, en este caso, a facilitar la lectura comprensiva de los ensayos clínicos aleatorizados utilizados en este estudio, lo que permitió, determinar si los resultados de los estudios utilizados son: 1) Fiables desde el punto de vista metodológico; 2) Relevantes para la pregunta científica; y 3) Aplicables al contexto profesional o clínico, en este sentido, se obtuvo una calificación alta en los 3 estudios incluidos en el presente informe de investigación, lo que sugiere un rigor metodológico sólido.

Tabla 3

Evaluación de revisiones sistemáticas con AMSTAR 2.

Artículo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Calidad Amstar 2
Morales (2015)	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	Baja
Correll (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Alta
Galderisi (2021)	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Parcial	Sí	Sí	Parcial	Parcial	No	No	Sí	Moderada
Kart (2021)	No	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Parcial	No	No	No	Baja
Xu y Xu (2024).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Moderada
Bighelli (2024)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta

Nota: Elaboración propia.

Tabla 4

Evaluación de ensayos clínicos aleatorizados con CASPe.

Artículo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total Errores en preguntas	Puntaje	Calidad	
											“Sí” críticas (P1, P2, P4, P5)	CASPe	CASPe	
Granhof(2022)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	Ninguno	10/10	Alta
Khakbaz(2023)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	Ninguno	9/10	Alta
Muyambi(2024)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Parcial	Sí	8	Ninguno	8/10	Alta

Nota: Elaboración propia.

3.3. Universo de estudio y resultado de búsqueda.

Dado que esta investigación es de carácter documental, el universo estuvo constituido por artículos científicos publicados entre 2015 y 2025, que evaluaron la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, en sintomatología negativa de pacientes con esquizofrenia, de un total inicial de 500 registros, tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados 9 estudios para el análisis cualitativo final.

3.4. Tratamiento de datos y representación gráfica

En la tabla 5, se sistematizó el proceso de selección de estudios incluidos en el presente informe en el cual constan las distintas fases y las respectivas bases de datos en las que se realizó el proceso de búsqueda.

Tabla 5

Filtrado de estudios seleccionados.

Etapa/ Base de datos.	Scopus	PubMed,	APA	Cochrane	Total
			PsycNET	Library	
Registros iniciales	350	80	40	30	500
Registros sin acceso libre al texto completo	48	22	15	10	95
Registros que no sean de los últimos diez años	38	14	10	13	75
Registros eliminados mediante Rayyan	102	33	28	20	183

Registros excluidos por falta de relación entre TCC y síntomas negativos.	45	22	15	12	94
Registro de artículos descartados.	28	8	5	3	44
Estudios incluidos en el informe.	4	3	1	1	9

Nota: Elaboración propia.

Capítulo IV: Resultados y la Propuesta

Resultados

En función del análisis de la documentación incluida, se elaboró la siguiente tabla, que permite identificar de manera detallada, las características de los estudios seleccionados para este informe de investigación.

Tabla 6

Sistematización de estudios incluidos.

Referencia, País y Cuartil	Metodología, muestra y población.	Síntomas negativos de la esquizofrenia	Técnica de la TCC	Resultados
Morales	* Revisión	* Aplanamiento	* Psicoeducación	* Psicoeducación
Vigil et al., 2015	narrativa de la literatura	afectivo.	familiar.	familiar y
México	científica.	* Aislamiento social.	* Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Entrenamiento en habilidades sociales:
Q3	* Análisis de 37 trabajos empíricos (8 metaanálisis), 18 evaluaron	* Disminución de la motivación. * Anhedonia.	* TCC orientada a la recuperación.	mejoró la comprensión del trastorno, redujo el aislamiento social,

	síntomas negativos.			mejora el funcionamiento interpersonal. * TCC orientada a la recuperación, reduce síntomas como la avolición, anhedonia y apatía.
Correll et al., 2020	* Revisión narrativa basada en evidencia.	* Aplanamiento afectivo. * Anhedonia. * Apatía. * Alogia. * Avolición. * Reducción en la motivación.	* Reestructuración cognitiva. * Activación conductual y programación de actividades. * Entrenamiento en habilidades sociales. * Intervenciones motivacionales. * Integración con estrategias de enfrentamiento y manejo de metas personales.	* La activación conductual y el entrenamiento en habilidades sociales, mostraron resultados leves en la reducción de la apatía, la motivación y la funcionalidad social.
Estados Unidos y Alemania Q1	* 7229 resultados iniciales.			
Galderisi et al., 2021	* Revisión narrativa de la literatura científica.	* Falta de motivación. * Anhedonia. * Aplanamiento afectivo.	* Activación conductual. * Reestructuración cognitiva (g = 0.30 post-tratamiento; g =	* La reestructuración cognitiva y la activación conductual, tiene un

	* 39 Metaanálisis y revisiones.	* Alogia. * Déficit en la interacción social.	0.36 en seguimiento). * Tareas de afrontamiento y solución de problemas. * Entrenamiento en habilidades sociales (SMD 0.44, IC 0.10–0.77).	efecto significativo en abulia, apatía, la anhedonia, pero no, en la alogia ni el aplanamiento afectivo. * Existen mejoras en su motivación, participación social y capacidad para experimentar placer.
Kart A, et al., 2021	* Revisión narrativa.	* Apatía o disminución de la motivación.	* Reestructuración cognitiva.	* La reestructuración
Turquía Q3	* No se reporta un conteo de artículos revisados, ya que la metodología no sigue un protocolo de revisión sistemática, sino una exploración cualitativa de la literatura disponible. * SMD ≈ 0.44.	* Anhedonia. * Aislamiento social. * Disminución de la expresión emocional. * Alogia. * Baja implicación en actividades cotidianas y sociales.	* Activación conductual. * Registro de actividades. * Tareas escalonadas. * Entrenamiento en habilidades sociales.	cognitiva disminuyó síntomas negativos como la apatía, la anhedonia y el aislamiento social. * La activación conductual y el entrenamiento en habilidades sociales, promueven participación activa en actividades cotidianas, expresión emocional y

				muestran mejoras en la motivación.
Xu F, Xu S., 2024	* Revisión narrativa de la literatura científica.	* Embotamiento afectivo,	* Evaluación y reestructuración cognitiva,	* La reestructuración cognitiva disminuyó
China		* Anhedonia,		
Q3	* 10 estudios controlados aleatorizados en el análisis final, con un total de 1366 participantes divididos entre, el grupo de intervención y el grupo control.	* Pobreza del habla,	* Cuestionamiento socrático y desafiar creencias delirantes.	síntomas negativos, enfocados a las creencias disfuncionales y expectativas negativas sobre la vida social y el rendimiento personal.
	* WMD = -1.19; IC 95% [-1.73, -0.66]; p < .0001.	* Retraimiento social.	* Entrenamiento en afrontamiento de síntomas.	* Se redujeron significativamente los síntomas negativos, mejoraron la cognición, el funcionamiento diario y la experiencia emocional.
Bighelli I, et al., 2024	* Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados.	* Apatía.	* Reestructuración cognitiva.	* La TCC redujo significativamente
Reino Unido y Australia,		* Anhedonia.		
Q1	* 4 estudios con	* Retraimiento social.	* Cuestionamiento socrático y cambio de creencias	síntomas negativos como: apatía, falta de motivación,

	un total de 300 participantes. * MD = -4.06 (IC 95 %: -7.50 a -0.62), n = 34.	disfuncionales. * Técnica de exposición, enfrentamiento de síntomas. * Psicoeducación y estrategias de enfrentamiento. * Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas como parte de la TCC.	retraimiento social y dificultades para experimentar placer.	
Granholm et al., 2022	* Ensayo clínico aleatorizado y controlado. * 55 participantes adultos (entre 18 y 65 años) diagnosticados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, todos con síntomas negativos moderados a severos.	* Disminución de la motivación. * Disminución de la expresión emocional.	* Reestructuración cognitiva. * Activación conductual. * Entrenamiento en habilidades sociales. * Resolución de problemas. * Estrategias compensatorias de memoria y atención. * Técnicas de entrevista motivacional.	* Se redujeron síntomas como la apatía, el retraimiento social y la anhedonia. * Se reportó mayor motivación y participación en actividades, así como una percepción más positiva de sus capacidades.

* (p = .049; r =
-0.22, efecto
pequeño-
moderado).

Khakbaz et al., 2023	* Ensayo clínico controlado aleatorizado.	* Avolición. * Anhedonia. * Aplanamiento afectivo. * Alogia. * Asocialidad.	* Reestructuración cognitiva. * Activación conductual. * Tareas conductuales específicas. * Establecimiento de objetivos personales. * Psicoeducación.	* Los pacientes que recibieron TCC experimentaron una reducción significativa de la avolición, anhedonia y aplanamiento afectivo, en comparación con el grupo control.
Iran Q1	* La muestra incluyó 64 pacientes con esquizofrenia. * (d: 1.6 - 3.2)			
Muyambi et al., 2024	* Ensayo clínico aleatorizado y controlado.	* Aplanamiento afectivo. * Anhedonia. * Avolición. * Alogia. * Asocialidad.	* Reestructuración cognitiva. * Activación conductual. * Entrenamiento en habilidades sociales. * Psicoeducación. * Técnicas de solución de problemas.	* La activación conductual, tiene efectos positivos en la reducción de síntomas negativos, en la apatía, el retraimiento social y la anhedonia.
Australia Q1	* 60 individuos con síntomas negativos de leves a moderados de esquizofrenia.			

Nota: Elaborado propia.

Para Morales Vigil et al. (2015), en su revisión narrativa realizada en México, se analizaron 37 estudios empíricos sobre la Terapia Cognitivo Conductual en esquizofrenia, de los

cuales 18 abordaron síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento social, anhedonia y disminución de la motivación, entre las técnicas aplicadas se incluyeron psicoeducación familiar, entrenamiento en habilidades sociales y TCC orientada a la recuperación. Los hallazgos destacaron mejoras significativas en el funcionamiento interpersonal y la comprensión del trastorno, así como una reducción en la apatía, anhedonia y avolición.

Correll et al. (2020), en un estudio conjunto entre Estados Unidos y Alemania, realizaron una revisión narrativa de 7229 resultados iniciales centrada en documentación científica para el tratamiento de síntomas negativos, en esta investigación los principales síntomas abordados fueron apatía, avolición, alogia y anhedonia, las intervenciones se centraron en la utilización de la activación conductual, programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento. Se reportaron mejoras leves en la motivación, la participación social y la funcionalidad general.

En el estudio de Galderisi et al. (2021), que comprende una revisión narrativa basada en evidencia realizada en Italia, con 39 revisiones y metaanálisis, se examinaron síntomas como alogia, anhedonia, avolición, y aplanamiento afectivo, para esta sintomatología se aplicaron técnicas psicoterapéuticas como reestructuración cognitiva, activación conductual, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales, la evidencia mostró efectos positivos en la reducción de la apatía, la anhedonia y la abulia, con menor impacto sobre alogia y aplanamiento afectivo.

Kart et al. (2021) en Turquía, realizaron una revisión narrativa exploratoria sobre intervenciones de TCC en esquizofrenia, aunque no se reportó una cantidad específica de estudios revisados, se analizaron síntomas como apatía, alogia, aislamiento social, anhedonia y disminución de la expresión emocional, entre los hallazgos obtenidos se destaca que las técnicas

aplicadas incluyeron reestructuración cognitiva, activación conductual, registro de actividades y habilidades sociales, en este sentido se reportaron mejoras en la motivación, la participación social y la expresión emocional de los pacientes.

En la investigación desarrollada por Xu y Xu (2024), se utilizó como metodología la revisión narrativa, y se emplearon diez estudios controlados aleatorizados con un total de 1366 participantes, enfocándose en síntomas como embotamiento afectivo, pobreza del habla, anhedonia y retraimiento social, en el estudio se aplicaron técnicas como reestructuración cognitiva, cuestionamiento socrático, afrontamiento de síntomas y autorregulación emocional, como principales resultados se identificó una reducción significativa de los síntomas negativos, junto con mejoras en la cognición, la funcionalidad diaria y la experiencia emocional.

Por su parte, Bighelli et al. (2024), desarrollaron una revisión sistemática en Reino Unido y Australia que incluyó 4 ensayos clínicos aleatorizados con 300 participantes, centrada en evaluar la eficacia de la TCC sin medicación antipsicótica, en la misma se abordaron síntomas como apatía, anhedonia y retraimiento social, empleando técnicas como reestructuración cognitiva, cuestionamiento socrático, estrategias de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron una disminución significativa en los síntomas negativos y mejoras en la motivación y el placer experimentado por los pacientes.

Granholm et al. (2022), en Estados Unidos, desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado con 55 adultos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, enfocándose en síntomas negativos moderados a severos, en el estudio se aplicaron como estrategias psicoterapéuticas la reestructuración cognitiva, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas motivacionales, destacándose entre los resultados una reducción de la apatía y el

retraimiento social, así como un aumento en la motivación, participación en actividades y percepción positiva de las capacidades personales.

En la investigación de Khakbaz et al. (2023), desarrollada en Irán, implementaron un ensayo clínico controlado aleatorizado con 64 pacientes, en el cual incluyeron como técnica psicoterapéutica la reestructuración cognitiva, la activación conductual, tareas conductuales específicas y psicoeducación para tratar síntomas como avolición, anhedonia, alogia y aplanamiento afectivo, resaltando como resultados principales la reducción significativa de esta sintomatología negativa en comparación con el grupo control.

Finalmente en el ensayo clínico aleatorizado realizado en Australia, por Muyambi et al. (2024), en 60 pacientes con síntomas negativos de leves a moderados, se utilizó como herramienta terapéutica la reestructuración cognitiva, la activación conductual, la psicoeducación y la resolución de problemas, abordando síntomas como avolición, alogia, anhedonia y asocialidad, entre los efectos positivos de esta intervención se observaron la reducción de la apatía, el retraimiento social y la anhedonia, con mejoras en la funcionalidad y la calidad de vida.

En función de los estudios revisados se observó que, la reestructuración cognitiva se encuentra en el conjunto de técnicas de Terapia Cognitivo Conductual, que han demostrado resultados positivos en la reducción de los síntomas negativos de la esquizofrenia, pues ha sido aplicada en ocho de los nueve estudios, contribuyendo a modificar creencias disfuncionales, promoviendo mejoras en la motivación, el retraimiento social y la anhedonia (Bighelli et al., 2024; Correll et al., 2020; Galderisi et al., 2021; Granholm et al., 2022; Kart et al., 2021; Khakbaz et al., 2023; Muyambi et al., 2024; Xu & Xu, 2024).

Por su parte la activación conductual, se ubica en un segundo lugar pues fue implementada en seis estudios de los 9 seleccionados en este informe, favoreciendo

principalmente la participación en actividades significativas, lo cual se asoció con una disminución de la apatía y la avolición (Correll et al., 2020; Galderisi et al., 2021; Granholm et al., 2022; Kart et al., 2021; Khakbaz et al., 2023; Muyambi et al., 2024).

Asimismo, el entrenamiento en habilidades sociales fue implementado en la mayoría de los estudios incidiendo positivamente en la funcionalidad interpersonal, reduciendo el aislamiento y mejorando la integración comunitaria (Morales Vigil et al., 2015; Bighelli et al., 2024; Xu & Xu, 2024; Kart et al., 2021; Granholm et al., 2022; Khakbaz et al., 2023), mientras que la psicoeducación estuvo presente en cuatro estudios permitiendo fortalecer la comprensión del trastorno y la adherencia al tratamiento, aspectos clave para el afrontamiento de los síntomas negativos de ellos (Morales Vigil et al., 2015; Bighelli et al., 2024; Muyambi et al., 2024; Khakbaz et al., 2023).

En conjunto, estas técnicas mostraron una incidencia positiva en síntomas como la apatía, la anhedonia, la avolición, el retraimiento social y el aplanamiento afectivo, aunque su impacto fue menor en síntomas más resistentes como la alogia, por ende, la evidencia respalda la utilidad de la TCC, como una estrategia psicoterapéutica eficaz para el abordaje de los síntomas negativos en la esquizofrenia (Bighelli et al., 2024; Correll et al., 2020; Galderisi et al., 2021; Granholm et al., 2022; Kart et al., 2021; Khakbaz et al., 2023; Morales Vigil et al., 2015; Muyambi et al., 2024; Xu & Xu, 2024).

4.1. Propuesta.

4.1.1. Esquema de la propuesta

En función de los resultados obtenidos de la revisión sistemática, se plantea la necesidad de realizar abordajes psicoterapéuticos basados en la TCC para pacientes con síntomas negativos de esquizofrenia, su familia y cuidadores, ya que la evidencia indica que se pueden obtener

mejores resultados en la remisión de síntomas cuando hay integración del apoyo de las personas significativas para el paciente. Se pretende a través de un programa de psicoeducación intervenir en las familias y cuidadores para que comprendan de manera fundamentada la sintomatología de la esquizofrenia y brinden un apoyo de mayor efectividad. Y con los pacientes intervenir psicoterapéuticamente con las técnicas de la TCC que han mostrado eficacia en los resultados.

Este modelo de intervención responde a la necesidad de fortalecer la funcionalidad psicosocial del paciente con esquizofrenia, promover una adecuada adherencia al tratamiento, y por ende contribuir a mejorar la calidad de vida, esta iniciativa busca responder a la necesidad de intervenciones adaptadas al contexto ecuatoriano, considerando las limitaciones del sistema de salud.

Componentes clave del programa:

a) Intervención al paciente:

- Evaluación inicial del paciente (historia clínica, síntomas negativos, funcionalidad social).
- Establecimiento de objetivos terapéuticos individuales.
- Aplicación Programa de Intervención TCC, en síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Seguimiento y evaluación periódica de avances (instrumentos como PANSS, SANS).

b) Intervención familiar.

- Aplicación de cuestionario semiestructurado Ad hoc., de conocimientos sobre esquizofrenia y síntomas negativos (10 ítems), y del Cuestionario de Opiniones acerca de la Enfermedad Mental OMI, (Opinions about Mental Illness Scale).
- Establecimiento de objetivos con familiares/Cuidadores.

- Aplicación de programa de psicoeducación sobre esquizofrenia.
- Seguimiento y evaluación mediante el Cuestionario de Opiniones acerca de la Enfermedad Mental.

Estructura del programa de intervención.

Nombre: Programa de Intervención mediante Terapia Cognitivo Conductual, en síntomas negativos de la esquizofrenia enfocado a pacientes y familia/cuidadores.

Duración - pacientes: 20 semanas (modelo adaptable entre 16 y 25 semanas).

Duración - familia: 6 semanas.

Formato: Individual y familiar.

Frecuencia: 1 sesión semanal (60 minutos) + tareas intersesión

Objetivo general

Disminuir sintomatología negativa de la esquizofrenia a través de la aplicación de herramientas de Terapia Cognitivo Conductual basadas en la evidencia, integrando la psicoeducación y la participación activa de la familia/cuidadores.

Objetivos específicos FAMILIA.

Promover la activación conductual en pacientes con esquizofrenia mediante la estructuración de rutinas, la identificación de actividades placenteras y la incorporación progresiva de tareas significativas.

Modificar patrones de pensamiento disfuncionales asociados a los síntomas negativos mediante técnicas de reestructuración cognitiva y cuestionamiento socrático, con el fin de mejorar la autopercepción, la motivación y la participación en la vida cotidiana.

Mejorar las destrezas sociales y la expresividad emocional mediante ejercicios organizados que promuevan la interacción social, reduzcan el aislamiento y faciliten la integración funcional en el ámbito social de los pacientes.

Intervenir mediante procesos de psicoeducación en familiares/cuidadores de pacientes con esquizofrenia, para promover el conocimiento acerca del trastorno, disminuir el estigma y fortalecer el rol activo de familia y cuidadores en el tratamiento psicoterapéutico.

4.2. Desarrollo de la propuesta

La propuesta se construye como una respuesta viable ante la fragmentación metodológica detectada en los estudios revisados, se basa en la integración de evidencia relevante, priorizando aquellas técnicas que han demostrado mayor efectividad clínica según la literatura. La intervención propuesta contempla 20 semanas de desarrollo con un mínimo de 16 sesiones, ampliables a 25, de acuerdo con la complejidad del caso, tal como recomiendan las guías clínicas internacionales (Hasan et al., 2020b), además, complementariamente se contempla un programa de intervención mediante psicoeducación enfocado a la familia y cuidadores, el cual tiene por objetivo ofrecer datos claros acerca de la esquizofrenia, y su sintomatología negativa, con el afán de promover una concepción clara sobre la enfermedad y mejorar la funcionalidad del paciente.

Esta guía puede adaptarse a programas de salud mental pública, centros especializados, favoreciendo una atención integral y basada en evidencia. Además, se sugiere la integración de la propuesta con farmacoterapia supervisada con el fin de potenciar la adherencia al tratamiento y la funcionalidad global del paciente (M. A. Khalid, 2022; Xu & Xu, 2024).

Semana 1 (pacientes): Introducción y psicoeducación I

Objetivo: Implementar procesos informativos sobre esquizofrenia y síntomas negativos.

Indicador: Colabora activamente y expresa comprensión básica del trastorno.

Actividad en sesión: Presentación de la estructura del programa y definición de expectativas, se utiliza material visual para explicar síntomas negativos.

Actividad intersesión: Lectura breve sobre síntomas negativos; registro personal de experiencias cotidianas con los síntomas.

Semana 1 (familia/cuidador): Psicoeducación sobre esquizofrenia y síntomas negativos

Objetivo: Brindar información sobre la esquizofrenia, sus síntomas negativos y el rol de la familia en el proceso terapéutico.

Indicador: Identifica correctamente los síntomas negativos y su impacto funcional en el paciente.

Actividad en sesión: Presentación psicoeducativa con apoyo visual sobre los síntomas negativos, desmontaje de mitos frecuentes, espacio para preguntas.

Actividad intersesión: Lectura guiada sobre síntomas negativos y elaboración escrita de una lista de mitos y realidades.

Semana 2 (pacientes): Psicoeducación II.

Objetivo: Distinguir entre síntomas positivos y negativos, comprendiendo su impacto funcional.

Indicador: El paciente identifica ejemplos personales de síntomas negativos.

Actividad en sesión: Revisión de ejemplos concretos.

Actividad intersesión: Diario de observación sobre conductas de retraimiento o baja motivación.

Semana 2 (familia/cuidador): Comprensión emocional y reacciones del cuidador

Objetivo: Favorecer la comprensión emocional del paciente y las respuestas familiares adecuadas.

Indicador: Expresa actitudes comprensivas hacia el paciente.

Actividad en sesión: Análisis de emociones frecuentes en cuidadores, reconocimiento de emociones en el paciente, validación emocional.

Actividad intersesión: Reflexión escrita sobre una emoción personal vivida en relación con el cuidado del paciente durante la semana.

Semana 3 (pacientes): Activación conductual I

Objetivo: Iniciar la planificación de actividades placenteras y funcionales.

Indicador: El paciente selecciona al menos una actividad significativa.

Actividad en sesión: Rueda de intereses y jerarquía de actividades gratificantes.

Actividad intersesión: Realización de una actividad previamente seleccionada y registro del nivel de disfrute.

Semana 3 (familia/cuidador): Habilidades de comunicación empática

Objetivo: Entrenar habilidades de comunicación empática dentro del contexto familiar.

Indicador: Utiliza al menos una técnica de escucha activa y validación emocional en contextos familiares.

Actividad en sesión: Taller de escucha activa, reformulación empática y comunicación no violenta con ejercicios prácticos.

Actividad intersesión: Practicar escucha activa durante una conversación familiar, registrando la experiencia y percepción del cambio.

Semana 4 (pacientes): Activación conductual II

Objetivo: Establecer rutinas simples que incrementen la motivación y estructura diaria.

Indicador: Completa el 50% de las actividades planificadas en la semana.

Actividad en sesión: Revisión de logros, análisis de barreras, refuerzo positivo.

Actividad intersesión: Agenda de actividades con enfoque en reforzadores naturales.

Semana 4 (familia/cuidador): Resolución de conflictos y establecimiento de límites.

Objetivo: Promover estrategias de resolución de conflictos y establecimiento de límites en el contexto familiar.

Indicador: Demuestra estrategias asertivas ante conflictos cotidianos con el paciente.

Actividad en sesión: Entrenamiento en solución de problemas, role playing de situaciones comunes (por ejemplo, resistencia a actividades o aislamiento).

Actividad intersesión: Aplicar una técnica de solución de problemas en una situación familiar y registrar el resultado.

Semana 5 (pacientes): Reestructuración cognitiva I

Objetivo: Identificar pensamientos automáticos desadaptativos vinculados a síntomas negativos (ej. “No tiene sentido salir”).

Indicador: El paciente identifica al menos un pensamiento automático en contexto cotidiano.

Actividad en sesión: Ejercicios prácticos con modelos.

Actividad intersesión: Registro de pensamientos automáticos y situaciones asociadas.

Semana 5 (familia/cuidador): Actividades colaborativas y refuerzo positivo

Objetivo: Reforzar el apoyo emocional y conductual hacia el paciente mediante actividades colaborativas.

Indicador: Participa en una actividad conjunta con el paciente sin emitir juicios negativos.

Actividad en sesión: Planificación conjunta de actividades gratificantes o significativas a realizar en casa con el paciente.

Actividad intersesión: Realizar una de las actividades planificadas junto al paciente y registrar emociones o dificultades surgidas.

Semana 6 (pacientes): Cuestionamiento socrático I

Objetivo: Aplicar el cuestionamiento socrático para explorar creencias disfuncionales.

Indicador: Identifica creencias disfuncionales y formula preguntas alternativas.

Actividad en sesión: Entrenamiento guiado en cuestionamiento socrático con ejemplos.

Actividad intersesión: Aplicar el cuestionamiento socrático a un pensamiento limitante diario.

Semana 6 (familia/cuidador): Consolidación y plan de acompañamiento familiar

Objetivo: Consolidar aprendizajes y plan de acompañamiento familiar sostenido en el tiempo.

Indicador: Presenta un plan familiar de apoyo con rutinas y acuerdos definidos.

Actividad en sesión: Evaluación grupal de aprendizajes, elaboración del plan familiar de apoyo, retroalimentación y cierre simbólico del proceso.

Revisión y ajustes del plan elaborado, considerando compromisos realistas y red de apoyo.

Semana 7 (pacientes): Cuestionamiento socrático II

Objetivo: Profundizar en el análisis de creencias y evaluar su evidencia.

Indicador: Reconoce evidencia a favor y en contra de creencias limitantes.

Actividad en sesión: Debate sobre pensamientos disfuncionales.

Actividad intersesión: Registrar creencias y evidencias en una tabla diaria.

Semana 8 (pacientes): Reestructuración cognitiva II

Objetivo: Practicar la reformulación de pensamientos negativos.

Indicador: Elabora pensamientos alternativos más adaptativos.

Actividad en sesión: Ejercicio práctico de reformulación de pensamientos automáticos negativos.

Actividad intersesión: Practicar la reformulación en situaciones reales o desafiantes.

Semana 9 (pacientes): Habilidades sociales I

Objetivo: Desarrollar habilidades sociales básicas: contacto visual, saludo, escucha.

Indicador: Participa activamente en ejercicios de rol en habilidades básicas.

Actividad en sesión: Dinámicas con el terapeuta para practicar saludo, escucha activa y contacto visual.

Actividad intersesión: Saludar al menos a dos personas diariamente.

Semana 10 (pacientes): Habilidades sociales II

Objetivo: Practicar habilidades sociales: conversación breve y turnos de palabra.

Indicador: Demuestra uso adecuado de turnos y contacto visual.

Actividad en sesión: Juego de roles con enfoque en conversación corta y respeto del turno.

Actividad intersesión: Iniciar una conversación breve con alguien de confianza.

Semana 11 (pacientes): Expresión emocional

Objetivo: Abordar la expresión emocional: identificar y expresar emociones básicas.

Indicador: Reconoce emociones en sí mismo y en los demás.

Actividad en sesión: Uso de tarjetas o imágenes para identificar emociones y compartir experiencias.

Actividad intersesión: Registro diario de emociones experimentadas y su contexto.

Semana 12 (pacientes): Conversaciones espontáneas

Objetivo: Entrenar estrategias para iniciar y mantener conversaciones.

Indicador: Inicia y mantiene conversaciones en simulaciones.

Actividad en sesión: Role play y feedback en simulaciones sociales realistas.

Actividad intersesión: Iniciar al menos dos conversaciones sociales durante la semana.

Semana 13 (pacientes): Activación ante la apatía

Objetivo: Consolidar estrategias de afrontamiento ante la apatía y la avolición.

Indicador: Aplica estrategias para iniciar actividades pese a desmotivación.

Actividad en sesión: Técnicas conductuales como encadenamiento y uso de reforzadores.

Actividad intersesión: Realizar una actividad significativa, aunque no haya motivación inicial.

Semana 14 (pacientes): Planificación de interacción social

Objetivo: Fortalecer la red de apoyo social a través de interacciones planificadas.

Indicador: Participa en al menos una interacción social fuera de sesión.

Actividad en sesión: Planificación concreta de una visita, llamada o actividad con otra persona.

Actividad intersesión: Registrar las interacciones sociales realizadas y reflexionar sobre ellas.

Semana 15 (pacientes): Integración de habilidades sociales

Objetivo: Aplicar habilidades aprendidas en situaciones sociales reales.

Indicador: Informa sobre una interacción social con uso de habilidades aprendidas.

Actividad en sesión: Role play y discusión sobre experiencias sociales recientes.

Actividad intersesión: Registrar una interacción real aplicando habilidades sociales entrenadas.

Semana 16 (pacientes): Evaluación de avances

Objetivo: Evaluar progreso en activación conductual y cognitiva.

Indicador: Reporta incremento en actividades y pensamientos funcionales.

Actividad en sesión: Autoevaluación con escalas breves y reflexión compartida.

Actividad intersesión: Registro de logros y actividades significativas en la semana.

Semana 17 (pacientes): Revisión de objetivos

Objetivo: Revisar objetivos personales y barreras persistentes.

Indicador: Identifica metas logradas y desafíos persistentes.

Actividad en sesión: Discusión estructurada de metas alcanzadas y aspectos por trabajar.

Actividad intersesión: Identificar estrategias útiles y recursos personales para mantener avances.

Semana 18 (pacientes): Plan de mantenimiento

Objetivo: Diseñar un plan de mantenimiento post-intervención.

Indicador: Presenta un plan con actividades y recursos de continuidad.

Actividad en sesión: Elaboración de un plan individual de mantenimiento con metas y rutinas.

Actividad intersesión: Implementar acciones del plan en la vida diaria.

Semana 19 (pacientes): Prevención de recaídas

Objetivo: Desarrollar estrategias de prevención de recaídas.

Indicador: Describe señales de recaída y estrategias preventivas.

Actividad en sesión: Identificación de señales de alerta y plan de acción con red de apoyo (familia).

Actividad intersesión: Practicar acciones de autocuidado ante señales tempranas de recaída.

Semana 20 (pacientes): Cierre del proceso terapéutico

Objetivo: Cierre terapéutico y retroalimentación del proceso.

Indicador: Expresa valoración positiva de la experiencia terapéutica.

Actividad en sesión: Dinámica de cierre: carta al “yo futuro” o reflexión compartida grupal.

Actividad intersesión: Reflexión final escrita sobre cambios experimentados y metas futuras.

Evaluación pre y post intervención.

Objetivo: Medir los cambios en la severidad de los síntomas negativos, el funcionamiento psicosocial y el nivel de participación social antes y después de la implementación del programa.

Instrumentos sugeridos:

PANSS – Negative Subscale (Positive and Negative Syndrome Scale): Evalúa específicamente los síntomas negativos como alogia, aplanamiento afectivo, avolición, etc.

BNSS (Brief Negative Symptom Scale): Alternativa moderna y específica para síntomas negativos.

Momento de aplicación: Pretest: Semana 0 (antes de iniciar la intervención), posttest: Semana 21 (una semana después de finalizar la intervención).

Evaluación cualitativa

Objetivo: Comprender la experiencia vivida por los participantes durante el programa, así como identificar cambios percibidos, barreras superadas y factores facilitadores del proceso terapéutico.

Técnicas sugeridas: Grupos focales o entrevistas individuales semiestructuradas al finalizar el programa.

Análisis: Categorización según Li et al, (2023), enfocándose en dimensiones como motivación, emoción, sociabilidad, pensamiento y funcionalidad.

Indicadores de éxito del programa

Indicadores cuantitativos:

Reducción $\geq 20\%$ en el puntaje de síntomas negativos según la subescala PANSS-N o BNSS.

Asistencia $\geq 85\%$ a las sesiones del programa (al menos 17 de 20 sesiones).

Cumplimiento $\geq 75\%$ de las actividades intersesión.

Indicadores cualitativos:

Expresión verbal de mejora en motivación o interés por la vida cotidiana.

Percepción de aumento en las interacciones sociales o familiares.

Reconocimiento de cambios en patrones de pensamiento negativos.

Participación activa y colaborativa en las sesiones de entrenamiento de habilidades sociales.

Seguimiento

Momento: A los 3 meses y 6 meses post intervención.

Acciones: Aplicación reducida del PANSS-N o BNSS, entrevista clínica breve para identificar recaídas o retrocesos, registro de mantenimiento del plan de actividades (semanal o mensual), contacto con el cuidador o familiar principal para contrastar percepciones.

5. Conclusiones

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que conlleva alteraciones significativas en los procesos afectivos, motivacionales y sociales del individuo, siendo los síntomas negativos como la avolición, el aplanamiento afectivo, la alogia, el aislamiento social y la anhedonia, determinantes en la pérdida de funcionalidad. La literatura científica revisada coincide en que estos síntomas constituyen uno de los principales obstáculos para la recuperación psicosocial de los pacientes (Wykes et al., 2007; Xu & Zhang, 2023).

A partir del análisis teórico y empírico, se identificó que las técnicas más utilizadas de la Terapia Cognitivo Conductual en el abordaje de los síntomas negativos incluyen la reestructuración cognitiva, la activación conductual, el cuestionamiento socrático, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales estas herramientas permiten intervenir sobre creencias desadaptativas, patrones de evitación, déficits en habilidades interpersonales y bajos niveles de motivación, proporcionando estrategias adaptativas que promueven el funcionamiento cotidiano (Bighelli et al., 2024; Galderisi et al., 2021; Granholm et al., 2022; Kart et al., 2021a; Khakbaz et al., 2023; Xu & Xu, 2024b).

Los resultados psicoterapéuticos evidenciados en los estudios revisados indican que la aplicación sistemática de la TCC se asocia con una reducción clínicamente significativa de los síntomas negativos de la esquizofrenia (Galderisi et al., 2021; Kart et al., 2021a; Xu & Xu, 2024b). Se observaron mejoras sostenidas en la participación social, la capacidad expresiva, la motivación y el afrontamiento emocional, lo cual demuestra que la TCC no solo complementa el

tratamiento farmacológico, sino que también representa una intervención efectiva en sí misma para promover la recuperación funcional y la calidad de vida del paciente.

6. Recomendaciones

En función de la revisión documental se evidencia que la reestructuración cognitiva y la activación conductual son las técnicas de TCC con mejores resultados en la disminución de sintomatología negativa como apatía, avolición y anhedonia; sin embargo, se identificó un efecto limitado en la alogia, por ende se recomienda que futuras investigaciones deberían estar encaminadas al análisis diferencial de la eficacia de cada técnica de TCC sobre dominios específicos de los síntomas negativos, con el afán de establecer guía de intervención personalizadas y eficientes, basados en evidencia científica.

Así mismo, cabe destacar que si bien la TCC muestra resultados alentadores en la disminución de sintomatología negativa en esquizofrenia los estudios considerados muestran heterogeneidad en la metodología y en algunos casos limitaciones en la calidad de sus diseños, de acuerdo con la herramienta AMSTAR 2, frente a esta realidad resulta necesario promover el desarrollo de ensayos clínicos controlados y aleatorizados con metodologías robustas basadas en evidencia e impulsadas desde la academia, en las que se consideren muestras extensas y un adecuado seguimiento, esto permitirá, consolidar la validez externa de los resultados, logrando mayor precisión científica y aplicabilidad clínica de la TCC en distintos contextos de intervención.

De la misma manera, se determinó que la psicoeducación y la participación de la familia y cuidadores en el proceso psicoterapéutico son factores significativos para promover una mejor adherencia al tratamiento, disminuir el estigma y fortalecer la funcionalidad psicosocial del

paciente con esquizofrenia, en esta línea, se recomienda que en futuras investigaciones se desarrollen y evalúen programas de intervención que integren de manera estructurada la TCC con la psicoeducación dirigida a familiares, los mismos que estarán encaminados a medir no solo la reducción de síntomas negativos, sino también variables relacionadas con la calidad de vida, la integración social y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Finalmente es importante mencionar que los resultados de la presente investigación han sido obtenidos en función de estudios internacionales (Estados Unidos, Europa y Asia), sin embargo, se observa que en el contexto ecuatoriano existen limitaciones en la implementación de programas integrales de TCC debido a factores relacionados con el sistema de salud, en este contexto, se recomienda realizar investigaciones que adapten e implementen protocolos de TCC a nivel local, considerando las particularidades culturales, las barreras de acceso y los recursos disponibles, permitiendo garantizar la pertinencia y sostenibilidad de los programas terapéuticos, incrementando su efectividad y aceptación en la población, además, el promover el desarrollo de investigaciones contextualizadas, contribuirá a la generación de políticas públicas en salud mental en el país.

7. Referencias bibliográficas

- Bagney Lifante, A. (2017). *Cognición y síntomas negativos en la esquizofrenia*. [Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/21772>
- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. En *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 37, Número 3, pp. 131–139). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Berendsen, S., Berendse, S., van der Torren, J., Vermeulen, J., & de Haan, L. (2024). Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials. *eClinicalMedicine*, 67, 102392.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102392>
- Bighelli, I., Çıray, O., Salahuddin, N. H., & Leucht, S. (2024). Cognitive behavioural therapy without medication for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015332.pub2>
- Cabello, J. (2022). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. (2da Edición). Elsevier.
- Can, S. Y., & Budak, F. K. (2024). The Effect of Cognitive Behavioural Therapy–Based Psychoeducation on Medication Adherence and Aggression in Individuals Diagnosed With Schizophrenia: An Experimental Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
<https://doi.org/10.1111/jpm.13127>
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. En *Neuropsychiatric Disease and*

Treatment (Vol. 16, pp. 519–534). Dove Medical Press Ltd.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>

Demyttenaere, K., Leenaerts, N., Acsai, K., Sebe, B., Laszlovszky, I., Barabácssy, Á., Fonticoli, L., Szatmári, B., Earley, W., Németh, G., & Correll, C. U. (2022). Disentangling the symptoms of schizophrenia: Network analysis in acute phase patients and in patients with predominant negative symptoms. *European Psychiatry*, *65*(1).

<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2241>

Galderisi, S., Kaiser, S., Bitter, I., Nordentoft, M., Mucci, A., Sabé, M., Giordano, G. M., Nielsen, M. Ø., Glenthøj, L. B., Pezzella, P., Falkai, P., Dollfus, S., & Gaebel, W. (2021). EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, *64*(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.13>

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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab126>

Guaiana, G., Abbatecola, M., Aali, G., Tarantino, F., Ebuenyi, I. D., Lucarini, V., Li, W., Zhang, C., & Pinto, A. (2022). Cognitive behavioural therapy (group) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2022*(7).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009608.pub2>

Hasan, A., Falkai, P., Lehmann, I., & Gaebel, W. (2020a). Schizophrenie. *Deutsches Arzteblatt International*, *117*(24), 412–419. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0412>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., María del Pilar Baptista Lucio, D., & Méndez Valencia Christian Paulina Mendoza Torres, S. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta edición). McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kart, A., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2021a). Cognitive behavioral therapy in treatment of schizophrenia. En *Noropsikiyatri Arsivi* (Vol. 58, pp. S61–S65). Turkish Neuropsychiatric Society. <https://doi.org/10.29399/npa.27418>
- Katsushima, M., & Shimizu, E. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients with Schizophrenia in Psychiatric Home Nursing Service: Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavioral Sciences*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/bs14080680>
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., & Hong, S. H. (2020). The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Khakbaz, H., Khanjani, M. S., Younesi, S. J., Khodaie Ardakani, M. R., Hadi Safi, M., & Hosseinzadeh, S. (2023). Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on the Positive and Negative Psychotic Symptoms and Emotion Regulation of Patients With Schizophrenia

Spectrum Disorders. *Journal of Rehabilitation*, 24(1), 2–27.

<https://doi.org/10.32598/RJ.24.1.1450.3>

Khalid, M. (2022). LIBRO 15 Khalid (2022) revisión sistemica. *Open Journal of Social Sciences*, 10, 267–267. <https://doi.org/https://doi.org/10.4236/jss.2022.105018>

Khalid, M. A. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy to Improve Sleep Outcomes in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review of Randomised Control Trials. *Open Journal of Social Sciences*, 10(05), 265–283.

<https://doi.org/10.4236/jss.2022.105018>

Kukla, M., Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (2018). A randomized controlled trial examining a cognitive behavioral therapy intervention enhanced with cognitive remediation to improve work and neurocognition outcomes among persons with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 197, 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.012>

Li, Y., Rekhi, G., Ang, M. S., & Lee, J. (2023). Impact of negative symptoms on health-related quality of life in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 14.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1252354>

López Rodríguez, P., Hilda, D., Sanmillán Brooks, E., Annia, L., Cainet Beltrán, R., Olivia De Las, D., & Olivares Martínez, M. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93, 1189–1206.

Morales, T., Fresán Orellana, A., Robles-García, R., & Domínguez, M. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud mental*, 38(5), 371–377. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.050>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Plan de acción integral sobre salud mental 2021 - 2030*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Atlas de Salud Mental de la Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275327197>

Ortíz Fernández, J. M., & Cañizares Abril, E. (2021a). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 362–372. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp362-372>

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

Presa García M, García Luque A, Callol Sanchez L, Abril García A, & Muñoz Lucas M. (2023). Influencia de la anhedonia en la evolución clínica del trastorno depresivo. *Sanidad militar*, 75–81. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712023000200004>

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Online)*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

- Shukla, P., Padhi, D., Sengar, K. S., Singh, A., & Chaudhury, S. (2021). Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 255–264. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_94_20
- Sun, X., Yue, S., Duan, M., Yao, D., & Luo, C. (2023). Psychosocial intervention for schizophrenia. *Brain-Apparatus Communication: A Journal of Bacomics*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/27706710.2023.2178266>
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 5–16. <https://doi.org/10.1097/00131746-200401000-00002>
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemática y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 11, 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2007). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523–537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>
- Xu, F., & Xu, S. (2024a). Cognitive-behavioral therapy for negative symptoms of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)*, 103(36). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039572>
- Xu, F., & Zhang, H. (2023). The application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: A review. En *Medicine (United States)* (Vol. 102, Número 32, p. E34827). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034827>

8. Anexos